



# Programme Alimentaire Mondial

## Un Rapport Réalisé à la Demande du Bureau de l'Évaluation



*L'Évaluation de l'opération  
d'assistance alimentaire aux  
personnes vulnérables en situation  
de crise en Haïti, ( IPSR 10382.0)*

*Rome, Octobre 2007*

*Ref. OEDE/2007/007*



## Remerciements

La mission a séjourné en Haïti en septembre et novembre/décembre 2006. Ce rapport a été préparé par le chef de mission sur la base des contributions des membres de l'équipe

Au nom de l'équipe d'évaluation, l'auteur tient à remercier toutes les personnes ayant participé à la mise en oeuvre ou au travail de la mission, tant au Siège que sur le terrain, pour l'accueil et le soutien fourni à la mission.

Ce rapport reflète uniquement les opinions et réflexions de la mission et ne peut en aucun cas être considéré comme une prise de position officielle du PAM.

## Composition de la Mission

- François de Meulder, Logisticien
  - Mario Laroche (Dr), VIH/SIDA
  - Mirella Mokbel, Nutritionniste
  - René Grojean, Chef de mission
- 
- Anne-Claire Luzot, Chargée de l'Évaluation, PAM



## Abréviations

AAA	Agro Action Allemande
ANK	Afé Nèg Kombite
ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AMURT-USA	Ananda Marga Universal Relief Team- United States of America
ARV	Anti rétro viral
Autres COD	Autres Coûts Opérationnels Directs
BAC	Bureau Agricole Communale
BIT	Bureau International du Travail
BP	Bureau de Pays (PAM)
CAD	Coûts d'Appui Directs
CAL	Centre de Santé avec Lits
CARE	Cooperative for Aid and Relief Everywhere
CBP	Centre de Bienfaisance de Pignon
CCI	Cadre de Coopération Intérimaire
CDS	Centre pour le Développement de la Santé
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CMB	Circonférence du Milieu du Bras
CMS	Centre Médico Social
CNSA	Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire
COMPAS	Système d'Analyse, et de Gestion du Mouvement des Produits
CRS	Catholic Relief Service
CRUDEM	Hôpital de Milot
CSB	Corn soya blend (mélange maïs-soja)
CSL	Centre de Santé sans Lits
DOTS	Directly Observed Treatment Shortcourse
DPC	Département de la Protection Civile
DRSP	Document de Stratégie et de Réduction de la Pauvreté
ECVH	Enquêtes sur les Conditions de Vie en Haïti
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EMOP	Emergency Operation (opération d'urgence)
EQPPH	Enquête Qualitative sur la perception de la Pauvreté en Haïti
EU	Etats-Unis
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FEWS NET	Famine Early Warning System Network
FONDEFH	Fondation pour le développement et l'encadrement de la famille haïtienne
ICC	International child care
IEC	Information, Education et Communication
IHE	Institut haïtien de l'enfance
IMC	Indice de masse corporelle
IPSR	Intervention Prolongée de Secours et de Réhabilitation
MARNDR	Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural
MDE	Ministère de l'Environnement
MDM-CH	Médecins du Monde - Suisse
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs



OIM	Office International des Migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PESADEV	Perspective pour la Santé et le Développement
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Poids Faible Pour l'âge
PFTA	Poids Très Faible Pour l'âge
PFNSA	Plate-forme Nationale pour la Sécurité Alimentaire
PMS	Paquet minimum de services
PNLT	Programme National de Lutte Contre la Tuberculose
PNN	Politique National de Nutrition
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP	Programme Pays
PSNRMM	Plan Stratégique national de réduction de la mortalité maternelle
PSNRSS	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé
PTFA	Poids très faible pour l'âge
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humain
RBM	Gestion axée sur les résultats
RE	Retinol Equivalent
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience acquise
SAP	Système d'Alerte Précoce
TB	Tuberculose
TEC	Tonne Equivalent Calorie
TM	Tonne Métrique
TTEM	Transport Terrestre, Entreposage et Manutention
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UCC	Unité de Contrôle et de Coordination du Programme de Lutte contre le VIH/SIDA
UCS	Unités Communales de Santé
US	United States
USAID	United States Agency for International Cooperation
VCT	Vivres Contre Travail
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WINGS	Système Mondial et Réseau d'Information du PAM



# Table des Matières

<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>II</b>
<b>I. RESUME .....</b>	<b>1</b>
<b>II. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
2.1. Termes de Référence de l'évaluation .....	5
2.2. Méthodologie de travail .....	5
2.3. Calendrier et composition de l'équipe d'évaluation.....	6
<b>III. CONTEXTE ET INTERVENTIONS DU PAM .....</b>	<b>7</b>
3.1. Situation politique et sécuritaire .....	7
3.2. Contexte socio-économique et sanitaire.....	8
3.3. Sécurité alimentaire et aide alimentaire .....	13
3.4. Politiques sectorielles du Gouvernement .....	15
3.5. Rappel des interventions récentes du PAM.....	18
3.6. Présentation de l'IPSR 10382.0 .....	20
<b>IV. PERTINENCE DE L'IPSR .....</b>	<b>23</b>
4.1 Pertinence des objectifs de l'IPSR .....	23
4.2. Opportunité du choix de la modalité d'intervention .....	27
4.3. Pertinence de l'approche proposée pour les volets urgence et santé/nutrition .....	28
4.4. Pertinence du ciblage de l'intervention .....	32
4.5. Pertinence : conclusions et propositions .....	35
<b>V. EFFICACITE DE L'INTERVENTION PAR RESULTATS ATTENDUS.....</b>	<b>37</b>
5.1. Résultat N° 1 : Assistance des populations en cas d'urgence.....	37
5.2. Résultat No.2 : Sécuriser les conditions de vie des groupes vulnérables.....	38
5.3. Résultat No. 3 : Amélioration de la santé et de l'état nutritionnel des enfants, des femmes enceintes et mères allaitantes .....	46
5.4. Efficacité : conclusions et propositions.....	51



<b>V.I. EFFICIENCE DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>55</b>
6.1. Niveau de financement de l'I.S.P.R. 10.382.....	55
6.2. Appréciation de l'adéquation des ressources humaines.....	55
6.3. Partenariat pour la mise en œuvre de l'intervention.....	57
6.4. Mécanismes opérationnels de mise en œuvre.....	63
6.5. Adéquation de l'assistance alimentaire.....	67
6.6. Appréciation de l'organisation logistique du programme.....	73
6.7. Rationalité comparative de l'assistance alimentaire.....	82
6.8. Modalités et fonctionnalité du système de suivi des activités.....	83
6.9. Recherche de complémentarités.....	86
<b>VII. INDICATIONS SUR LA VIABILITÉ</b> .....	<b>88</b>
7.1. Volet Nutrition.....	88
7.2. Volet VIH/SIDA.....	88
7.3. Volet VCT.....	89
<b>VIII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>90</b>
8.1. Conclusions.....	90
8.2. Recommandations.....	93
<b>ANNEXE 1 :EVALUATION DE L'IPSR 10382.0 2005-07 EN HAITI MANDAT (VF).</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES</b> .....	<b>112</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTE DES SITES VISITES</b> .....	<b>115</b>
<b>ANNEXE 4 : CADRE LOGIQUE DE L'IPSR</b> .....	<b>116</b>
<b>ANNEXE 5: BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>118</b>
<b>ANNEXE 6 : INDICATEURS SOCIO SANITAIRES ESSENTIELS – HAÏTI</b> .....	<b>120</b>
<b>ANNEXE 7 : RESUME DES VISITES DES INSTITUTIONS DE SANTE</b> .....	<b>121</b>
<b>ANNEXE 8 : TABLEAU DE RESSOURCEMENT DE L'IPSR 10382.0</b> .....	<b>125</b>



## **ANNEXE 9 : ARRIVAGE ET DEBARQUEMENT DES VIVRES EN HAITI POUR LE PROGRAMME IPSR 10.382..... 126**

### **TABLEAUX**

<i>Tableau 1: Évolution de la prévalence du VIH, entre 1993 et 2005</i>	12
<i>Tableau 2: Caractéristiques des interventions précédentes à l'actuelle IPSR 10382.0</i>	19
<i>Tableau 3: Principales caractéristiques de l'IPSR 10382.0</i>	21
<i>Tableau 4: Vivres Contre Travail Mai 2005 - Fin Octobre 2006</i>	40
<i>Tableau 5: Nature et niveau des réalisations VCT (mai 2005 –octobre 2006)</i>	41
<i>Tableau 6: Présentation des effectifs des participants et bénéficiaires par zone cibles et selon le genre.</i>	45
<i>Tableau 7: Nombre de bénéficiaires dans les départements du Nord, Nord-Est (mai 2005 à octobre 2006)</i>	47
<i>Tableau 8: Nombre de bénéficiaires dans les départements du Nord, Nord-Est et Ouest (mai 2005 à octobre 2006)</i>	48
<i>Tableau 9 Nombre et pourcentage d'enfants récupérés (mai à décembre 2005)</i>	49
<i>Tableau 10: Composition et valeur nutritive de la ration : enfants malnutris et femmes enceintes/allaitantes anémiées</i>	68
<i>Tableau 11: Composition et valeur nutritive de la ration : PVVIH et patients atteints de tuberculose</i>	70
<i>Tableau 12: Composition des rations distribuées aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants de – 5 ans (de la première distribution jusqu'à octobre 2006)</i>	71
<i>Tableau 13: Composition des rations distribuées aux PVVIH et aux patients atteints de tuberculose ( de la première distribution jusqu' à octobre 2006 en grammes))</i>	72
<i>Tableau 14: Chiffres clefs de l'intervention</i>	73
<i>Tableau 15: Analyse des coûts</i>	81

### **GRAPHIQUES**

<i>Graphique 1: Répartition géographique de l'assistance</i>	22
<i>Graphique 2: Couverture Géographique</i>	33
<i>Graphique 3: Pourcentages des besoins nutritionnels fournis par la ration individuelle.</i>	69



## I. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1. L'Intervention Prolongée de Secours et de Réhabilitation (L'IPSR) 10382 mise en œuvre pour une durée de deux ans (mai 2005-avril 2007, avec une extension jusqu'à fin 2007) est dotée d'un budget prévisionnel de près de 40 millions de \$ Etats-Unis (EU). (dont près de 70 % ont déjà été financés), comportant une allocation de 46 750 tonnes de vivres pour quelques 550 000 bénéficiaires en moyenne annuelle.
2. L'intervention est articulée autour de deux grandes composantes : 1) une composante "Urgence" (15 % des ressources) pour répondre à des situations de catastrophes naturelles et/ou sécuritaires ; 2) une composante "Réhabilitation" (85 % des ressources) comprenant trois volets : a) un volet Vivres Contre Travail (VCT) (9,5 %), b) un volet d'appui au Personnes Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humain – Tuberculose (PVVIH-TB) et à leurs familles (19 %); c) un volet nutrition pour les enfants en bas âge et les mères enceintes et allaitantes (55,5 %).
3. L'intervention est pertinente par rapport aux besoins réels des populations vulnérables. La prévention et la gestion des désastres naturels constituent une menace fréquente et à haut risque, du fait de la localisation géographique du pays en pleine zone cyclonique et de la forte dégradation d'un environnement physique montagneux (déboisement important des bassins versants). L'ensemble des données de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que chez les femmes enceintes, démontre la pertinence du volet de réhabilitation en santé/nutrition. L'apport alimentaire aux PVVIH-TB participe également activement à un mieux être pour les premiers et à la guérison pour les seconds. Les VCT ont un rôle incitatif d'encouragement à l'initiative pour améliorer la production vivrière, tout en apportant une aide provisoire (deux mois) à des groupes très démunis.
4. Plusieurs aspects de stratégie d'intervention restent toutefois ouverts à discussion et nécessitent une concertation plus approfondie avec les autorités nationales et les partenaires d'assistance alimentaire, de manière à harmoniser au mieux la couverture géographique du pays et définir des méthodologies opérationnelles concertées, tout particulièrement dans la définition du choix des approches qu'elles soient de nature préventive ou curative (nutrition). Le document de projet prévoyait une combinaison de deux scénarios pour la composante nutritionnelle: l'adoption progressive d'une approche préventive pour les enfants de 6 à 24 mois et les femmes enceintes et allaitantes avec le maintien d'une approche curative pour les enfants de 25 à 59 mois.
5. Dans la réalité, le bureau de pays a opté pour la seule approche curative, en appliquant le ciblage individuel pour toutes les catégories de bénéficiaires. C'est d'abord une réponse aux capacités limitées d'absorption des partenaires qui n'ont pas toujours les moyens humains et d'entreposage suffisants pour des actions préventives.
6. Les principaux intervenants dans le domaine de l'assistance alimentaire (Care, Catholic Relief Service (CRS), World Vision et Save the Children), bénéficiaires de l'assistance directe de l'United States Agency for International Cooperation (USAID), et le Programme Alimentaire Mondial (PAM) se sont concertés pour définir une couverture géographique optimisée du pays. Cela explique la concentration des activités du PAM dans la partie centrale et Est du pays. L'analyse de sécurité alimentaire et de vulnérabilité (VAM) conduite en septembre/octobre 2004 a été circonscrite aux seuls quatre départements de la zone d'intervention PAM (le Centre, l'Ouest, le Nord et le Nord - Est). La portée de l'analyse est limitée par l'absence d'une analyse nutritionnelle dans les zones considérées et par une rédaction en anglais pour un pays francophone.



7. Les activités de nutrition devaient être conduites sur les seuls départements du Nord et du Nord-Est alors que les autres activités avaient une opportunité géographique d'intervention plus ouverte au niveau national. Les données de réalisation montrent (mai 2005 - octobre 2006) que le département de l'Ouest, non ciblé pour les activités nutritionnelles (dans le document de projet), a consommé plus de la moitié des vivres distribués. Cela s'explique par la forte disponibilité de vivres induite par l'adoption d'une approche curative.

8. L'assistance aux PVVIH-TB a été mise en œuvre dans cinq départements géographiques : l'Ouest, le Nord, le Nord Est, le Centre et l'Artibonite. Dans le document de projet, les activités relatives au VIH/SIDA avaient une envergure nationale, tandis que l'appui aux tuberculeux devait se focaliser sur le Nord et le Nord Est avec la possibilité de toucher d'autres zones non couvertes par les programmes soutenus par l'USAID.

9. La mise en œuvre du volet VCT, initialement prévue dans les deux départements du Nord et du Nord-Est, est conditionnée par la disponibilité de partenaires techniques de conception et d'encadrement des bénéficiaires. Les engagements en volume d'assistance (mai 2005 – octobre 2006) montrent la répartition suivante des réalisations : 24 % (Nord), 23 % (Nord-Est), 25 % (Nord-Ouest), 15 % (Artibonite), 13 % (Ouest).

10. L'IPSR a centré son intervention sur cinq groupes cibles : les enfants de – 5 ans en situation de malnutrition, les femmes enceintes et allaitantes anémiées ou présentant des signes cliniques de malnutrition, les personnes vivantes avec le VIH/SIDA, les personnes bénéficiant d'un traitement médical contre la tuberculose et les ménages en situation d'insécurité alimentaire. Ce ciblage répond à la fois à des groupes hautement prioritaires en matière d'insécurité alimentaire ainsi qu'à un mode opératoire d'intervention adapté et gérable dans la durée.

11. La composante "Secours" de l'IPSR n'a fort heureusement pas eu à être mobilisé au cours de ces dix huit mois du fait de l'accalmie sur le plan de la situation sécuritaire et sur celui des catastrophes naturelles. Quelques interventions mineures ont été mises en œuvre pour une aide alimentaire immédiate (inondations à Port de Paix et Jean Rabel en novembre 2006) et 557 tonnes ont été distribuées dans le cadre de l'aide alimentaire de post urgence à des populations ciblées des bidonvilles de Port au Prince.

12. Le PAM assure la responsabilité de mise en œuvre du plan de contingence du Système des Nations Unies pour la coordination des opérations d'urgence (logistique et aide alimentaire). La capacité logistique du PAM est unanimement reconnue et appréciée. Le PAM a structuré un réseau de concertation avec les principales ONG américaines, pourvoyeuses d'aide alimentaire, afin d'actualiser les stocks disponibles dans les différentes régions du pays. Des accords de principe offrent l'opportunité de pouvoir utiliser les stocks disponibles au plus près d'un événement, de manière à répondre aussi vite que possible aux besoins d'assistance. Le maillage actuel de ce réseau permet une couverture satisfaisante pour atteindre l'objectif d'une réponse dans les 72 heures afin de satisfaire 80 % des besoins des personnes touchées.

13. Les résultats de l'activité communautaire VCT sont satisfaisants. Depuis le début de l'intervention, le total des engagements en volume pour l'ensemble de l'activité VCT se monte à environ 3 150 Tonne Métrique (TM), soit près de 70 % du tonnage global prévu (4 400 TM). Le département du Nord-Ouest avec l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Agro Action Allemande (AAA) totalise 25 % du total des engagements et celui de l'Artibonite avec Ananda Marga Universal Relief Team (AMURT) atteint environ 15 % des engagements. Les deux départements du Nord et du Nord Est, ciblés comme prioritaires dans le document de projet totalisent respectivement 24 et 23 % de l'assistance. Le choix des participants respecte



correctement le souci de partage et d'équité dans l'accès au travail et aux vivres à l'intérieur des projets sélectionnés

14. L'effectif ciblé des PVVIH-TB bénéficiaires de rations alimentaires a été largement atteint. Le quota annuel pour les deux groupes était de douze mille (12.000) participants (ou bénéficiaires directs), avec une majorité (3/5) de femmes. Au total, plus de quatorze mille participants ont été touchés (environ 58% de femmes) pour un total de 44.254 bénéficiaires. Avec le concours des associations de PVVIH, le PAM a mis au point un outil pour l'usage combiné de critères médicaux et de critères socio économiques. Initialement, le programme ne fixait aucune limite de temps pour la prise en charge : le cycle était complètement ouvert et les PVVIH étaient enrôlées « à vie », ou plus précisément pour la durée de vie du projet. En raison des limites de stocks, la période de prise en charge a été réduite à un an pour certains établissements de l'Ouest, avec toutefois une possibilité de renouvellement.

15. Les résultats de réduction de la malnutrition de 5 % chez les enfants en bas âge montrent des résultats peu conformes aux attentes d'une approche curative nutritionnelle. Le taux de récupération s'est amélioré dans le département du Nord (42 à 58 %) mais s'est dégradé dans celui du Nord-Est (56 à 49%). Les taux de récupération restent en deçà du taux souhaité de 70% dans les trois départements. Les taux de récupération varient aussi par partenaire et sont très bas dans les centres de santé gérés par CDS (49%) et Hôpital de Milot (CRUDEM) (34% en 2006).

16. La mission a observé dans certains centres, l'application du système des cohortes : l'enrôlement du quota de bénéficiaires attribué à ces centres est fait dès le premier mois de mise en œuvre. Ces cohortes d'enfants ou de femmes sont ensuite maintenues pendant la durée d'éligibilité à la ration, période durant laquelle aucune nouvelle admission n'est possible. De ce fait, les enfants dépistés sur la base de leur statut nutritionnel ne peuvent pas être enrôlés dans le programme et sont placés sur liste d'attente. Cette procédure est inacceptable dans le cadre d'une approche curative qui devrait enrôler les jeunes enfants nécessitant une récupération nutritionnelle le plus tôt possible, afin d'éviter des effets irréversibles sur leur croissance.

17. La mesure du taux d'hémoglobine (test d'anémie) prévue pour les femmes enceintes et allaitantes à l'admission, au 4ème mois et à l'exeat n'a pas été systématiquement effectuée à cause de son coût. Comme les données concernant l'anémie sont assez disparates, cet indicateur n'a pas pu être exploité. Il est de toute façon peu probable que l'intervention ait eu un effet sur l'anémie, compte tenu des apports insuffisants en fer, tant à travers la ration (16% des besoins d'une femme enceinte) que via les distributions de suppléments en fer.

18. L'indicateur d'augmentation du taux d'allaitement exclusif se réfère plutôt au deuxième résultat attendu, à savoir : la mise en place d'une éducation nutritionnelle visant un changement d'attitude et de comportement des mères. En l'absence d'enquêtes, l'amélioration des pratiques d'allaitement exclusif parmi les bénéficiaires n'a pu être appréciée.

19. La mission a noté le manque d'outils adaptés aux sessions d'éducation (affiches et fiches plastifiées). Par contre, de tels outils ont été élaborés, soit spécifiquement pour le projet par le PAM (fiches spécifiques à la vitamine A imprimées mais pas encore distribuées) ou par des ONG travaillant dans le domaine de la santé et de la nutrition dans d'autres départements (World Vision). Le nombre et la proportion de femmes ayant bénéficié de séances d'éducation ne sont pas répertoriés : les registres de bénéficiaires ainsi que le rapport mensuel n'incluent aucune information concernant les sessions d'éducation.

20. Le niveau de mise en œuvre des activités (47 %) est en retard par rapport au temps écoulé (75 % : 18 mois écoulés sur les 24 prévus) Cette situation résulte d'un ensemble de conditions complexes sur le terrain (nombre très élevé et difficultés d'accès aux très nombreux



points de distribution, faible capacité de stockage des partenaires) et de dysfonctionnements importants dans la gestion des approvisionnements. L'étalement de l'arrivage de vivres n'a pas été satisfaisant avec tantôt des acheminements en quantités massives (huile) ou au contraire tardifs (CSB). Cela s'est traduit par des ruptures répétitives de stocks avec des effets contreproductifs pour l'important volet récupération nutritionnelle.

21. Ces ruptures ne sont pas dues à des problèmes de financement celui-ci étant adéquat mais s'expliquent essentiellement par l'absence d'un point focal au bureau pays PAM pour la gestion et le suivi de la situation de l'approvisionnement, le manque de concertation entre le programme et la logistique pour l'appel des produits alimentaires et le suivi des commandes, des erreurs de saisie dans le Système d'Analyse, et de Gestion du Mouvement des Produits (COMPAS), un manque de suivi des commandes au niveau régional (Panama) et au siège à Rome, ou encore par des difficultés d'approvisionnement sur le marché mondial.

22. Ces défaillances se sont traduites par plusieurs modifications de la ration du volet nutrition entre juillet 2005 et octobre 2006) ; celle-ci n'ayant été conforme en composition et en quantité que pendant trois mois (juillet à octobre 2006). La ration complète prévue pour les PVVIH-TB n'a été distribuée que pendant deux mois (août et septembre 2006). Ces deux volets majeurs de l'IPSR (75 % des vivres) n'ont de ce fait pas véritablement pu prétendre atteindre les objectifs de récupération nutritionnelle pour les enfants malnutris, les mères anémiées et les PVVIH-TB.

23. Le niveau de mise en œuvre de l'assistance alimentaire aux PVVIH et TB est satisfaisant et bien apprécié par des bénéficiaires en nombre supérieur aux prévisions. L'approche de l'assistance est essentiellement à finalité socio-économique en faveur de la structure familiale du malade. Les impacts favorables sur la thérapie médicamenteuse sont actifs pour les patients atteints de TB. Les critères de sélection des PVVIH sont assez variables et fonction des mécanismes internes des structures d'encadrement. Cette façon de faire pose des questions clés pour le futur, à savoir : i) comment accompagner les patients sans accroître une stigmatisation sociale très exacerbée, ii) comment concilier un engagement dans la durée avec des programmes limités à deux ou trois années ?

24. La mise en place des activités de VCT est effective et permet d'accompagner quelques 23 projets, majoritairement centrés sur des actions curatives de réhabilitation de routes/pistes, d'évacuation des sédiments dans les canaux d'évacuation des eaux pluviales dans les zones urbaines ou dans le lit des rivières. Ces activités ne sont pas à proprement parler des créations d'actifs mais des entretiens d'actifs et devraient être pris en compte dans des activités de prévention des catastrophes naturelles.

25. Le système de suivi du projet est peu efficient non seulement du fait du nombre insuffisant de moniteurs mais d'un traitement des données peu cohérent et fiable, ne s'appuyant pas sur les indicateurs demandés. Le croisement des données de base (bénéficiaires par volet et quantités de vivres allouées) n'est pas disponible ce qui ne permet pas de disposer d'outils de gestion adaptée et réaliste à la conduite d'un tel programme.



## II. INTRODUCTION

### 2.1. Termes de Référence de l'évaluation

26. La finalité de l'évaluation se situe à un double niveau : i) Transparence : assurer la transparence des interventions du PAM vis-à-vis de son Conseil d'Administration, des donateurs, des partenaires de terrain et des bénéficiaires fait partie intégrante de la politique d'évaluation du PAM ; ii) Enseignements : la seconde finalité de l'évaluation est de tirer les leçons de l'expérience acquise au cours de cette intervention par les différentes parties prenantes afin de contribuer à la conception éventuelle d'une prochaine intervention en Haïti.

27. L'objectif principal de l'évaluation comme défini dans les termes de référence<sup>1</sup> vise à analyser la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la viabilité de l'IPSR 10 382, de manière à dégager un ensemble de conclusions et de recommandations.

### 2.2. Méthodologie de travail

28. La méthodologie de travail de l'équipe a été plus particulièrement centrée sur deux aspects majeurs, à savoir l'adoption d'une démarche participative avec l'ensemble des parties rencontrées<sup>2</sup> (le bureau pays, les partenaires, les bénéficiaires, les donateurs) ainsi qu'une grande importance donnée aux visites des réalisations de terrain<sup>3</sup> (50 % du temps) et au dialogue avec les bénéficiaires.

29. La mission d'évaluation a été précédée par une mission préparatoire<sup>4</sup> d'une semaine en Haïti, au cours du mois de septembre 2006. Ce temps a permis de discuter le contenu des termes de référence avec l'ensemble des opérationnels du bureau pays PAM et de rencontrer les principaux contributeurs et partenaires du programme (niveau institutionnel, donateurs et partenaires de mise en œuvre). Un rapport préliminaire a été rédigé par le chef de mission à la suite de ce premier séjour et envoyé à toutes les parties concernées pour commentaires.

30. A la fin de son séjour en Haïti, la mission d'évaluation a rédigé un aide mémoire sur les points majeurs observés et sur un ensemble de recommandations souhaitables. Ce travail préliminaire de réflexion a servi de support de présentation<sup>5</sup> et de discussion lors des deux séances de restitution conduites à Port-au-Prince (la première avec l'équipe du bureau pays et la seconde avec les partenaires d'intervention et les structures nationales). Une restitution a également été conduite au siège du PAM à Rome (18.12.06), en audio conférence avec le bureau pays et deux des quatre experts non présents.

31. Le support central pour l'analyse de l'évaluation repose sur la mesure de réalisation des indicateurs définis dans le cadre logique de l'IPSR<sup>6</sup>. Les sources d'information ont été constituées par une documentation importante (liste jointe en annexe 5) disponible, tant au niveau du PAM et des Nations Unies que des principaux partenaires rencontrés (études

---

<sup>1</sup> Disponibles en annexe 1.

<sup>2</sup> Liste des personnes rencontrées disponible en annexe 2

<sup>3</sup> Liste des sites et structures visités en Annexe 3

<sup>4</sup> La mission préparatoire (25.09-29.09.2006) était constituée de Madame Anne-Claire Luzot, Responsable de l'évaluation au service de l'évaluation du PAM à Rome et de René Grojean, Chef de la mission d'évaluation.

<sup>5</sup> L'aide mémoire a été synthétisé dans une présentation « power points » exposée lors des trois restitutions.

<sup>6</sup> Le cadre logique du projet traduit en français est disponible en annexe 4



thématiques...). Les membres de l'équipe ont également eu l'opportunité de s'informer et de dialoguer avant la mission avec les personnes ressources au siège du PAM à Rome<sup>7</sup>.

32. Alors que des modifications significatives ont été apportées dans l'approche de l'important volet santé/nutrition par le Bureau Pays, L'absence de note écrite fournie au démarrage et de présentation formelle sur ce point lors de la réunion de démarrage expliquant clairement la réorientation de cette démarche ainsi que la non reformulation des indicateurs du cadre logique, en fonction de ces changements, ont constitué un handicap sérieux de départ à la bonne compréhension des mécanismes opérationnels du bureau pays. Pour les aspects de logistique, plus que le manque ou l'absence de données chiffrées, c'est la non concordance entre les diverses informations fournies qui a parfois constitué une contrainte. Par exemple dans le volet VCT, s'il est possible d'avoir une indication globale des niveaux de réalisation (voir point 4.2.1.2) il est impossible de savoir comment elles se répartissent géographiquement ni quels poids elles représentent en terme d'aide alimentaire. Plus généralement, l'absence de croisement des données de réalisations avec les quantités allouées ne permet pas de disposer d'un outil de gestion en temps réel.

33. En dépit d'une situation sécuritaire encore fragile, tout particulièrement au niveau de la capitale, la mission a pu se dérouler dans des conditions satisfaisantes avec un programme de visites de terrain très important, incluant toutes les zones préalablement définies.

### **2.3. Calendrier et composition de l'équipe d'évaluation**

34. La mission d'évaluation s'est déroulée dans le pays du 13.11 au 06.12. 2006. Les deux premières journées ont été consacrées à des rencontres au niveau de la capitale avec le bureau pays et les partenaires. Les visites des réalisations se sont déroulées pendant 10 jours (du 16.11 au 26.11) et ont permis de visiter des réalisations dans les départements de l'Ouest, du Plateau Central, de l'Artibonite, du Nord-Ouest, du Nord et du Nord-Est.

35. La mission était composée par : Mirella Mokbel, nutritionniste, Dr Mario Laroche consultant national en VIH/SIDA, François de Meulder, Logisticien et René Grojean, Chef de mission. Anne-Claire Luzot du bureau de l'évaluation PAM de Rome a accompagné la mission d'évaluation. Romain Sirois, Responsable du Suivi Evaluation au niveau du siège régional du PAM (Panama) a joint l'équipe d'évaluation au cours de la dernière semaine de la mission en Haïti.

36. La mission souhaite exprimer ses remerciements pour l'accueil et la disponibilité de toute l'équipe du PAM (bureau pays et siège à Rome) ainsi qu'à toutes les personnes rencontrées.

---

<sup>7</sup> Mission d'information au siège à Rome : 09 et 10.11.2006. Mission de restitution à Rome : 18 et 19.12.2006



### III. CONTEXTE ET INTERVENTIONS DU PAM

#### 3.1. Situation politique et sécuritaire

##### 3.1.1 *Le contexte de transition politique*

37. Haïti traverse une période difficile de transition politique et le processus de construction démocratique engagé depuis 1986 a beaucoup de mal à se mettre en place. Les crises successives ont débouché en 2004 – année du bicentenaire de l'Indépendance du pays - sur le renversement du gouvernement en place de Jean Bertrand Aristide ainsi que sur l'installation d'une seconde mission de maintien de la paix des Nations Unies en moins de dix ans.

38. De mars 2004 à mai 2006, le pays a été dirigé par un gouvernement intérimaire, bénéficiant de l'appui de la communauté internationale et de la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation d'Haïti (MINUSTAH). L'atmosphère générale est demeurée assez tendue entre contestations politiques parfois violentes, revendications sociales, protestations pré et post électorales et montée générale de l'insécurité. Au cours de la période, les capacités de l'État ont continué à se dégrader, les relations entre les acteurs politiques se sont à peine normalisées et la crédibilité de la communauté internationale a été souvent mise à rude épreuve. Au terme d'un processus difficile, un gouvernement élu a pris les rênes du pays en mai 2006, augurant d'un retour à une certaine normalité institutionnelle.

39. Au-delà de cette réalité faite de turbulences, de faibles avancées suivies de reculs marqués, on retiendra malgré tout l'existence d'une véritable quête de changement reflétée par les revendications populaires et le foisonnement de mouvements sociaux, dans un contexte défavorable.

##### 3.1.2 *Violence et insécurité*

40. Diverses organisations s'accordent à constater, à partir de 2004, une nette augmentation de la violence en Haïti, particulièrement au niveau de la capitale<sup>8</sup>. Le phénomène semble dépasser les capacités de réponse de l'État et certaines zones, dites de « non droit », échappent à l'autorité étatique. Cette situation est plus particulièrement sensible dans les nombreux bidonvilles ceinturant le bord de mer de la baie de Port-au-Prince : Cité Soleil, Bélair, Martissant, etc.

41. Les conditions de vie particulièrement difficiles des ces dizaines de milliers d'habitants, l'absence de perspectives pour sortir de la misère et l'abandon social et sécuritaire de ces populations ont conduit à l'émergence de nombreux gangs maffieux qui se partagent des territoires et ont créé un climat général de peur et d'insécurité (enlèvements, rançonnements, assassinats, viols...).

42. Cette situation perdure depuis de nombreuses années et les réponses apportées, tant sur le plan de la restauration de l'autorité de l'Etat que des mesures sociales d'accompagnement sont

<sup>8</sup> Human Rights Watch. *World Report 2005 (Events of 2004)*; pp. 218-222. New York [www.hrw.org](http://www.hrw.org) ;

Justice et Paix. *Adresse aux responsables de la Justice et de la Police*, Lettre rapport datée du 3 août 2005 (cité par Alter Presse, agence de nouvelles en ligne, mardi 9 août 2005) [http://www.alterpresse.org/article.php?id\\_article=3021](http://www.alterpresse.org/article.php?id_article=3021) ;

Amnesty International. (2004) *Haiti: Breaking the cycle of violence: A last chance for Haiti*. j <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGAMR360382004>;

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) 2005. *Situation économique et sociale d'Haïti en 2005*, Port au Prince, Haïti.

RNDDH(2006) *Overview of the general human rights situation in Haiti during the interim government*, Port au Prince, Haïti



le plus souvent insuffisantes et inappropriées. La crédibilité des instances chargées de garantir le fonctionnement de l'état de droit, tant les organes gouvernementaux (ministère de la justice), la magistrature, que la police et la, Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti (MINUSTAH). est largement entamée. De ce fait, un fort sentiment d'insécurité s'est installé dans les esprits.

## **3.2. Contexte socio-économique et sanitaire**

### **3.2.1 Situation socio-économique**

43. Le pays connaît une situation économique précaire et occupe, dans le classement des Nations Unies (2006), le 154<sup>ème</sup> rang sur 177 pour l'Indice de Développement Humain (IDH). Ce même rapport du PNUD pour l'année 2002 décrivait quatre caractéristiques structurelles de l'économie haïtienne : production intérieure atonique, progression croissante du secteur informel, forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur, répartition très inégale des revenus. Les autorités financières ont mené, à partir de 2004, une politique de gestion des équilibres macroéconomiques qui a stabilisé le marché des changes. Les effets sur la croissance et les conditions de vie de la population sont demeurés très limités.

44. La pauvreté affecte une grande partie de la population : 54% vivant avec moins d'1 \$ E.U. par jour. Un récent rapport sur la pauvreté<sup>9</sup> en Haïti relève, parmi ses principales conclusions, que : *i*) Haïti est un pays pauvre avec des poches d'extrême pauvreté; *ii*) les départements les plus défavorisés sont ceux qui ont un relief montagneux alors que ceux qui sont les mieux dotés sont généralement des zones de plaines et aussi les chefs-lieux et villes principales.

45. Le produit intérieur brut par habitant à l'échelle nationale est de 450 dollars (EU), avec de très fortes disparités : d'une part, entre la capitale et le reste du pays et d'autre part, entre le milieu urbain et le milieu rural. Les familles haïtiennes allouent 46 % de leur budget de consommation à l'alimentation<sup>10</sup>, 16 % au logement, 7 % à l'habillement, 3 % à la santé et 3 % à l'éducation. La population active représenterait environ 42% de la population totale et 77% de la population en âge de travailler. Le chômage, évalué selon la définition adoptée par le Bureau International du Travail (BIT), aurait nettement progressé entre 2000 et 2002 pour affecter 12 % de la population des 15 ans et plus, atteignant jusqu'à 29 % en milieu urbain.

46. Le pays a enregistré au cours des dernières années, une progression du taux de scolarisation, notamment dans le primaire (67%). La qualité de l'éducation laisse cependant à désirer, avec une diminution de la durée de scolarisation des enfants en âge scolaire, l'accroissement de la déperdition et du redoublement. Le niveau d'alphabétisation serait aussi en progrès, autour des 60%.

47. La problématique du genre revêt une grande importance dans le milieu haïtien. La discrimination envers les femmes est manifeste dans le caractère obsolète des textes de lois qui s'écartent de la Constitution en vigueur et des Conventions internationales signées par Haïti. Le taux d'occupation de la population active est très inférieur chez les femmes par rapport aux

<sup>9</sup> Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (2006) Une fenêtre d'opportunité sur Haïti. Document de stratégie intérimaire de réduction de la pauvreté (DSPR-I). pp. 10-13 .

<sup>10</sup> On signalera les variations majeures relatives à la part allouée à l'alimentation : 56% en milieu rural contre 33% dans l'aire métropolitaine et 41% dans les autres villes.



hommes, le niveau de pauvreté des ménages dirigés par les femmes est plus élevé et leur niveau de participation politique est faible.

48. Bien que les taux de scolarisation dans le primaire et dans le secondaire soient actuellement assez semblables (de l'ordre de 75 %), les niveaux d'analphabétisme sont plus élevés parmi les femmes plus âgées : 46 % en zone urbaine et 74 % en zone rurale. La prostitution représente un élément important de la faible qualité de la vie en milieu urbain. Elle est devenue une préoccupation majeure et constitue un des facteurs du développement des maladies sexuellement transmissibles (MST), de la grossesse des adolescentes et du taux élevé de mortalité maternelle (500 pour 100 000), vraisemblablement dû aux avortements clandestins. 50 % des femmes de « cité Soleil » ont été atteintes au moins une fois d'une MST et 8,4 % sont porteuses du virus VIH. Quarante quatre pour cent (44 %) des femmes de la fourchette d'âge de 10 à 19 ans ont été les victimes de violence sexuelles ou physiques<sup>11</sup>.

### 3.2.2 Situation socio-sanitaire<sup>12</sup>

49. Les résultats du 4<sup>ème</sup> Recensement général de la population et de l'habitat (2003) estiment la population haïtienne à 8 373 750 d'habitants, dont 63,6% vivent en milieu rural. Il s'agit d'une population très jeune, caractéristique d'un pays à forte fécondité et à mortalité élevée : 36,5 % sont situées dans la classe d'âge de 0 à 14 ans et environ 15 % ont moins de 5 ans. Le niveau de fécondité est en baisse et se situerait autour de 4 enfants par femme. Le taux annuel d'accroissement démographique est évalué à 1,8 %. La densité de population est de 306 habitants/km<sup>2</sup> à l'échelle nationale, mais dépasserait 1 000 habitants/km<sup>2</sup> dans certains quartiers de la capitale (les principaux indicateurs sanitaires sont présentés dans l'annexe 6).

50. Le contexte social haïtien est caractérisé par une extrême précarité et par l'existence de profonds contrastes. L'accès aux infrastructures et aux services de base est faible dans la plupart des domaines : éducation, santé, approvisionnement en eau potable et en électricité, services téléphoniques ou bien encore collecte des ordures. Ces carences affectent la grande majorité des strates de la population, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. L'espace social haïtien est marqué par des très fortes inégalités et disparités : milieu rural par rapport au milieu urbain, quartiers urbains « riches » et quartiers urbains très défavorisés.

#### ➤ Mortalité

51. Les estimations sur la mortalité avancées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dans le cadre du Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé (PSNRSS) situent le taux brut de mortalité autour de 10,72 décès pour mille habitants en 2003, contre un niveau de 11,85 pour mille en 1996. Les principales causes de décès recensées sont : les traumatismes, les maladies dues au VIH, la diarrhée, les accidents vasculaires et cérébraux, la pathologie néonatale, les cancers, les accidents cardiovasculaires, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose et la malnutrition.

#### ➤ Malnutrition et mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

52. La malnutrition, les diarrhées et les infections respiratoires sont les trois causes principales des décès chez les enfants de moins de 5 ans, soit 28%, 20% et 11% (PNUD 2004)<sup>13</sup>. Les résultats de l'Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, menée en 2000

<sup>11</sup> Comité inter agences femmes et système de développement des Nations Unies

<sup>12</sup> Voir en annexe 6 le tableau des indicateurs socio sanitaires essentiels

<sup>13</sup> PNUD (2004) Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement



(EMMUS-III) montrent que la malnutrition aiguë ou « émaciation » (exprimée par l'indice poids pour taille) a baissé de 8 % en 1994-95 à moins de 5 % en 2000 (MSPP/Institut Haïtien de l'enfance (IHE) 2001)<sup>14</sup>.

53. Près d'un quart des enfants (23 %) souffrent de malnutrition chronique (indice taille pour âge). Un enfant haïtien sur cinq accuse une insuffisance pondérale (indice poids pour âge). Les deux tiers des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie dont 34 % d'anémie modérée et 2 % d'anémie sévère. C'est entre 6 et 19 mois que les enfants sont le plus touchés par l'anémie (81 % et plus). Les départements du Centre (74 %), du Nord-Est (74 %) et de l'Artibonite (71 %) ont les niveaux de prévalence les plus élevés (MSPP/IHE 2001).

54. Les données sur la mortalité infantile recueillies par l'EMMUS IV (2005/2006)<sup>15</sup> indiquent un certain redressement de la situation, en comparaison avec l'EMMUS III (2000) : un taux de mortalité infantile estimé à 57‰ contre 80,3‰ en 2000, un niveau de mortalité infantile juvénile de 86‰, contre 130,6‰ en 2000 et un taux de mortalité néonatale de 25‰, contre 32‰ en 2000.

#### ➤ **Malnutrition et mortalité chez les femmes enceintes**

55. Plus de la moitié des femmes (55 %) sont atteintes d'anémie. Les femmes enceintes sont plus fréquemment anémiées (63%) dont 33 % d'anémie modérée ou sévère. Outre la carence en fer, de nombreuses infections associées à l'hygiène et à l'assainissement (tel que les vers parasites) peuvent expliquer l'étendue de l'anémie. L'EMMUS-III révèle des résultats contrastés concernant l'état nutritionnel des femmes sur la base de l'indice de masse corporelle (IMC)<sup>16</sup>.

56. En effet, alors que 12 % des femmes en Haïti se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. Une proportion importante de femmes (26 %) a un indice élevé (25 ou plus) et entre indiscutablement dans la catégorie des surpoids. Ce problème est particulièrement alarmant dans l'aire métropolitaine où il atteint 37 % (MSPP/IHE 2001). Les proportions les plus élevées de femmes ayant un IMC inférieur à 18,5 sont constatées dans le département du Nord-Est (19 %), du Sud (16 %) et du Nord (15 %).

57. L'état nutritionnel durant la grossesse (particulièrement l'anémie) est une des causes principales de la mortalité maternelle très élevée en Haïti. Depuis les années 1980, le taux de mortalité maternelle se situe globalement entre 500 et 600 décès pour 100 000 naissances vivantes, autrement dit, dans presque 1 cas sur 7, les décès de femmes en âge de procréer sont liés à la grossesse (MSPP/IHE 2001). Une proportion importante de cette mortalité interviendrait entre le moment de l'accouchement ou dans la semaine suivante et serait consécutive à des problèmes comme : la pré éclampsie/éclampsie<sup>17</sup>, les hémorragies, l'anémie, les infections, les dystocies<sup>18</sup> et les complications des avortements. Globalement, seulement un quart des naissances (24 %) a lieu avec l'assistance d'une personne médicalement formée. La majorité des femmes en milieu rural (71 %) ne bénéficie d'aucun suivi post natal pour leur santé et celle de leur enfant.

<sup>14</sup> MSPP/IHE (2001) Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-III Haïti 2000

<sup>15</sup> MSPP/IHE (2005/2006). Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV Haïti 2005/2006. Rapport préliminaire-Juillet 2006.

<sup>16</sup> L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par le carré de la taille (en mètres), kg/m<sup>2</sup> ; l'IMC est l'indice anthropométrique conseillé pour l'évaluation de l'état nutritionnel chez les adultes.

<sup>17</sup> Syndrome atteignant les femmes enceintes, caractérisé par des convulsions accompagnées de coma.

<sup>18</sup> Accouchement laborieux, pénible



➤ **Morbidité<sup>19</sup>**

58. Les informations collectées actuellement dans le système de santé ne permettent pas d'établir avec précision le profil de la morbidité (la nature, l'incidence ou la prévalence des maladies) à l'échelle nationale. En raison du manque d'information, le récent plan stratégique élaboré par le MSPP ne dresse qu'un relevé sommaire de la morbidité. Les observations produites suggèrent que le tableau est de plus en plus partagé entre les pathologies transmissibles infectieuses ou parasitaires et les maladies non transmissibles.

59. On retiendra ici quelques indicateurs spécifiques :

- La prévalence du VIH serait à la baisse. Estimée, en 2001, à 6,7 % chez les individus de 15-49 ans de l'ensemble du pays, elle serait passée en 2005 à 2,2 %, selon EMMUS IV.
- L'incidence de la tuberculose était estimée, en 2000, à 180 pour 100.000 et l'association de cette pathologie avec le VIH était retrouvée chez 50 à 60 % des patients atteints de SIDA ;

➤ **Situation du VIH/SIDA en Haïti**

60. Les premiers cas de SIDA documentés en Haïti remontent au début des années 80. La maladie s'est étendue progressivement et depuis une quinzaine d'années, l'infection à VIH/SIDA a atteint le stade d'épidémie. L'évolution récente de la prévalence (tableau ci-dessous) montre toutefois une baisse significative par rapport aux enquêtes précédentes. Ces résultats récents sont assez difficiles à interpréter : s'il est difficile d'exclure une corrélation avec les efforts consentis dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, il est aussi improbable d'écarter la probabilité d'une surestimation antérieure du phénomène. L'EMMUS IV est la seule étude réalisée auprès d'un échantillon véritablement représentatif de la population générale : l'ensemble des travaux antérieurs a extrapolé à la population générale, des données portant sur des femmes enceintes.

---

<sup>19</sup> Ensemble des causes qui peuvent produire une maladie



Tableau 1: Évolution de la prévalence du VIH, entre 1993 et 2005

	Enquête séro Sentille (1993)	Enquête séro Sentille (1996)	Enquête séro Sentille (2000)	Enquête séro Prevalence (2004)	EMMUS IV 92005/06)
<b>Zones Couvertes</b>	5 sites sentinelles	9 sites sentinelles	12 sites sentinelles	17 sites sentinelles	National
<b>Prévalence estimée</b>	6,2 %	5,96%	4,52%	3,11%	2,2%

Sources : *Étude de séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez les femmes enceintes en Haïti 1999-2000.* MSPP/OPS-OMS, IHE, GHESKIO, Port-au-Prince, Décembre 2000  
*Plan stratégique national 2002-2006 pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH-SIDA en Haïti.* MSPP, mars 2002  
*Analyse secondaire des études de séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en Haïti entre 1993 et 2004.* MSPP/UCC- VIH/SIDA. Mai 2005 Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, 2005-2006 (EMMUS IV). Rapport préliminaire Juillet 2006. MSPP/IHE

61. Le VIH/SIDA affecte la population sexuellement active, c'est à dire des jeunes essentiellement. Certains facteurs de risque et de vulnérabilité déterminent la susceptibilité des individus par rapport au VIH/SIDA. Le MSPP, dans son plan de lutte contre le VIH/SIDA<sup>20</sup>, évoque parmi les principaux déterminants du risque dans le milieu haïtien : l'initiation sexuelle précoce des jeunes filles, la faiblesse des pratiques d'utilisation du condom, la multiplicité des partenaires sexuels, le changement fréquent de partenaire.

62. Par ailleurs, certains paramètres influenceraient aussi la vulnérabilité au VIH/SIDA :

- Le facteur « genre » : l'exposition accrue des femmes découlant de leurs rapports inégaux avec les hommes en matière de sexe et aussi de leur dépendance économique vis-à-vis des hommes.
- L'âge : les jeunes étant plus vulnérables en raison de la précocité des relations sexuelles dans un contexte où ils bénéficient de peu d'encadrement.
- La mobilité : vue la propension des travailleurs migrants à changer fréquemment de partenaires.
- La culture et la conception de la maladie : L'interprétation surnaturelle de la maladie et la méconnaissance des informations de base sur la transmission et les moyens de protection sont fréquentes et limitent l'adhésion du patient aux messages préventifs et instructions thérapeutiques.
- La conception des rapports hommes ↔ femmes favorise la multiplicité des partenaires et limite la capacité des femmes à utiliser le condom.
- La précarité économique : le sexe est souvent utilisé comme monnaie d'échange, surtout par les femmes, conjointes officielles, concubines ou prostituées occasionnelles.

<sup>20</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population. *Plan Stratégique National 2002-2006 pour la prévention et le contrôle des IST et VIH/SIDA en Haïti.* P-au-P, Haïti, Mars 2002



63. L'épidémiologie de la maladie se caractérise aussi par : l'association étroite avec la tuberculose, la diffusion vers le milieu rural et la « féminisation », i.e. la progression de la maladie parmi les femmes avec tendance à l'équilibre.

64. Au plan économique et social, le VIH/SIDA affecte les capacités de survie des ménages : diminution des revenus (arrêts de travail répétés et prolongés, allant jusqu'à la perte d'emploi) et accroissement de la part des revenus consacrée aux dépenses de santé. Par ailleurs, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées à la maladie tendent à marginaliser les individus affectés ou infectés et à réduire leur capacité à s'insérer normalement dans le tissu social.

65. Une étude<sup>21</sup> réalisée au sein des établissements de santé dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince a permis d'apprécier la nature et l'ampleur des comportements, attitudes et pratiques discriminatoires parmi le personnel de santé. L'existence de telles pratiques est reconnue par 48% du personnel de santé interrogé. L'enquête révèle, par ailleurs, la tendance à juger de la séropositivité d'un individu de façon arbitraire, i.e. à partir de critères non valides techniquement, une adhésion limitée aux principes de confidentialité et de consentement dans la prise en charge, et la tendance à appliquer aux patients des jugements de valeur pré établis. Selon l'étude, l'organisation des services et, surtout, les politiques institutionnelles de prise en charge favoriseraient dans une large mesure l'apparition de la stigmatisation/discrimination.

66. La réponse à l'épidémie de VIH/SIDA demeure assez limitée au sein du système. L'emphase a longtemps été portée sur l'information/communication pour la promotion de comportements sexuels à moindre risque et l'extension de l'accès aux préservatifs, via le marketing social et la distribution de produits subventionnés. La stratégie de développement des services de conseil et dépistage volontaire lancée depuis environ six ans n'a pas encore atteint les niveaux de couverture souhaités : le nombre d'unités mises en place est réduit et beaucoup d'entre elles ne satisfont pas aux normes établies<sup>22/23</sup>. Le développement des services de prévention de la transmission verticale est étroitement associé au processus d'extension des services de CDV.

67. Depuis quelques années, l'offre de services de prise en charge thérapeutique des PVVIH connaît un certain essor, grâce à la mise en œuvre de plusieurs grands projets financés par la coopération internationale. Malheureusement, d'autres volets, à savoir la prise en charge des infections opportunistes, le support psychologique, le support socioéconomique et l'assistance légale, ne connaissent pas un développement similaire. La coordination des interventions est faible et l'autorité régulatrice peine à s'affirmer.

### **3.3. Sécurité alimentaire et aide alimentaire**

68. Les données fournies dans le paragraphe 3.3 sont extraites d'une présentation faite en avril 2006 par la Coordination nationale de sécurité alimentaire (CNSA) lors de l'atelier de

---

<sup>21</sup> FELIX J. et LAROCHE M. *Rapport de l'Étude Comportements, Attitudes et Pratiques sur la stigmatisation, la discrimination et le déni à l'encontre des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA au sein des établissements de santé de la zone métropolitaine de Port au Prince (Haïti)*. Rapport de GENESIS à la Coordination Sanitaire de l'Aire Métropolitaine/MSPP et Concern Worldwide

<sup>22</sup> Policy project. *Les services institutionnels de prise en charge du VIH/SIDA –localisation- fonctionnalité – caractéristiques des clients*. Avril 2006

<sup>23</sup> OPS/OMS, CAREC. *Analyse de la situation de la stratégie de conseil et dépistage volontaire en Haïti*. Rapport final de consultation de GENESIS. Décembre 2006



présentation du bilan de sécurité alimentaire 2003-2005<sup>24</sup>. La question de la sécurité alimentaire constitue un élément préoccupant du fait de la faible capacité de l'agriculture locale à pouvoir satisfaire la demande des besoins alimentaires de la population.

69. Au niveau de l'approvisionnement du pays, la production nationale (2005) fournit seulement 41% des denrées nécessaires. Les importations, à hauteur de 53 % et l'aide alimentaire pour 6 % permettent de compenser cette faiblesse de la production nationale. Les importations alimentaires sont en augmentation de 4 % par rapport à 2004 même si dans le même temps, l'offre alimentaire nationale a augmenté en moyenne de 0,40 %. La demande nationale croît à un taux annuel de 2 % (démographie, changements dans les habitudes alimentaires) ce qui génère une détérioration de l'offre alimentaire.

70. Ce faible niveau de disponibilité alimentaire pose un réel problème d'insécurité alimentaire du fait des capacités limitées d'accessibilité de la majorité de la population à la nourriture. Selon les données combinées de deux études (EBCM<sup>25</sup> 1999/00 et ECVH<sup>26</sup> novembre 2003), le seuil d'extrême pauvreté pour 2005 se situe à un niveau de revenu annuel par habitant de 8 460 gourdes<sup>27</sup> (216 \$ E.U), correspondant à 30 % des ménages. Le seuil de pauvreté est établi à 13 985 gourdes (360 \$E.U) et concerne 60 % des ménages.

71. Le bilan alimentaire de l'année budgétaire 2003/2004 permet de saisir dans l'absolu les données pratiques de la situation. Les besoins alimentaires estimés à 1 830 000 Tonnes Equivalent Calories (TEC) ont été couverts par :

- une offre locale nette de 904 690 TEC (Production alimentaire nationale de 961 190 TEC moins Exportations de 56 500 TEC) ;
- des importations alimentaires nettes de 1 093 281 TEC (Importations commerciales d'aliments 1 118 282 TEC -Réexportations en République Dominicaine 25 000 TEC) ;
- l'aide alimentaire : 115 339 TEC (6,3 % des besoins).

72. La disponibilité alimentaire de l'année 2003/2004 s'est élevée à 2 113 310 TEC, soit une balance positive de 15,5 % des besoins.

73. Les besoins alimentaires au cours de la période 2003/2004 ont été couverts grâce à la forte hausse des importations (près de 60 %), traduisant une situation précaire qui montre que le pays dépend de sa capacité à générer des ressources pour acquérir des aliments à l'étranger. Le riz, les huiles et graisses et le sucre constituent 80 % du volume des importations. En 2003, la valeur des importations d'aliments aurait avoisiné les 400 millions de \$ E.U. (dont 105 millions pour le riz).

74. L'aide alimentaire accuse une diminution de 35 % au cours des récentes années, passant de 178 000 tonnes métriques (TM) en 2000 à 115 000 TM en 2005. Le volume de l'aide monétisée est en décroissance : 83 776 TM (77 %) en 2003 pour 60 225 TM (52 %) en 2005. L'origine de l'aide alimentaire en 2004 par donateurs s'établit ainsi : USAID (73 %), PAM (13 %), Japon (7 %), Union Européenne (5 %), France (2 %). La répartition par produits (en TEC) de l'aide pour cette même année 2004 se présente ainsi : céréales : (78,65 %), huiles (13,76 %), légumineuses (6,66 %), viandes et lait (0,73 %), autres (0,20 %).

<sup>24</sup> Bilan alimentaire national : contraintes, potentialités et perspectives. Mathieu Gary/CNSA. Avril 2006

<sup>25</sup> Enquête sur la consommation des ménages

<sup>26</sup> Enquête sur les conditions de vie en Haïti

<sup>27</sup> Monnaie nationale d'Haïti. En novembre/décembre 2006 : un \$ E.U. s'échangeait contre 39 gourdes



75. Les données les plus récentes en matière d'aide alimentaire permettent de préciser et de nuancer la réalité de la situation. Pour l'exercice fiscal 2004-2005, la livraison totale d'aide alimentaire en volume s'est élevée à 113 861 TM dont 82 587 TM par l'USAID (72 %), 28 051 TM par le PAM (25 %) et 3 223 TM par l'Union Européenne. L'USAID a monétisé 60 000 TM de blé sur son total de quantités livrées (pour financer les quatre grandes ONG<sup>28</sup> gestionnaires de l'aide alimentaire en Haïti). Les quantités effectivement distribuées aux bénéficiaires au cours de ce même exercice ont été de : 28 051 TM (52 % en volume, 47% en valeur) pour le PAM, 22 587 TM pour USAID (42 % en volume, 45,5 % en valeur), 3 223 TM pour l'U.E. (6 % en volume, 7,5 % en valeur).

76. L'aide alimentaire distribuée gratuitement aux populations ciblées est principalement acheminée à travers le canal des cantines scolaires et des centres de récupération nutritionnelle. Elle représente près de 80 % du total de l'aide distribuée en 2005.

### 3.4. Politiques sectorielles du Gouvernement<sup>29</sup>

#### ➤ En matière de Santé et Nutrition

77. L'Etat entend assumer pleinement son rôle à travers la mise en place du Plan stratégique national pour la réforme du secteur santé (PSNRSS) et la recherche de résultats immédiats pour rendre les services de santé accessibles sur l'ensemble du territoire. Ce plan vise trois objectifs : i) améliorer l'état de santé de la population (diminution des taux élevés de morbidité et de mortalité dus à la pauvreté), ii) assurer un financement équitable de la santé, iii) garantir une réponse adéquate aux besoins et attentes de la population. Le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) se propose de mettre aussi l'accent sur la lutte contre les principaux fléaux de santé publique avec une emphase sur les maladies infectieuses comme le VIH et la réduction de la mortalité maternelle, infantile et juvénile.

78. « La protection nutritionnelle de la famille » à orientation préventive a été adoptée par le MSPP en 2001<sup>30</sup>. Au cours d'une période de cinq ans, cette politique visait : a) donner à tous les haïtiens la possibilité de consommer le minimum requis de calories, de protéines et de micronutriments, compatibles à leur statut en termes d'âge, de sexe et d'activités ; b) éliminer les déficiences en fer, acide folique, iode et vitamine A, particulièrement chez les enfants ; c) réduire la prévalence des cas graves de malnutrition aigue ; d) améliorer les pratiques alimentaires des ménages ; e) réduire l'incidence et la prévalence des maladies infectieuses ayant un impact considérable sur l'état nutritionnel de la population en général et des enfants en particulier, notamment la diarrhée, la rougeole et la tuberculose ; f) augmenter les capacités des ménages de prendre en charge leur santé et sécurité alimentaire.

79. Le programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), le Plan stratégique national de réduction de la mortalité maternelle (PSNRMM)<sup>31</sup> et le projet des Unités communales de santé (UCS) qui vise à l'augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des

<sup>28</sup> CARE, World Vision, CRS, Save the Children

<sup>29</sup> Le document de travail (juillet 2006) pour la Conférence Internationale pour le Développement Economique et Social développe les orientations arrêtées par le Gouvernement (en vue d'un financement de la communauté internationale).

<sup>30</sup> MSPP (2001) Politique Nationale de Nutrition

<sup>31</sup> MSPP (2003) Plan National Stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle - Diagnostic Stratégique.



services à la population, comptent parmi les principales stratégies du MSPP pour atteindre ces objectifs ainsi que ceux du millénaire pour le développement (OMD)<sup>32</sup>.

80. Le MSPP a choisi la santé maternelle comme porte d'entrée pour la modernisation du système de santé national. La volonté du MSPP de faire une priorité de la lutte contre la mortalité maternelle a été réaffirmée en 2005 dans un décret déclarant « qu'à compter du 1er octobre 2005, les soins de santé en clinique prénatale et les urgences obstétricales feront l'objet de soins gratuits dans tous les établissements publics de santé du MSPP »<sup>33</sup>. Cependant, la mise en œuvre de ce décret est fortement limitée par le manque de ressources disponibles au niveau des institutions.

81. A l'instar de la plupart des pays en développement, les services de soins de santé maternelle et néo natale en Haïti se heurtent au problème du manque de ressources - moyens humains et financiers -, entravant l'expansion de programmes aux fins de répondre adéquatement aux besoins des groupes les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants. Malgré la faiblesse de ses revenus, la population finance directement le système de santé à hauteur de 48 %, du fait d'une politique de recouvrement des coûts<sup>34</sup>.

82. Le manque d'argent est perçu comme un obstacle important à l'accès aux services de santé. En effet, d'après l'enquête EMMUS-III, environ trois femmes sur quatre (75 %) ont déclaré avoir à faire face à cet obstacle (MSPP/IHE 2001). L'obligation de prendre un moyen de transport (36 %) et la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (33 %) ont aussi été rapportées par les femmes, et ce plus fréquemment en milieu rural.

#### ➤ **En matière de tuberculose et VIH/SIDA**

83. La prise en charge de la tuberculose est subventionnée à travers un réseau de centres de diagnostic et de traitement homologués par le MSPP. Les directives officielles en la matière, établies dans le manuel de normes de prise en charge de la tuberculose, prônent la poly chimiothérapie de courte durée, selon le schéma du « Directly Observed Treatment Shortcourse<sup>35</sup> » (DOTS). La prise en charge nutritionnelle n'est pas évoquée dans ce texte et ne figure pas non plus dans le plan quinquennal 2001-2006 du PNLT.

84. Les directives du MSPP en matière de lutte contre le VIH-SIDA se conforment, dans une large mesure aux orientations de l'OMS et sont formulées dans plusieurs documents<sup>36</sup>. Le MSPP préconise le dépistage volontaire et a adopté, depuis 2001, la stratégie de « Conseil Dépistage Volontaire » (CDV). Les directives établies fixent de façon claire les tests de dépistage autorisés ainsi que leurs modalités d'utilisation. Elles spécifient, par ailleurs, les normes techniques de prestation de services de counselling et les modalités d'organisation des unités CDV, qui sont implantées progressivement, essentiellement au sein d'établissements de santé polyvalents.

85. Dans le domaine de la prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH, des normes techniques particulières ont été édictées. Elles couvrent le champ de la prise en charge

<sup>32</sup> Système des Nations Unies en Haïti (2003) La vision commune d'un centenaire de bien-être pour le peuple haïtien. Rapport national (2003) sur les objectifs du millénaire pour le développement.

<sup>33</sup> Le Moniteur (2005) Journal Officiel de la République d'Haïti No. 64.

<sup>34</sup> CCI (2004) Groupe Thématique : Santé et Nutrition. Rapport Final

<sup>35</sup> Chimiothérapie de courte durée directement supervisée.

<sup>36</sup> Les principaux textes énonçant ces éléments de politique sont le Plan stratégique national 2001-2006 pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti (2002), le Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH (2004) et le Normes et directives nationales pour le conseil et le dépistage volontaire dans les services CDV (2004). Certains aspects sont précisés dans des outils de travail destinés aux formateurs et aux prestataires de services.



thérapeutique dans différents aspects (PVVIH symptomatiques ou non, transmission de la mère à l'enfant, accidents d'exposition au sang, viols et agressions sexuelles, infections opportunistes, etc.). Le MSPP n'a cependant pas développé d'orientations relatives à la prise en charge nutritionnelle; ces aspects sont traités uniquement dans des supports d'Information/Education/Communication (IEC).

86. Le niveau de mise en œuvre de la politique définie demeure faible. Les directives existantes sont peu connues des prestataires et usagers et ne sont pas toujours suivies. La couverture des services de CDV a augmenté de façon significative ces dernières années, mais reste limitée. D'un autre côté, nombre d'établissements pratiquant le dépistage du VIH-SIDA ne sont pas aux normes. Les services de prise en charge thérapeutique destinés aux PVVIH sont loin d'avoir atteints un niveau de d'extension comparable au CDV. La prévention de la transmission verticale est le volet de prise en charge le plus développé.

➤ **En matière de Sécurité alimentaire**

87. La part réduite de la production agricole dans les approvisionnements du pays (41 %) constitue une situation préoccupante dans un pays où la majorité de la population vit en milieu rural et où l'agriculture demeure l'activité du plus grand nombre. La stratégie du gouvernement vise à faire de l'agriculture, le fer de lance de la relance économique. La modernisation de l'agriculture vise à l'amélioration des sources de revenus des agriculteurs et agricultrices par le développement de filières de production bien organisées permettant de créer de la valeur ajoutée. L'orientation retenue vise à prendre les mesures pour passer d'une agriculture de subsistance à une agriculture d'entrepreneuriat, tenant compte des potentialités naturelles dans le cadre d'un développement durable.

➤ **En matière de Prévention et gestion des désastres naturels**

88. Les initiatives que le gouvernement entend prendre sont : i) le renforcement institutionnel de la Direction de la Protection Civile, ii) la prise en compte de la gestion du risque dans les processus de planification nationale, notamment la stratégie de réduction de la pauvreté, iii) le développement de la coopération régionale, y compris l'intégration d'Haïti au sein de la CDERA et la mise en place d'une collaboration de proximité avec Cuba dans le domaine de l'alerte et de l'évacuation, iv) le développement d'un programme lié à la gestion des risques sismiques et des risques biochimiques.

➤ **Dimension genre**

89. Conçues comme des actions spécifiques en faveur des femmes, la promotion et la défense des droits des femmes visent à redresser les torts faits aux femmes de par la discrimination exercée contre elles. Durant la période 2006-2011, les thématiques suivantes seront priorisées : i) la lutte contre les violences faites aux femmes sera poursuivie, ii) amélioration de la scolarisation des jeunes filles et de la formation des femmes, iii) révision de la législation pour lutter contre la discrimination des femmes (dépénalisation partielle de l'avortement, congé de maternité..., v) promotion de la participation des femmes aux espaces de décision, vi) protection des fillettes dans les rues et impliquées dans la prostitution, vii) renforcement des organisations de femmes dont une meilleure participation politique.



### **3.5. Rappel des interventions récentes du PAM**

#### **3.5.1 Programme Pays (PP 10007) 2003-2006<sup>37</sup>**

90. Conçu fin 2002, le PP poursuit trois objectifs principaux : i) permettre aux jeunes enfants, aux femmes enceintes et allaitantes de faire face à leurs besoins nutritionnels spécifiques ; ii) permettre aux ménages vulnérables d'investir dans le capital humain à travers l'éducation et la formation ; et iii) permettre aux ménages qui dépendent de ressources naturelles dégradées pour leur sécurité alimentaire d'améliorer leurs conditions de vie.

91. D'un budget total de près de 30 Millions \$ EU, le programme prévoit de distribuer plus de 45 000 tonnes de nourritures (dont 54% pour la nutrition et santé, 36% pour l'éducation et 10 % pour la sécurité alimentaire) sur une période de 4 ans et ce, principalement dans les départements du Nord, du Nord Est et dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Le programme prévoit l'intégration des trois activités prévues et en particulier, celles de santé et d'éducation.

#### **3.5.2 Intervention Prolongée de Secours et de Redressement (IPSR 10275.0)<sup>38</sup>**

92. De manière à répondre à la situation d'urgence déclarée fin 2002 dans les départements du Nord Ouest et du Plateau Central, le PAM a démarré une opération humanitaire très rapidement dans ces régions (ainsi que dans l'Artibonite, département non envisagé initialement). L'IPSR a ciblé les personnes affectées par la sécheresse, la crise économique et la malnutrition. Cette intervention, initialement prévue sur une période courte de 9 mois, avait été envisagée dès le départ comme transitoire, comme devant permettre au PAM de préparer une deuxième intervention de plus grande envergure.

93. L'intervention prévue pour la période comprise entre mai 2003 et avril 2004, s'est finalement prolongée jusqu'au 30 avril 2005. D'un budget global de plus de 7 millions \$ EU, elle avait pour objectif de distribuer 11.000 tonnes de vivres à près de 418 000 personnes sur l'ensemble de la durée du projet dans le cadre de deux volets d'activités. Le premier volet s'est concentré sur la réponse à la situation d'urgence avec une stratégie de sortie graduelle. Le second volet était composé d'activités de nutrition et santé, de travaux communautaires et de soutien aux orphelins du SIDA.

94. L'IPSR 10275.0 s'est principalement adressé aux familles avec enfants mal nourris de moins de 2 ans, avec enfants entre 5 et 11 ans (systématiquement exclus de la plupart des interventions dans le domaine de la nutrition), aux familles de plus de 5 personnes, aux personnes handicapées et âgées considérées comme sources principales de revenus dans les familles, aux familles monoparentales à bas revenus ainsi qu'aux orphelins du SIDA.

#### **3.5.3. Opération d'Urgence (EMOP 10347.0)<sup>39</sup>**

95. La situation sécuritaire se dégrade début 2004, tout particulièrement dans le Nord et le Nord Est et les principales villes tombent entre les mains des rebelles alors que le PAM intervient déjà dans le cadre du PP et de l'IPSR 10275.0. Le Président Aristide quitte précipitamment le pays et les Nations Unies autorisent le déploiement immédiat d'une force multinationale intérimaire et la mise en place de la MINUSTAH

<sup>37</sup> PAM, 2002, Programme Pays Haïti (2003-2006), WFP/EB.3/2002/8/3.

<sup>38</sup> PAM, 2003, Protracted Relief and Rehabilitation Operation – Haiti 10275.0, project document. Standard Project Reports 2003 à 2005.

<sup>39</sup> PAM 2004, Emergency Operation 10347.0 Haïti – appui aux victimes de l'insécurité civile, Document de Projet.



96. Afin de pouvoir répondre à cette nouvelle situation, le PAM lance alors une intervention d'urgence (EMOP) en mars 2004 pour une durée initiale de 8 mois, prolongée jusqu'en avril 2005. D'un budget total de près de 17 million \$ EU, cette intervention prévoit la distribution de 17.000 tonnes de nourriture auprès de 500.000 bénéficiaires dans les départements du Nord, Nord Est, Ouest et la zone métropolitaine de Port au Prince, en veillant à ne pas dupliquer les autres activités du PAM dans ces mêmes régions.

97. Les principaux groupes cibles de cette intervention sont les enfants de moins de trois ans et leurs familles, les femmes enceintes et allaitantes et leurs familles, les orphelins en institutions. Suite aux inondations catastrophiques de l'ouragan Jane qui ont dévasté la ville de Gonaïves en 2004 (de l'ordre de 3000 morts et disparus), des distributions importantes ont également été faites dans le département de l'Artibonite.

### 3.5.4. Caractéristiques des interventions précédentes à l'actuelle IPSR 10382.0

Tableau 2: Caractéristiques des interventions précédentes à l'actuelle IPSR 10382.0

	PP 10007	IPSR 10275	EMOP 10347.0
Période	2003-2006	Juin 2003 à avril 2005	Avril 2004 à avril 2005
Budget prévu	30 Millions \$EU	7 Millions \$EU	17 Millions \$EU
Vivres prévus (tonnes)	45 288	11 352	18 111
Bénéficiaires prévus	230 166 (moyenne annuelle)	131 500 (moyenne annuelle)	240.000 (moyenne annuelle)
Zones d'intervention	Nord Nord Est Zone métropolitaine de Port au Prince	Nord Nord Ouest Plateau Central Artibonite	Nord Nord Est Zone métropolitaine de Port au Prince Ouest Artibonite
Principales activités prévues	Education Vivres contre travail Appui nutritionnel Vivres contre formation	Distributions générales Vivres contre travail Appui nutritionnel Vivres contre formation	Distributions générales Vivres contre travail Appui nutritionnel



### 3.6. Présentation de l'IPSR 10382.0<sup>40</sup>

#### 3.6.1 Historique

98. Le Bureau du PAM en Haïti gère simultanément et dans un même temps (2003-2005) toute la gamme des interventions du PAM : un Programme pays (2003-2006), une IPSR 10275 (juin 2003 – avril 2005) ainsi qu'une EMOP avril 2004 – avril 2005.

99. La mise en place de ces différentes interventions a d'abord été la conséquence non prévisible d'une dégradation de la situation sécuritaire et des dévastations intervenues dans la région des Gonaïves lors du passage de la tempête tropicale « Jeanne ». Le contenu du programme pays comme celui très provisoire de l'IPSR (prévue à l'origine pour 9 mois) n'avait pas intégré la perspective d'un stock de contingence, susceptible de répondre aux nouveaux besoins à l'origine de l'EMOP 10262.

100. Afin de prendre en compte la complexité de la situation à laquelle Haïti est confrontée, le PAM a opté pour une consolidation des opérations d'urgence et de réhabilitation ainsi que d'une partie du programme pays au sein d'un seul nouveau programme IPSR de deux ans. C'est ainsi que les activités 1 (nutrition) et 3 (VCT) du programme pays ont été basculées dans la composante réhabilitation (voir plus loin) du nouvel IPSR. D'un budget de 40 millions \$EU, cette intervention prévoit la distribution de près de 47.000 tonnes de vivres aux personnes les plus vulnérables.

#### 3.6.2 Objectifs de l'IPSR

101. La finalité<sup>41</sup> de l'intervention est de contribuer à :

- La priorité stratégique 2 : protéger les moyens de subsistance des populations dans les situations de crise.
- La priorité stratégique 3 : améliorer la santé et l'état nutritionnel des enfants, des femmes et autres groupes vulnérables.
- Dans ce contexte, l'intervention s'est fixée l'atteinte des trois objectifs suivants :
- Augmenter la capacité du PAM à répondre de manière adéquate et dans les temps aux besoins alimentaires des populations affectées par les catastrophes ou troubles civils et ce de manière ciblée.
- Augmenter la capacité des populations vulnérables et affectées par l'insécurité alimentaire à gérer les chocs/stress, de sécuriser les moyens de subsistance et de subvenir à leurs besoins alimentaires.
- Améliorer la santé et le statut nutritionnel des enfants, des mères et autres personnes vulnérables à travers des activités de nutrition.

102. L'atteinte des objectifs de l'IPSR est prévue à travers la mise en œuvre de deux composantes :

- **Composante secours** : Cette composante doit permettre au PAM d'intervenir rapidement pour répondre aux besoins d'urgence au niveau national, à travers des distributions générales limitées dans le temps. 15% des ressources en nature sont allouées à cet effet.
- **Composante réhabilitation** (85% des ressources en nature) : Cette composante intègre des activités de santé/nutrition via les centres et institutions de santé, pour

<sup>40</sup> PAM, 2005, Haïti PRRO 10382.0, project document.

<sup>41</sup> Le cadre logique de l'intervention est disponible en annexe 4



les groupes vulnérables (mères/enfants; personnes vivant avec le VIH/SIDA ou la tuberculose), la promotion et distributions d'aliments fortifiés, ainsi que des activités contribuant à soutenir les moyens de subsistance, via des activités communautaires de « vivre contre travail ». Certaines de ces activités sont prévues au niveau national (HIV-TB, vivres contre travail) alors que d'autres font l'objet d'un ciblage géographique (santé maternelle et infantile).

103. Le tableau présenté ci-dessous décrit les caractéristiques majeures de l'IPSR 10382.0

Tableau 3: Principales caractéristiques de l'IPSR 10382.0

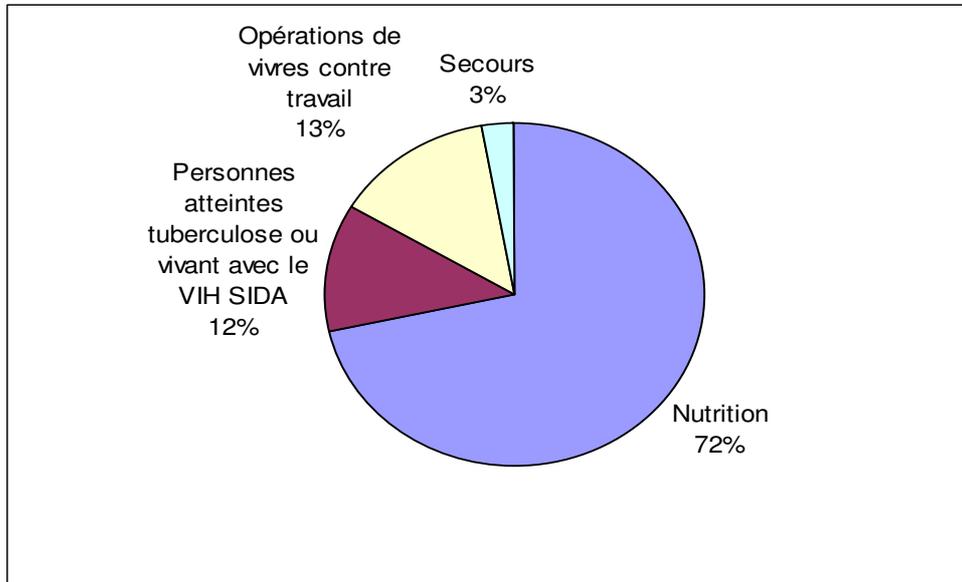
<b>Période</b>	Initialement Mai 2005-Avril 2007-08-16 étendu jusqu'en décembre 2007 <sup>42</sup>	
<b>Budget prévu</b>	+/- 40 Millions \$EU	
<b>Vivres prévus en tonnes</b>	46 750 T.M.	
<b>Nombre de bénéficiaires prévus</b>	550 000 (moyenne annuelle)	
<b>Activités</b>	<b>Zones d'intervention</b>	<b>Types de bénéficiaires</b>
1. Urgence	Nationale	Personnes les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire en situation d'urgence
2. Réhabilitation		
Appui à la sécurité alimentaire	Nationale mais priorité au Nord et Nord Est	Personnes vulnérables à l'insécurité alimentaire
Appui aux personnes vivant avec le virus du SIDA, souffrants du SIDA, atteintes par la tuberculose	Nationale	Personnes vivant avec le virus du SIDA, souffrants du SIDA, atteintes par la tuberculose
Nutrition communautaire	Nord Nord Est	Enfants de 6 à 59 mois Femmes enceintes et allaitantes

<sup>42</sup> Cependant lors de la mission d'évaluation cette extension n'était pas encore finalisée les analyses de l'évaluation sont donc basées sur une période de mise en œuvre du projet de 2 ans.



Les données disponibles sur les 18 premiers mois de mise en œuvre de l'intervention (01/05-30.10.06) permettent une visualisation de la répartition des vivres par activités de l'IPSR. Un graphique de la répartition géographique de l'assistance sera présenté dans le paragraphe 4.4.1.

*Graphique 1: Répartition des vivres par activités de l'IPSR*





## **IV. PERTINENCE DE L'IPSR**

### **4.1 Pertinence des objectifs de l'IPSR**

#### ***4.1.1. Par rapport aux besoins prioritaires du pays***

104. Le choix d'avoir deux grandes composantes de l'IPSR est pertinent et apporte une réponse adaptée et satisfaisante à plusieurs besoins prioritaires recensés dans le pays, tant au niveau d'une programmation prévisionnelle permettant de face à une situation d'urgence en cas de désastre naturel (et/ou sécuritaire) qu'à celle visant une amélioration des conditions de vie en faveur des groupes les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire.

105. La prévention et la gestion des désastres naturels constituent en effet une menace fréquente et à haut risque, du fait de la position géographique du pays en pleine zone cyclonique, de la dégradation avancée d'un environnement physique principalement montagneux (déboisement massif des bassins versants), de la pauvreté et de la vulnérabilité sociale de la population, de la mauvaise gouvernance et de l'absence de maîtrise de l'espace rural et urbain.

106. L'ensemble des données fournies dans le paragraphe 3.2.2. traitant de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que chez les femmes enceintes, démontre l'intérêt du volet de réhabilitation en santé/nutrition. Il contribue au niveau des zones d'intervention à répondre de manière pertinente et concrète à des besoins alimentaires pressants, émanant de groupes cibles très exposés, tout en s'inscrivant parfaitement dans les orientations de la Politique Nationale de Nutrition (PNN). L'apport alimentaire aux malades atteints du VIH/SIDA ainsi qu'aux tuberculeux participe également activement à un mieux être pour les premiers et à favoriser la guérison pour les seconds, grâce à cet accompagnement important à la prise de médicaments.

107. La création d'actifs productifs constitue une condition importante pour encourager l'accroissement de la production de vivres dans un futur proche. Plus généralement, la mise en œuvre d'une dynamique de soutien et d'incitation pour le développement d'activités productives s'inscrit aussi dans une perspective de création et d'augmentation de revenus, permettant une meilleure accessibilité à une diète plus équilibrée. Les VCT ont un rôle incitatif d'encouragement à l'initiative et à l'amélioration des productions futures, tout en apportant une aide provisoire (deux mois) à des groupes, le plus souvent très démunis.

#### ***4.1.2. Par rapport au processus de paix et de stabilisation du pays***

108. Les différents volets de l'intervention contribuent à appuyer les structures décentralisées de l'Etat afin de faciliter une meilleure accessibilité des populations aux services de base dans le domaine de la santé/nutrition et du développement rural. Les structures de santé (publiques, semi publiques ou privées) sont fonctionnelles au niveau du maillage géographique de l'offre de soins. Les apports de vivres de l'IPSR participent au renforcement de cette structuration, tout en encourageant une fréquentation plus active des femmes enceintes et allaitantes auprès de ces centres.

109. Outre les apports directs en vivres aux bénéficiaires, l'IPSR contribue non seulement au renforcement du caractère opérationnel des structures de santé mais initie également une orientation susceptible d'élargir dans l'avenir, l'apport nutritionnel/alimentaire dans les protocoles nationaux de prise en charge de certaines pathologies (VIH/SIDA, Tuberculose).



110. L'appui de l'IPSR pour inciter et faciliter l'accès aux services de base comme la santé participe effectivement à la reprise d'une vie normale et contribue à la stabilisation de l'organisation sociale dans les départements d'intervention. La question de la paix ou plus exactement de la sécurité des personnes et des biens reste un problème réel, essentiellement concentré dans les zones populaires des nombreux bidonvilles de la capitale Port-au-Prince.

111. L'état d'insécurité et de violence dans ces zones de « non droit » de la capitale est une réalité importante et déstabilisatrice pour le développement général du pays. Au moment du passage de la mission en Haïti (novembre 2006), la police nationale entreprenait avec le concours des forces des Nations Unies de pénétrer dans ces zones pour y installer à nouveau la légalité et permettre la reprise d'un encadrement social. Les très importantes populations vulnérables de ces zones bénéficient peu de l'IPSR, non seulement du fait d'un ciblage en faveur des zones rurales mais également du fait de l'insécurité très élevée à intervenir dans ces lieux, aussi bien pour les personnels (enlèvements, exactions physiques...) que pour les biens (pillage des camions de vivres).

#### **4.1.3 Par rapport aux objectifs des politiques sectorielles**

##### **➤ Santé et Nutrition**

112. L'IPSR vise à améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des enfants, des femmes enceintes et mères allaitantes à travers leur participation accrue dans les programmes nutritionnels. Elle est en conformité avec la politique sanitaire en Haïti. L'approche progressivement préventive recommandée dans le document de projet est en effet en harmonie avec la PNN adoptée en 2001. Celle-ci préconise « La promotion d'une meilleure utilisation de l'aide alimentaire au profit des groupes biologiquement vulnérables, avec une orientation préventive universelle, particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans ».

113. D'autres éléments de la stratégie nationale sont également en bonne adéquation avec les orientations et le contenu de l'IPSR car ils visent à l'amélioration de la qualité des services offerts aux bénéficiaires de l'aide alimentaire, notamment :

- Extension de la couverture des systèmes de distribution des micronutriments.
- Extension de la commercialisation du sel iodé et mise en place de mécanismes devant aboutir à la fortification de la farine et du sucre.
- Amélioration de la qualité des services de santé à la mère et à l'enfant, tant au niveau communautaire qu'institutionnel à travers le renforcement de la participation communautaire : création/encadrement de comités locaux et renforcement simultané des institutions de santé.
- Finalisation et utilisation plus rationnelle de la carte nationale « Chemin de la santé » pour fourniture des services.
- Amélioration de la performance du personnel des institutions de santé dans le domaine de la nutrition.

114. Ces éléments ont été repris dans la réforme du secteur de la santé 2003-2008 qui, tout en soulignant l'importance des activités préventives, met l'accent sur la nécessité d'une approche globale intégrant les interventions promotionnelles, préventives et curatives, telle que le PCIME<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> MSPP - Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme



## **VIH/SIDA et Tuberculose**

115. Les objectifs de l'IPSR en matière de VIH-SIDA et de Tuberculose concernent l'amélioration des conditions de vie au sein des familles des personnes atteintes par ces maladies. En ce sens, ils ne rentrent pas spécifiquement dans le cadre d'objectifs de contrôle du VIH et de la Tuberculose. Ils demeurent cependant tout à fait compatibles avec les objectifs et stratégies définis dans les politiques nationales de lutte contre ces problèmes de santé. Celles-ci comportent d'ailleurs peu d'orientations spécifiques sur la question de la prise en charge nutritionnelle des groupes cibles concernés.

116. La pertinence des objectifs de l'IPSR est satisfaisante eu égard aux politiques sectorielles définies par les autorités sanitaires haïtiennes et aussi par rapport aux politiques et priorités du PAM. Cependant, dans la mesure où l'intervention s'appuie sur les activités développées au sein des établissements de santé en termes de dépistage et soins aux patients, une meilleure articulation pourrait être trouvée avec l'approche « santé /prise en charge des PVVIH», qui offre de meilleures possibilités d'intégration avec l'ensemble des activités développées dans le milieu, à l'intention des PVVIH et tuberculeux.

### **➤ Sécurité alimentaire**

117. L'orientation principale de la politique sectorielle en la matière vise à favoriser l'augmentation de la contribution nationale à l'offre d'aliments à travers le développement de l'agriculture. Dans le court terme, une attention particulière est exprimée à destination des structures de gestion de l'aide alimentaire pour venir en aide aux groupes les plus démunis (victimes de désastres naturels et catastrophes humanitaires, cantines scolaires, restaurants communautaires). La prise en compte de ces orientations est effective dans l'IPSR (stock d'urgence, VCT pour la production d'actifs).

118. Les activités soutenues dans l'IPSR dans le cadre du VCT ont une finalité majoritairement centrée sur l'amélioration des conditions productives en agriculture, que ce soit directement, à travers des réalisations de maîtrise des eaux de surface (irrigation, drainage, curage des canaux, traitement anti érosif des bassins versants...) ou indirectement pour l'amélioration des conditions d'acheminement des vivres vers les marchés (réhabilitation des routes rurales).

119. La maîtrise des eaux de surface constitue un élément central de l'amélioration des productions agricoles en Haïti et de la prévention des risques naturels. Elle doit viser non seulement à organiser collectivement en amont les effets possiblement dévastateurs du ruissellement des eaux et de la très forte sédimentation qui en résulte, tout en veillant à réunir les conditions pour une plus grande maîtrise de l'irrigation (construction de retenues, curage des canaux et des drains...).

#### **4.1.4. Par rapport aux objectifs du Millenium**

120. Les objectifs de l'IPSR s'inscrivent parfaitement comme une contribution active à l'atteinte de la plupart des objectifs du Millenium. La mise en œuvre des activités vise plus particulièrement à contribuer aux finalités suivantes :

- objectif n°1 : réduction de l'extrême pauvreté et de la faim (réduire de moitié la population vivant avec moins d'un dollar/jour et d'autant celle souffrant de la faim...);
- objectif n°4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans...);



- objectif n° 5 : améliorer la santé maternelle (réduire des  $\frac{3}{4}$  le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015, accroissement des accouchements assistés par du personnel de santé...);
- objectif n° 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe, taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans...);
- objectif n° 7 : assurer un environnement durable (accès à l'eau potable, à l'assainissement, à un habitat salubre, inverser la tendance de la déperdition des ressources environnementale...).

121. Les objectifs de l'intervention apportent également des réponses circonstanciées aux besoins effectifs des bénéficiaires, tout particulièrement à travers les apports alimentaires dans le cadre des activités de santé/nutrition. Les carences nutritionnelles recensées parmi les femmes enceintes et allaitantes ainsi que chez les enfants de moins de 5 ans sont des réalités importantes et fréquentes en Haïti avec tous les risques pathologiques induits (chez la mère et chez l'enfant) si des actions correctives d'assistance n'étaient pas mises en place.

122. L'apport alimentaire aux personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à celles atteintes de tuberculose est aussi un élément important aussi bien pour accompagner les effets favorables d'une thérapie médicamenteuse (Anti rétro viral (ARV), ...) que pour pallier le déficit de ressources induit par la maladie au niveau des familles. L'assistance alimentaire à travers le canal des VCT pour la création d'actifs productifs satisfait également les bénéficiaires du fait de l'intérêt immédiat des vivres et des effets attendus des réalisations dans le court terme sur l'amélioration des conditions de vie.

#### **4.1.5. Par rapport aux priorités stratégiques et les politiques sectorielles du PAM**

##### **➤ Santé et nutrition**

123. L'activité « nutrition communautaire » de l'IPSR s'inscrit dans la priorité stratégique N° 3 « Soutenir l'amélioration de la nutrition et de la santé des enfants, des mères et autres groupes vulnérables » et répond aux recommandations du Conseil d'Administration d'accroître la part de l'aide alimentaire consacrée à l'amélioration de l'état nutritionnel des mères et des enfants durant les périodes critiques de leur existence<sup>44</sup>. L'amélioration de l'état nutritionnel est par ailleurs cohérente avec les objectifs et principes opérationnels définis dans ce même document et avec les objectifs recommandés dans le document « Alimentation complémentaire pour les mères et les enfants : directives opérationnelles » (PAM 1998).

124. Le document de projet prévoyait par ailleurs l'association de l'aide alimentaire avec l'éducation nutritionnelle et la distribution de micronutriments. Cette activité s'aligne donc aussi avec les objectifs et stratégies plus récemment adoptés dans le document de politique. « Initiative visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants : cadre d'action général » (WFP/EB.2/2006/4-A) qui prône d'associer l'aide alimentaire à un paquet de services dans le domaine de la santé, de l'hygiène et de la nutrition « enveloppe d'interventions essentielles », afin de s'attaquer simultanément aux causes multiples de la faim et de la dénutrition.

<sup>44</sup> Aider les mères et les enfants durant les périodes critiques de leur existence (WFP/EB.3/97/3-B)



## **VIH/SIDA et tuberculose**

125. Les directives du PAM envisagent deux approches de l'appui nutritionnel aux PVVIH et aux tuberculeux. Il s'agit, d'une part, de répondre aux besoins nutritionnels des individus atteints par ces pathologies et/ou, d'autre part, de permettre à leur famille de mieux faire face aux multiples contraintes d'ordre socioéconomique liées à la maladie. Le cas échéant, la ration alimentaire remplit une fonction incitative favorisant une meilleure adhérence au traitement.

126. Le PAM met l'accent sur la nécessité de considérer les questions de genre et d'établir des partenariats afin de favoriser une prise en charge globale, notamment pour le VIH-SIDA.

### **➤ Sécurité alimentaire**

127. Les activités de VCT mises en œuvre dans le cadre de L'IPSR correspondent tout à fait aux finalités de la priorité n°2 du PAM visant la protection des conditions d'existence des ménages dans des situations de crise. D'un point de vue opérationnel, la finalité de l'assistance et les critères de sélection des actions sont conformes aux orientations fixées dans le manuel du PAM : i) le travail fourni permet l'acquisition de nourriture pour les ménages, ii) les participants sont le plus souvent et de préférence choisis parmi les plus nécessiteux des groupes ciblés, iii) les activités entreprises sont l'émanation de la communauté elle-même, à travers le relais des structures locales d'encadrement comme les BAC (bureau agricole communale), iv) les réalisations participent concrètement à l'amélioration des conditions productives agricoles.

## **4.2. Opportunité du choix de la modalité d'intervention**

128. La mission considère peu approprié d'émettre des appréciations sur la formulation des récentes interventions, en l'absence d'une connaissance suffisamment objective et approfondie de la réalité et des enjeux au moment des événements ayant conduit le Bureau pays à gérer simultanément et dans une même période (2003-2005) toute la gamme des interventions du PAM : un Programme pays (2003-2006), une IPSR 10275 (juin 2003 – avril 2005) ainsi qu'une intervention d'urgence (EMOP) avril 2004 – avril 2005.

129. La mise en place de ces différentes interventions a d'abord été la conséquence non prévisible d'une dégradation de la situation sécuritaire et des dévastations intervenues dans la région des Gonaïves lors du passage de la tempête tropicale « Jeanne ». Le contenu du programme pays comme celui très provisoire de l'IPSR (prévue à l'origine pour 9 mois) n'avait pas intégré la perspective d'un stock de contingence, susceptible de répondre aux nouveaux besoins à l'origine de l'EMOP 10347.0.

130. Au moment de la formulation de l'IPSR 10382.0 (début 2005) Haïti a bénéficié d'un élan important de solidarité de la communauté internationale. Le choix de créer une IPSR en plus du Programme pays semble avoir d'abord relevé d'une conjonction de circonstances et de l'adoption d'une structure opérationnelle permettant une plus grande latitude et flexibilité dans la gestion de l'intervention.

131. La stratégie et le canevas de formulation s'expliquent par un double souci : i) la présentation d'une stratégie d'intervention complète et relativement large s'inscrivant dans les créneaux de ressourcement, ii) le souci d'intégrer les activités des diverses interventions en cours (IPSR 10275 et EMOP 10347.0) dans un seul programme d'intervention. Ainsi, les activités de nutrition et les activités de VCT contenues dans le Programme pays (P.P.) ont été



basculées dans la composante « Réhabilitation » du nouvel IPSR 10382.0. Le P.P. ne comporte plus actuellement que le seul programme des cantines scolaires.

132. Les informations<sup>45</sup> recueillies permettant d'expliquer ces choix ne sont pas uniformes mais font apparaître un souci de recentrage et de concentration des activités pour faciliter la gestion de telles opérations ainsi que les circonstances du moment, favorables à un ressourcement en faveur des groupes cibles visés (santé/nutrition).

### **4.3. Pertinence de l'approche proposée pour les volets urgence et santé/nutrition**

133. La question du choix d'une démarche préventive ou curative dans la mise en œuvre des activités de l'IPSR a été et continue d'être un sujet central de discussion pour le développement de certaines activités de l'intervention, tout particulièrement dans le domaine de la santé/nutrition. La formulation de l'IPSR s'inscrivait plus dans une conception préventive de la prise en compte de la malnutrition alors que sa mise en œuvre se trouve être de nature principalement curative. Une interrogation du même ordre est aussi recevable pour la composante urgence quant à la finalité de l'utilisation des stocks prévisionnels, même si ceux-ci sont dans le contexte précis de l'IPSR des stocks essentiellement virtuels.

#### **4.3.1. Composante urgence**

134. Le résultat attendu n°1 de l'IPSR vise à apporter une assistance adéquate et en temps à des populations victimes de catastrophes naturelles ou d'instabilité politique. Cette activité est dotée d'un stock de 7 245 TM (15 % du total des ressources) permettant une intervention d'urgence auprès de 115 000 bénéficiaires et une action de post-urgence pour 100 000 bénéficiaires. Fort heureusement, cette composante n'a pas eu à être activée à ce jour, à l'exception d'une assistance minimale localisée à certains groupes cibles (femmes et enfants) dans les quartiers les plus défavorisés de la capitale.

135. Du fait de la nature imprévisible de l'intervention, ce stock n'est pas figé physiquement dans les entrepôts du PAM en Haïti. En cas de besoins (inondations de Jean Rabel et de Port-de-Paix – novembre 2006), les denrées nécessaires sont prélevées sur les stocks disponibles pour les activités opérationnelles et font ensuite l'objet d'une réallocation. L'exemple des interventions antérieures (IPSR 10375 et EMOP 10347) a montré que les reliquats très importants de ces stocks d'urgence non utilisés (5 823 TM) ont été réalloués à l'actuel IPSR.

136. Un tel mode opératoire n'est pas vraiment satisfaisant, tant du point de vue de la gestion d'un programme que de l'absence de réalisations susceptibles d'être conduites à travers une utilisation avisée et rationnelle d'un tel stock. L'observation de la plupart des catastrophes montre que les dégâts causés par les pluies torrentielles des cyclones ou des tornades tropicales sont étroitement liées à une prévention insuffisante des effets de l'érosion hydrique. Les récentes inondations de Port-de-Paix sont en grande partie la résultante de la sédimentation et de l'absence de nettoyage des canaux d'évacuation des eaux pluviales en ville.

137. Une action préventive de cette nature a été entreprise sur la ville de Cap-Haïtien en 2005 avec le concours de VCT. Il serait important à l'avenir que les stocks de la composante urgence ne soient pas seulement perçus et envisagés dans la seule perspective d'une intervention curative mais au contraire comporte une dynamique importante en faveur d'actions de prévention des

---

<sup>45</sup> Entretiens et Aide mémoire de la mission de formulation du programme PAM de réhabilitation en Haïti (21.01-04.02/05).



crues (traitement des bassins versants, curage des évacuations, bassins de rétention...). La partie du stock allouée à l'urgence stricto sensu devrait être basculée progressivement dans des actions préventives au fur et à mesure de l'écoulement du temps du programme, de manière à utiliser rationnellement les stocks prévus, évitant ainsi de seulement se contenter de les remettre uniquement dans l'intervention suivante.

#### **4.3.2. Composante nutritionnelle de l'IPSR**

138. Le document de projet prévoyait une combinaison de deux scénarios: l'adoption progressive d'une approche préventive en prônant l'abandon du ciblage individuel pour les enfants de 6 à 24 mois et des femmes enceintes et allaitantes, tout en maintenant une approche curative pour les enfants de 25 à 59 mois. Les deux approches devaient être conduites dans les départements du Nord et Nord-Est avec un désengagement graduel des zones urbaines, ce dernier point s'appliquant à toutes les activités de la composante redressement de l'IPSR.

139. L'approche progressivement préventive prévue dans le document de projet n'a pas été respectée. Le bureau de pays a opté pour le maintien de la récupération nutritionnelle comme objectif en appliquant le ciblage individuel pour toutes les catégories de bénéficiaires, et ce pour des raisons d'ordre opérationnel<sup>46</sup>. Les préoccupations du PAM et de ses partenaires concernaient la capacité de ces derniers, tant dans la prise en charge médicale d'un nombre accru d'enfants et femmes éligibles à l'alimentation supplémentaire; que de leurs capacités de gestion et de stockage des vivres.

##### **➤ Politiques et directives opérationnelles du PAM**

140. Selon le document « Aider les mères et les enfants durant les périodes critiques de leur existence (WFP/EB.3/97/3-B) » :

- Le PAM donnera priorité à la récupération nutritionnelle chez les enfants mal nourris et les femmes enceintes ou allaitantes sous-alimentées, en se fondant sur une combinaison de ciblage géographique et de filtrage individuel.
- Une aide alimentaire axée sur la prévention de la malnutrition précoce sera recommandée lorsque les analyses confirment que des rations alimentaires sont effectivement le meilleur moyen d'atteindre cet objectif.

141. Deux scénarios sont envisagés : le ciblage géographique sans filtrage individuel « approche préventive », ou le ciblage géographique combiné à un filtrage individuel « approche curative ». Le choix de l'un ou l'autre doit être défini à la lueur d'une analyse d'un certain nombre de facteurs, tels que : i) la nature et l'étendue des problèmes nutritionnels parmi les groupes cibles ; ii) la disponibilité et capacité d'exécution des partenaires ; iii) les conditions socioculturelles et ; iv) d'autres questions pratiques.

##### **➤ Justification de l'approche préventive par rapport à la situation nutritionnelle**

142. Selon l'enquête EMMUS-III, les enfants de 12 à 23 mois sont en effet les plus touchés par la malnutrition, période durant laquelle la majorité des enfants sont sevrés et ne reçoivent pas de suppléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. Environ un quart des

<sup>46</sup> Selon le BP, les données du recensement montrent que la mise en œuvre de l'approche préventive même ciblée dans les Départements du Nord et du Nord-Est n'aurait pas permis de couvrir l'ensemble de la population concernée. Ainsi, selon l'Institut Haïtien de la Statistique et de l'Informatique, le recensement de 2003 dont les données (selon informations du BP) sont disponibles en mars 2005 dénombre plus de 100.000 enfants de moins de 2 ans et femmes enceintes et allaitantes dans les Départements du Nord et du Nord-Est alors que le document de projet prévoit 61.000 bénéficiaires, soit 60% de la population cible.



enfants de 12 à 23 mois souffrent d'insuffisance pondérale et environ 8% d'émaciation. Ce taux est élevé mais n'est pas considéré alarmant d'après les repères d'interprétation recommandés dans les manuels du PAM<sup>47</sup>. L'approche préventive - quoique évidemment préférable quand les ressources disponibles et les conditions d'exécution le permettent - n'est donc pas exigée.

143. Par contre, EMMUS-III révèle des résultats contrastés concernant l'état nutritionnel des femmes. La déficience énergétique chronique ne touche que 12 % des femmes (IMC<18,5) alors que le surpoids (IMC  $\geq$  25) affecte une femme sur quatre. En conséquence, dans le cas de femmes enceintes et mères allaitantes, l'approche préventive n'est pas indiquée sur la base des données anthropométriques.

➤ **Justification des critères de sélection choisis par le Bureau pays/PAM**

*Pour les enfants*

144. Pour ce qui est des enfants, l'insuffisance pondérale - poids faible pour l'âge (PFA) et poids très faible pour l'âge (PTFA) – a été retenue comme critère de sélection. Ce critère est bien connu des agents de santé car il se base sur la fiche de croissance du MSPP qui est distribuée aux mères des nourrissons lors de leur première consultation postnatale.

*Pour les femmes enceintes*

145. D'après le Manuel de Normes pour les Programmes d'Intervention Nutritionnelle (Bureau de Nutrition/MSPP 1979), sont à risque les femmes enceintes avec au moins un des signes suivants :

- Femmes ayant un poids <47 kg durant le 1<sup>er</sup> trimestre
- Femmes ayant un poids <55 kg durant le 3<sup>ème</sup> trimestre
- Le gain de poids durant la grossesse est < 9kg
- La femme a une taille < 1m 50
- Le taux d'hémoglobine est < 11g%

146. Pour les femmes enceintes et mères allaitantes, l'anémie a été choisie comme critère d'admission. L'anémie, étant un facteur de risque avéré pour les femmes enceintes, son diagnostic (sur la base du taux d'hémoglobine) est prévu par le MSPP parmi les examens de base d'une consultation prénatale. Bien que ce critère ait été clairement défini conformément aux normes du MSPP, il s'est avéré cependant difficile à évaluer.

147. Les contraintes principales à son application sont d'ordre matériel, essentiellement le manque de moyens tant au niveau des institutions de santé – absence de laboratoire et/ou d'outils – qu'au niveau des bénéficiaires qui doivent assumer les coûts des tests quand ils sont disponibles. Ces contraintes ont amené le personnel de santé à utiliser des critères peu fiables, tels que les signes cliniques de l'anémie ou d'autres indicateurs nutritionnels (par exemple poids inférieur à un seuil donné).

148. Au cours de l'opération d'urgence qui a précédé l'actuel IPSR, l'adoption de ce critère avait nécessité la subvention des frais encourus pour les tests. Le PAM avait financé le coût des analyses mais de nombreuses observations effectuées sur le terrain avaient montré des déviations dans cette mise en œuvre avec la facturation de cet examen aux patientes. Cela a fortement tempéré les ardeurs pour la mise en œuvre de ce test dans l'intervention actuel.

<sup>47</sup> PAM (2003) Manuel d'Alimentation et de Nutrition



➤ **Justification par rapport aux politiques et normes nationales**

149. La réforme de secteur de la santé 2003-2008 met l'accent sur la nécessité d'une approche globale intégrant les interventions promotionnelles, préventives et curatives. Mais le Manuel des Normes pour les Programmes d'Intervention Nutritionnelle susmentionné n'a pas été réactualisé en fonction de ces changements de politiques. Par ailleurs, lors de ses discussions avec divers ONG actives dans ce même secteur, il est apparu que diverses approches étaient testées et appliquées.

➤ **Cohérence de la conduite de l'IPSR avec le changement d'approche**

150. Lors de la conception de l'IPSR, les objectifs et résultats escomptés (nombre de bénéficiaires), les intrants alimentaires (composition, valeur nutritive de la ration individuelle et taille de la ration familiale) et les indicateurs de suivi et évaluation ont été proposés dans le cadre d'une intervention visant surtout à la prévention de la malnutrition. L'introduction de critères de sélection nutritionnels n'a pas été accompagnée par d'autres ajustements : en effet, le nombre cible de bénéficiaires n'a pas été rectifié alors que le ciblage individuel implique un nombre inférieur de bénéficiaires éligibles.

151. L'adoption quasi exclusive de l'approche curative ne pose pas vraiment une question majeure car elle est d'abord une réponse à une question de capacités d'absorption et de mise en œuvre de l'assistance par des partenaires qui n'ont pas toujours les moyens humains et d'entreposage suffisants pour des actions préventives. Cette situation a pour une part favorisé la forte extension du programme de santé/nutrition dans le département de l'Ouest qui bénéficiait d'un soutien de même nature dans les interventions antérieures du PAM et dont les besoins sont aussi pressants que dans les deux départements initialement ciblés.

152. La principale difficulté recensée pour l'observateur extérieur se situe plus au niveau d'une question de forme et de communication très insuffisante par rapport à ce changement. Le document de projet de l'IPSR n'a pas été modifié par rapport à cette nouvelle approche ce qui est source constante d'incompréhension car la prise en compte de cette nouvelle réalité nécessite un certain temps de réflexion pour sa bonne compréhension.



## 4.4. Pertinence du ciblage de l'intervention

### 4.4.1. Au niveau de l'espace géographique

153. Afin d'éviter d'éventuelles et inutiles duplications dans les interventions d'assistance alimentaire, les principaux intervenants, à savoir les quatre grandes ONG américaines (CARE, CRS, World Vision et Save The Children) bénéficiaires de l'assistance directe de l'USAID et le PAM se sont entendues pour définir des zones d'intervention qui permettent une couverture maximale du pays. Cela explique la concentration des activités du PAM dans la partie centrale et Est du pays.

154. Du fait de cette entente tacite, l'analyse de sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (VAM) entreprise en septembre/octobre 2004 par une équipe du siège du PAM est circonscrite aux seuls quatre<sup>48</sup> départements de la zone prioritaire d'intervention (le Centre, l'Ouest, le Nord et le Nord - Est). Le document fournit des données intéressantes sur un ensemble de données de connaissance des moyens d'existence et des stratégies de survie des différentes strates de la population<sup>49</sup>.

155. Il est toutefois fort regrettable que la portée d'un tel document soit limitée par l'absence de prise en compte d'une analyse nutritionnelle dans les zones considérées<sup>50</sup> et de sa rédaction en langue anglaise. En effet, cela en limite l'utilisation par les autorités et partenaires nationaux au niveau haïtien. Dans un souci de transparence et de communication, il est important que ce genre d'étude soit en effet rédigé ou, à tout le moins traduit rapidement, dans la langue officielle du pays.

156. La formulation du document d'intervention de l'IPSR est relativement ambiguë. En effet, au niveau global il est dit que l'IPSR maintiendra sa couverture géographique actuelle tout en réduisant progressivement sa présence dans les zones urbaines pour concentrer ses efforts dans les zones rurales. Par ailleurs, il était également fait mention explicite d'une concentration des activités de nutrition sur les départements du Nord et du Nord-Est alors que les autres interventions avaient une opportunité d'intervention plus ouverte sur d'autres zones. Le graphique de la couverture géographique de l'IPSR entre mai 2005 et octobre 2006 montre un décalage important entre les prévisions et la réalité géographique de l'intervention puisque par exemple, le département de l'Ouest, non ciblé pour les activités nutritionnelles, consomme plus de la moitié des vivres distribués. Enfin, selon le BP, l'accent mis ces deux dernières années par les autorités politiques ainsi que par le Représentant Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies sur l'importance des zones urbaines, a concrètement limité la concentration des efforts dans les zones rurales.

157. L'une des causes majeures de cette très importante différence est liée à la forte disponibilité de vivres du fait du passage d'une approche préventive définie dans le document de projet à une approche curative dans les faits. Une telle réorientation aussi capitale de l'ensemble des mécanismes aurait dû normalement et logiquement faire l'objet d'un avenant et d'une reformulation en interne du document de projet.

<sup>48</sup> Le découpage administratif actuel du pays comporte 9 départements.

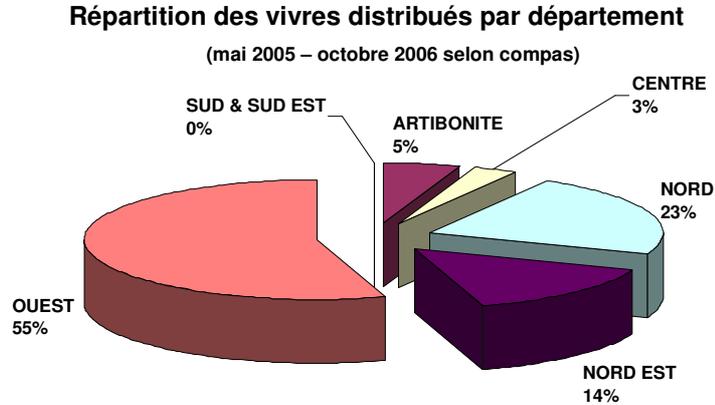
<sup>49</sup> Depuis lors le PAM en partenariat avec la CNSA, FEWS-NET, les Départements concernés, Plan Haiti et World Vision a mis en place un système de suivi de la sécurité alimentaire dans les départements du Nord et du Nord-Est dont les résultats sont communiqués régulièrement (4 numéros sortis jusqu'en novembre 2006).

<sup>50</sup> Initialement l'analyse prévoyait une composante nutrition en partenariat avec l'UNICEF (qui ne l'a pas mise en œuvre) et une composante consommation alimentaire qui, elle, a été menée par le PAM.



## Graphique 2: Couverture Géographique

### Couverture Géographique



#### ➤ En matière de Santé et Nutrition

158. En plus des départements du Nord et Nord-Est prévus dans le document de projet, l'activité nutrition a été maintenue et développée dans le département de l'Ouest<sup>51</sup> à travers 79 institutions de santé (39 centres en zone rurale et 40 centres en zone urbaine). Depuis le début de l'IPSR, le niveau d'assistance au département de l'Ouest a même augmenté: 53 centres furent rajoutés dont 17 en zone urbaine.

159. Selon les résultats de l'EMMUS-III, la prévalence de la malnutrition - déficience énergétique chronique - parmi les femmes (IMC<18,5) est la plus élevée dans le Nord-Est (18,5%), suivi des départements du Sud (15,9%) et du Nord (14,1%). L'anémie est aussi la plus élevée dans le département du Nord-Est (62,7%) alors que le département du Nord se situe en neuvième position avec une prévalence de 50,9%. Pour ce qui de la situation nutritionnelle parmi les enfants de moins de cinq ans, les départements du Nord, Nord-Est et Ouest ne sont pas parmi les plus affectés quelque soit le paramètre utilisé (taille pour âge, poids pour âge ou poids pour taille), les taux les plus élevés d'insuffisance pondérale se trouvant dans les départements du Sud (23,9%) et Sud-Est (20,5%).

160. Le choix des départements proposés dans l'IPSR n'a donc pas été guidé uniquement par des critères de vulnérabilité mais aussi par la présence d'autres donateurs déjà actifs dans certains départements ; ceci expliquerait la présence du PAM dans des départements où les taux de malnutrition ne sont pas les plus élevés.

#### ➤ En matière de VIH/SIDA et tuberculose

161. L'assistance aux PVVIH et aux tuberculeux a été mise en œuvre dans cinq départements géographiques : l'Ouest, le Nord, le Nord Est, le Centre et l'Artibonite. Dans le document de projet, les activités relatives au VIH/SIDA avaient d'emblée une envergure nationale, tandis que

<sup>51</sup> Le département de l'Ouest bénéficiait de l'assistance PAM (Santé/nutrition) dans le précédent IPSR



l'appui aux tuberculeux devait se focaliser sur le Nord et le Nord Est avec la possibilité de toucher d'autres zones non couvertes par les programmes soutenus par l'USAID.

162. La mise en œuvre de l'IPSR dans le Centre et l'Artibonite demeure limitée avec seulement deux partenaires dans chaque région<sup>52</sup>. Cependant, cela représente en termes de bénéficiaires directs près du quart (23.8%) de l'effectif touché et de ce fait, le Centre arrive en 2<sup>ème</sup> position après l'Ouest. Cette évolution du ciblage ne correspond pas à des priorités clairement établies qu'il s'agisse de prise en charge des PVVIH ou de réduction de vulnérabilité. Une étude multicentrique sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH, coordonnée par le Bureau du PAM à Rome, est menée dans le Centre, en marge de l'IPSR.

163. L'assistance aux PVVIH et aux tuberculeux n'a pas fait l'objet d'une démarche de ciblage géographique spécifique. Le choix des zones d'intervention différentes des autres volets n'est pas en faveur de l'intégration des actions. La pertinence peut cependant être déclarée satisfaisante, dans la mesure où les besoins et effectifs dans les groupes ciblés sont comparables d'une région à l'autre du pays et où l'extension géographique calquée, grosso modo, sur la carte globale d'intervention du PAM en Haïti permet une meilleure concentration des efforts.

#### ➤ **En matière de Création d'actifs (VCT)**

164. Le document de projet prévoyait une mise en œuvre prioritaire de ce volet dans les départements du Nord et du Nord-Est. La mise en œuvre de ce volet est particulièrement dépendante de la disponibilité et de la capacité de trouver (ou de répondre) des partenaires techniques pour organiser tout à la fois la conception et l'encadrement des bénéficiaires pour une exécution et une mise en valeur appropriée des réalisations. Compte tenu de ces conditionnalités, les premiers constats portant sur les engagements en volume de l'assistance (mai 2005 – octobre 2006) montrent la répartition suivante dans la conduite des réalisations : 24 % pour le Nord (dont 65 % pour le drainage des canaux d'évacuation des eaux du Cap Haïtien), 23 % pour le Nord-Est, 25 % pour le Nord-Ouest, 15 % pour l'Artibonite, 13 % pour l'Ouest.

165. Une telle répartition est tout à fait acceptable et même souhaitable dans une perspective où l'encadrement constitue un élément clé de la bonne réalisation et de la mise en valeur des réalisations. Cela explique par exemple la dotation de 25 % des engagements en cours pour la zone de Jean Rabel (Nord-Ouest) où l'ONG Agro Action Allemande conduit un travail de grande qualité de réhabilitation de routes et de maîtrise des eaux de surface pour la valorisation de la production agricole.

#### **4.4.2 Au niveau des types de bénéficiaires**

166. L'IPSR a centré son intervention sur cinq groupes cibles : les enfants de – 5 ans en situation de malnutrition, les femmes enceintes et allaitantes anémiées ou présentant des signes cliniques de malnutrition, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les personnes bénéficiant d'un traitement médical contre la tuberculose et les ménages en situation d'insécurité alimentaire.

167. Les femmes et les enfants sont parmi les groupes de population considérés comme les plus vulnérables par le MSPP. En effet, l'amélioration de l'offre de soins aux populations les plus vulnérables - femmes, femmes enceintes, enfants, enfants des rues, orphelins, adolescents et

<sup>52</sup> Contrairement aux autres départements, ces appuis ont été initiés en dehors d'une collaboration préalable avec la Direction départementale concernée : le PAM a agréé des requêtes adressées directement par ces organisations.



familles en situation difficile - est un des axes stratégiques prioritaires du MSPP (Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme).

168. A travers la personne atteinte par le VIH/SIDA, c'est plutôt sa famille qui est ciblée. En effet, l'entourage subit doublement le poids de la maladie, à savoir la perte de revenus liés à la difficulté pour la personne malade de travailler ainsi qu'une forte stigmatisation à l'origine d'un rejet social (voir à l'éclatement du noyau familial). L'apport alimentaire aux malades bénéficiaires d'un traitement ARV ainsi qu'à ceux en traitement pour la tuberculose constitue un appui particulièrement bien ciblé pour améliorer l'efficacité des thérapies médicamenteuses. L'apport momentané d'une assistance aux ménages en insécurité alimentaire pour la création d'actifs productifs constitue également un ciblage bien approprié.

169. La prolifération des cas de détresse sociale dans un pays comme Haïti ne se limite malheureusement pas aux cinq groupes cibles retenus. Les orphelins du SIDA, les vieillards, les personnes hospitalisées sans ressources ou sans famille sont autant de groupes nécessitant une assistance alimentaire (ou qui en ont bénéficié ponctuellement par le passé d'une aide). Toutefois, la gestion indirecte de l'assistance alimentaire à travers des partenaires de terrain nécessite l'existence de structures d'encadrement et d'accompagnement. Les cinq groupes cibles retenus dans l'IPSR répondent à la fois à des groupes hautement prioritaires en matière d'insécurité alimentaire ainsi qu'à un mode opératoire d'intervention adapté et gérable dans la durée.

## **4.5. Pertinence : conclusions et propositions**

### **4.5.1 Conclusions**

170. La pertinence de l'intervention est globalement satisfaisante tant par rapport aux besoins réels des populations vulnérables qu'à celui des actions mises en œuvre. Plusieurs aspects de stratégie d'intervention restent toutefois ouverts à discussion et nécessitent une concertation plus approfondie avec les autorités nationales et les partenaires d'assistance alimentaire, de manière à harmoniser au mieux la couverture géographique du pays et définir des méthodologies opérationnelles concertées, tout particulièrement dans la définition du choix des approches qu'elles soient de nature préventive ou curative (nutrition).

171. L'activité de dialogue et de concertation avec les partenaires d'assistance alimentaire gagnerait à être actualisée sur une base annuelle, du fait que certains départements (Sud-Est, Grande Anse) ne sont en fait pas vraiment bénéficiaires des programmes d'assistance alimentaire et que, par exemple, CARE est en cours de désengager son appui au secteur santé/nutrition dans le département du Nord-Ouest. L'actualisation des réalités et perspectives d'action des uns et des autres devraient permettre des programmations concertées plus pertinentes entre les intervenants.



## 4.5.2 Propositions

<b>Pertinence</b>
<p style="text-align: center;"><b>Ciblage Géographique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>☞ Il serait très souhaitable de conduire dans les meilleurs délais une étude de sécurité alimentaire et de vulnérabilité (VAM) sur l'ensemble du territoire national, en incluant la problématique nutritionnelle. Les résultats permettraient de réévaluer la validité du ciblage géographique actuel à l'échelle nationale, en tenant compte des taux de malnutrition et de leurs causes.</li><li>☞ Une telle étude bénéficierait à être développée conjointement avec le concours actif des grandes ONG américaines véhiculant de l'aide alimentaire et la participation de la CNSA. Les informations communes disponibles devraient faciliter l'organisation d'une concertation de programmation prévisionnelle d'action pour une meilleure couverture et harmonisation des zones et des méthodologies d'intervention</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Volet Santé et Nutrition</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>☞ Dans un souci de plus de transparence sur l'approche adoptée dans le volet nutritionnel, le BP PAM pourrait avantageusement rédiger une note à l'intention générale sur les raisons du changement d'approche et sur les modifications entraînées dans la conduite de ce programme.</li><li>☞ Le BP PAM en concertation avec le MSPP devrait :<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Décider du choix de l'approche – préventive et/ou curative - des enfants en fonction des politiques nationales et de la capacité des partenaires en ressources humaines et matérielles pour:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ la prise en charge des bénéficiaires selon les normes du MSPP</li><li>▪ la gestion des vivres (adéquation des capacités de stockage et de distribution).</li></ul></li><li>➢ Maintenir l'approche curative pour les femmes enceintes en appliquant des critères de sélection anthropométriques tels que la circonférence du milieu du bras (CMB) ou les indicateurs de poids et taille inférieurs à un seuil donné tels que définis par le Bureau de Nutrition/MSPP.</li></ul></li><li>☞ Le Bureau de Nutrition/MSPP devrait, avec l'assistance technique et financière de ses principaux partenaires, mettre à jour le Manuel des Normes pour les Programmes d'Intervention Nutritionnelle afin d'uniformiser les interventions financées et/ou exécutées par divers partenaires.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Synergies entre les différents volets de l'intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>☞ Le PAM devrait veiller à rechercher des effets synergiques en ciblant directement d'une part, les PVVIH et Tuberculeux à travers un volet « santé/prise en charge des PVVIH » et d'autre part, l'entourage des malades avec le volet « sécurisation des conditions de vie » .</li><li>☞ Les stocks d'urgence, perçus uniquement dans une perspective d'intervention curative, devraient comporter une dimension de prévention pour au moins 25 %, à travers des actions de VCT. Les 75 % restants devaient être utilisés également dans des actions préventives au prorata du temps d'écoulement du programme.</li><li>☞ Face à l'immensité des besoins, les VCT gagneraient à être utilisés pour créer des synergies avec les autres volets de l'intervention. Il serait souhaitable que cette assistance puisse s'inscrire prioritairement dans des activités susceptibles d'améliorer les conditions productives des bénéficiaires, de façon à favoriser un accroissement de la disponibilité vivrière.</li></ul>



## V. EFFICACITE DE L'INTERVENTION PAR RESULTATS ATTENDUS

### 5.1. Résultat N° 1 : Assistance des populations en cas d'urgence

#### 5.1.1 Résultats attendus

##### Résultats attendus selon le cadre logique

Les populations victimes d'instabilité politique et/ou de catastrophes naturelles sont assistées par le PAM de façon adéquate :

- 80% des ménages affectés bénéficient d'une ration pendant la durée de l'intervention
- capacité du PAM de répondre à une situation d'urgence dans un délai de 72 heures

#### 5.1.2 Niveau de réalisation

La dotation de vivres pour cette opération d'urgence est de 7 000 TM pour :  
. 115 000 bénéficiaires pour une aide alimentaire immédiate (durée de 15 jours)  
. 100 000 personnes pour une aide alimentaire ciblée de post-urgence (durée de deux mois).

##### ➤ L'Aide alimentaire d'urgence

172. Fort heureusement, l'accalmie sur le plan de la situation sécuritaire et sur celui des catastrophes naturelles n'a pas nécessité la mise en œuvre de ce volet. Les dégâts occasionnés aux biens et aux personnes par les inondations localisées (23/24.11.2006) dans les centres urbains de Port de Paix et de Jean Rabel (Nord-Ouest) ont conduit à une action de premier secours, à partir du stock de vivres PAM, géré à Jean Rabel par l'ONG. AAA dispose actuellement d'un stock de plusieurs centaines de tonnes dans le cadre du programme PAM/VCT. La partie requise à la couverture des besoins sera provisoirement prélevée sur ce stock. Le recensement des besoins est en cours et on ne dispose pas encore des besoins complets de distribution.

##### ➤ L'aide alimentaire ciblée de post-urgence

173. Un total de 7 contrats a été signé avec plusieurs ONG pour un engagement global de 557 TM au profit de 17 976 bénéficiaires. Les distributions gratuites faites dans le cadre de ces contrats sont des réponses ponctuelles formulées principalement pour satisfaire des besoins immédiats de groupes très vulnérables, au niveau des zones sensibles urbaines (bidonvilles) de Port-au-Prince.

174. La grande majorité de cette assistance : 483 TM soit 87% du montant total alloué, a été distribué gratuitement par l'ONG « Yélé » à des bénéficiaires femmes et enfants (ciblés par la communauté) au niveau de zones d'habitat difficile et précaire (Cité Soleil, Bélair).



➤ **Appréciation des mécanismes mis en place pour l'atteinte du résultat attendu n°1**

*(Capacité de répondre dans un délai de 72 heures pour une couverture de 80% des ménages affectés)*

175. Le PAM assure la responsabilité de la mise en œuvre du plan de contingence du Système des Nations Unies pour ce qui concerne la coordination des opérations d'urgence (logistique et aide alimentaire). La capacité logistique du PAM est unanimement reconnue et appréciée et offre aux autres partenaires (UNICEF...) des opportunités de transport et d'entreposage pour pré positionner tout un ensemble de kit de survie (bâches, filtres à eau...).

176. La problématique de la coordination de l'aide en cas d'urgence doit aussi veiller à favoriser l'émergence d'une stratégie nationale, à travers l'élaboration d'une orientation conceptuelle par une structure de concertation appelée Plate Forme de Sécurité Alimentaire (PNSA) et sa mise en œuvre dans une programmation (nationale et départementale) par la Direction de la Protection Civile (D.P.C.).

177. Dans la perspective d'affiner la mise sur pied d'un plan stratégique d'intervention, le PAM a structuré un réseau d'échanges et de concertation avec les principales ONG américaines pourvoyeuses d'aide alimentaire dans le pays. La tenue de réunions régulières avec ces ONG opérationnelles permet une actualisation des stocks disponibles dans les différentes zones concernées (Global food pipe line). Des accords de principe non formalisés offrent l'opportunité de pouvoir utiliser les stocks immédiatement disponibles au plus près de l'événement, de manière à répondre aussi vite que possible aux besoins d'une éventuelle catastrophe.

178. L'observation des causes majeures des dégâts occasionnés au cours du cycle annuel des tempêtes tropicales fait apparaître une constante liée aux effets du ruissellement hydrique, engendré par les très importantes précipitations. Le déboisement excessif des bassins versants induit une forte sédimentation en aval ce qui conduit fréquemment à des inondations des zones habitées ou des zones de production lorsque les canaux d'évacuation ne sont pas nettoyés régulièrement ou bien encore lorsque l'accumulation des sédiments dans le lit des rivières n'est pas enlevée à temps. Une telle réalité, répétitive dans le temps, devrait conduire à développer une approche préventive à l'aide de VCT, de manière à agir pour diminuer autant que possible les risques répertoriés et attendus.

179. Le maillage actuel des ONG du réseau permet une couverture satisfaisante pour répondre dans les 72 heures à une urgence et satisfaire 80 % des besoins des personnes touchées. La démarche de l'utilisation des stocks existants dans le cadre d'activités régulières plutôt qu'un pré positionnement de vivres à la seule fin de pouvoir disposer d'un stock susceptible de répondre à une urgence est tout à fait adaptée. Il serait toutefois souhaitable qu'un pourcentage d'au moins 25 % de ce stock soit alloué pour des activités de prévention des risques naturels. La partie restante garderait sa finalité de stock de sécurité mais devrait être utilisée au renforcement d'une telle démarche de prévention, au prorata de l'écoulement du temps de l'intervention.

## **5.2. Résultat No.2 : Sécuriser les conditions de vie des groupes vulnérables**

180. Les résultat attendus n°2 prévoient de sécuriser les conditions de vie et permettre une meilleure accessibilité/satisfaction des besoins alimentaires de base de plusieurs groupes cibles : i) les ménages ciblés en insécurité alimentaire à travers des activités de création d'actifs (VCT), ii) les ménages affectés par le VIH/SIDA et la Tuberculose. Dans le cas du premier groupe, il était prévu d'allouer 4 400 TM (9 % de l'IPSR) à 16 000 ménages pour la création



d'un nombre ouvert (non spécifié) de création d'actifs alors que le second extrant vise pour sa part, une assistance à 12 000 ménages affectés par le VIH et la TB par une distribution de 9 000 TM (19 % de l'IPSR) à travers les structures de santé de proximité.

181. Les indicateurs de résultats attendus dans le tableau ci-dessous sont repris du cadre logique de l'intervention :

Résultats attendus selon le cadre logique

- 50 % des ménages ciblés font l'expérience d'un accroissement de la fréquence et de la diversité des denrées alimentaires consommées ;
- Baisse de 10% des dépenses alimentaires des ménages

182. Ces deux indicateurs n'ont pas été collectés par la cellule de suivi évaluation PAM du bureau pays, ce qui ne permet pas vraiment d'apprécier la nature des résultats visés dans le cadre logique. Le suivi de ces indicateurs aurait nécessité la mise en place d'un système de sites sentinelles ou d'enquêtes ponctuelles. De plus, les informations à collecter sont assez complexes dans des systèmes où la notion de budget des ménages et de diététique n'est pas toujours bien explicite et comprise dans la logique de fonctionnement des bénéficiaires.

183. Il ne faut pas perdre de vue que dans le cas des ménages bénéficiaires des VCT, la dotation aux ménages est limitée à une période maximum de deux mois<sup>53</sup> ce qui ne permet pas vraiment d'initier un changement dans le mode opératoire d'acquisition et de consommation alimentaire des ménages. Pour les ménages bénéficiaires d'un complément alimentaire dans le cadre du VIH/SIDA, la mise en place d'un suivi comporte de son côté, un risque réel de participer au phénomène de stigmatisation très prononcée en Haïti des personnes atteintes par la maladie.

184. Les deux indicateurs de performance retenus sont des indicateurs généraux qui ne sont pas en phase, tant avec le contexte socio- culturel du pays que par rapport aux activités (nature et durée retenue). La désignation d'une assistance alimentaire aux PVVIH dans la priorité stratégique n°2 montre que l'intervention est plus orientée sur la considération socio-économique d'amélioration des conditions de vie du foyer familial que sur une approche santé devant permettre une facilitation de la thérapie médicamenteuse. La même orientation a été arrêtée pour les personnes atteintes de tuberculose.

### **5.2.1 Créations d'actifs à travers les activités VCT**

#### **5.2.1.1. Réalisations prévues**

185. Le document de projet prévoyait une intervention sur le plan national avec un ciblage géographique prioritaire en faveur des deux départements du Nord et du Nord-Est. L'assistance vise à apporter une aide alimentaire aux communautés/ménages ruraux en insécurité alimentaire pendant une période maximum de deux mois, coïncidant avec la période de soudure, durant laquelle les prix des denrées sont élevés sur le marché. L'adjonction de Vivres contre Formation était envisagée comme support pour l'amélioration de la santé et de la nutrition (diversification alimentaire, prévention contre le SIDA, construction de latrines...). La nature des actifs à créer est assez large à travers la terminologie de « petites infrastructures de développement » et

<sup>53</sup>Du point de vue du bénéficiaire, la durée moyenne est inférieure à deux mois en raison d'une rotation fréquente des équipes sur les chantiers.



comprend : la réhabilitation de pistes de desserte rurale, des réalisations à caractère productif ou environnemental ainsi que des activités préventives des désastres naturels.

Réalisations attendues

- Implication de 16 000 ménages dans la création d'actifs
- Distribution de 4 000 TM de vivres
- Création d'un certain nombre d'actifs (en fonction des situations rencontrées)

**5.2.1.2. Niveau d'avancement des réalisations**

➤ **En terme de participants/bénéficiaires**

186. Le niveau de réalisation de l'activité est tout à fait satisfaisant en termes quantitatifs en ce qui concerne le nombre de ménages bénéficiaires par rapport à au nombre de ménages planifiés (16 000 sur une base annuelle). En 2005, année de démarrage de l'activité, le nombre de ménages bénéficiaires s'est élevé à 11 014 ce qui a permis, compte tenu de l'octroi d'une ration familiale de 5 personnes, d'atteindre un nombre total de 55 070 bénéficiaires sur un total de 80 000 planifiés, soit un niveau de réalisation de 69 % en terme de bénéficiaires. Les nombreuses activités mises en œuvre au cours des dix premiers mois de l'année 2006 ont entraîné une forte hausse des participants et des bénéficiaires qui dépasse de près de 25 % les prévisions : 19 870 ménages participants (16 000 prévus) et 99 350 bénéficiaires (80 000 prévus). Le cumul depuis le début de l'intervention est résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Vivres Contre Travail Mai 2005 - Fin Octobre 2006

Catégories de bénéficiaires	Participants		Bénéficiaires		Fam. Ration	% réalisés Vs planifiés
	Planifiés	Réalisés	Planifiés	Réalisés		
Vivres Contre Travail (VCT)	32,000	30,884	160,000	154,420	5	97%
TOTAL	32,000	30,884	160,000	154,420	5	97%

Source : données fournies par la cellule de suivi évaluation. PAM/Haïti. novembre 2006

➤ **En terme de nature des réalisations**

187. Les réalisations cumulées de création d'actifs pour la même période (mai 2005-fin octobre 2006) sont présentées dans le tableau ci-dessous :



Tableau 5: Nature et niveau des réalisations VCT (mai 2005 –octobre 2006)

Extrants	Unité de mesure	Planifié	Actuel	% Actuel vs Planifié
Routes réhabilitées ou aménagées	Km	303	255	75
Plantules	Nbre	86 000	83 466	97
Salines réhabilitées ou aménagées	m <sup>3</sup>	25 000	25 000	100
Seuils réhabilités ou aménagés	m <sup>3</sup>	22 488	21 616	96
Drains/ canaux curés	m <sup>3</sup>	91 825	54 275	59
Canaux curés	ml	6 100	6 900	113
Ravines curés	m <sup>3</sup>	45 974	35 826	78

Source : compilations à partir des données fournies par cellule de suivi évaluation. BP/PAM

188. Le tableau des activités entreprises permet de préciser la nature des principales réalisations conduites. Celles-ci sont essentiellement centrées sur la réhabilitation des pistes rurales, la maîtrise des eaux de surface (aménagement de seuils, ravines et canaux curés...), l'amélioration des capacités d'irrigation agricole (curage des drains ainsi que la remise en état des systèmes de production de sel marin (Artibonite et Nord-Est). L'étalonnage des différentes unités de mesure ne permet pas de dresser un tableau hiérarchique sur la nature des actifs créés.

➤ **En terme de localisation géographique des interventions**

189. La programmation prévisionnelle des activités VCT est faite au niveau du bureau pays sur la base d'engagements contractuels prévisionnels avec les divers partenaires d'encadrement. Le suivi géographique de la mise en œuvre des activités est répartie d'une part entre le bureau pays pour les projets conduits dans les départements de l'Ouest, de l'Artibonite et du Nord-Ouest et d'autre part, par le sous bureau du Cap Haïtien pour les départements du Nord, du Nord-Est. Il n'existe pas à proprement parler un système centralisé de collecte des données de suivi des réalisations de ces différents programmes, ce qui explique la présentation par bureau des activités en fonction de la structure PAM de suivi.

190. Depuis le début de l'intervention, le total des engagements en volume à ce jour pour l'ensemble de l'activité VCT se monte à environ 3 150 TM, soit plus de 70 % du tonnage global prévu (4 400 TM) pour cette activité de l'IPSR.

191. Les données disponibles pour les activités suivies par le bureau pays font apparaître un engagement contractuel de 1 633 TM auprès de 6 intervenants : 78 % des vivres sont alloués dans le Nord-Ouest (Jean Rabel) et dans l'Artibonite (Sources Chaudes). Dans cette zone, les trois opérateurs sont par ordre décroissant : Agro Action Allemande (800 TM soit 49% de la dotation globale pour des activités réhabilitation de pistes et de traitement de bassins versants, AMURT (427 TM, soit 26 %) pour le projet d'amélioration des marais salants et le Bureau International du Travail (BIT) : 55 TM soit 3,3 % pour une activité de traitement de ravines. Le solde des 351 TM (soit 21,5 %) est réparti entre trois ONG locales pour la réfection de routes, le traitement antiérosif de bassins versants et la protection de sources.

192. Les données disponibles pour les activités suivies par le sous bureau PAM du Cap Haïtien montrent la mise en œuvre de 14 projets VCT au bénéfice de 20 346 participants : 9 174 Femmes (45%) et 11 172 Hommes (55%). La quantité de vivres allouée de façon prévisionnelle



dans les contrats s'élève à 1 531 TM, dont 1 160 TM ont été distribués, compte tenu de l'avancement des réalisations.

193. En terme de nature des réalisations, le recensement des actifs concerne trois secteurs majeurs : i) les infrastructures productives (58%) : correction des ravines (6 activités), curage des canaux d'irrigation/de drainage (3 activités), curage du lit d'une rivière (1 activité), production de plants (1 activité), ii) la réparation des routes et pistes de desserte agricole (37%), iii) les activités d'assainissement urbain (1 activité).

### **5.2.1.3. Adéquation du ciblage des activités**

#### **➤ Au niveau géographique**

194. Le choix des activités et leur localisation géographique sont d'abord la résultante d'un ensemble de critères d'éligibilité dont la plus importante réside dans l'existence et la capacité que le projet puisse bénéficier d'une structure d'encadrement fiable. Cette considération n'est nullement discriminatoire pour de petites structures associatives locales qui ont pu bénéficier d'un appui du PAM, même si leur capacité d'absorption est naturellement limitée.

195. Le département du Nord-Ouest avec l'ONG AAA totalise 25 % du total des engagements et celui de l'Artibonite avec AMURT atteint environ 15 % des engagements. Les deux départements du Nord et du Nord Est, ciblés comme prioritaires dans le document de projet totalisent respectivement 24 et 23 % des volumes d'assistance. La répartition actuelle constitue un compromis réaliste et tout à fait acceptable entre le respect des critères d'éligibilité et l'expression des demandes de la part des bénéficiaires potentiels.

#### **➤ Au niveau du choix des bénéficiaires**

196. Le document de projet prévoyait que le choix des ménages en insécurité alimentaire se fasse à partir d'un système d'évaluation rapide des besoins (sources de revenus, dépenses en nourriture...). Dans la réalité, cette modalité de sélection est très difficile à mettre en place et le choix des participants respecte assez correctement le souci de partage et d'équité dans l'accès au travail et aux vivres à l'intérieur des projets sélectionnés<sup>54</sup>. Les équipes des chantiers de réhabilitation des routes sont retenues parmi les ménages vivant le long des axes, à raison d'une personne par foyer, de manière à ce que le plus grand nombre puisse participer à l'activité. La transparence et le partage des tâches sont généralement bien respectés sur l'ensemble des différents chantiers visités<sup>55</sup>.

197. Les activités d'intérêt communautaire comme la réhabilitation de pistes ou le curage des canaux en zone urbaine bénéficient à l'ensemble des résidents de la zone considérée. Il est vrai aussi que les propriétaires de parcelles agricoles sur lesquelles sont réalisées des aménagements anti érosifs ou d'irrigation sont doublement bénéficiaires des interventions avec des opportunités importantes d'amélioration des rendements dans le futur. Plus globalement, le choix des bénéficiaires relève d'une perception réaliste, dépassant la stricte formulation idéalisée figurant

---

<sup>54</sup> Dans cette perspective, le BP annexe aux accords avec les ONG une clause de garantie d'approche communautaire, spécifiant notamment que 'le travail devra être effectué par les personnes les plus vulnérables de la communauté n'ayant pas ou peu de ressources'. Celle-ci, selon le BP, est discutée en détail avec les partenaires avant la signature du contrat.

<sup>55</sup> AAA : Jean Rabel (réhabilitation des pistes, traitement des bassins versants), MARNDR : construction de canaux d'irrigation (Savanette), curage des drains d'irrigation (Ferrier), curage de la rivière (Jaczil), réhabilitation des pistes rurales (Ranquitte et Dupity).



dans le document de projet (« détection des groupes en insécurité alimentaire à partir d'enquêtes de circonstance »).

198. Sur un niveau transversal, l'intervention est très sensible à l'aspect genre et les femmes ont une place importante, tant au niveau de la définition contractuelle des bénéficiaires que dans la mise en place effective des activités. Certains contrats mentionnent même que les femmes seront les seules personnes habilitées à venir retirer les rations d'aide alimentaire à la fin du chantier.

➤ **Au niveau de la nature des activités**

199. La répartition des réalisations par type d'activité n'est pas très simple à effectuer du fait que certaines réalisations intègrent plusieurs types d'opérations souvent complémentaires qui n'ont pas fait l'objet d'une désagrégation dans les fiches prévisionnelles de suivi. Le volume est de ce fait alloué globalement et une répartition plus fine n'a pas été conduite dans les fiches de suivi sur chacune d'entre elles.

200. Les ordres de grandeur de répartition de vivres selon la nature des réalisations sont les suivants sur l'ensemble du total des engagements de l'IPSR : i) la réhabilitation des routes et pistes de desserte rurale pour environ 41 % des volumes de vivres, ii) la construction d'infrastructures productives (construction et/ou curage de canaux d'irrigation, aménagement des bas fonds, traitement anti érosifs des bassins versants et des ravines...) pour 39 %, iii) les activités préventives et curatives contre les risques naturels pour 20 % (curage des canaux d'assainissement de la ville du Cap Haïtien, curage du lit de la rivière à Caracol).

201. La répartition et la nature des réalisations sont fonction de la capacité d'absorption et surtout de la capacité d'encadrement et d'accompagnement pour la mise en œuvre des activités. Cette conditionnalité explique le fait que 3 opérateurs majeurs se sont vus alloués, en raison de leur capacité technique et financière, une allocation de près de 60 % des engagements en vivres de l'activité.

202. Agro Action Allemande bénéficie de la plus grosse dotation avec 800 TM pour la région de Jean Rabel (Nord-Ouest). Les réalisations conduites par ce partenaire dans les actions de traitement des bassins versants permettent une bonne intégration des aspects de prévention avec ceux de production. Et selon les observations de l'évaluation sur le terrain, la mesure des effets sur l'amélioration des revenus des ruraux est très spectaculaire. Les activités concernent la réhabilitation des pistes (80 %) et le traitement des bassins versants (20 %). Le curage des canaux d'évacuation des eaux pluviales de la ville de Cap Haïtien (Nord) a bénéficié d'une dotation de 500 TM pour la réalisation de ce travail de préventif des risques naturels d'inondation. L'ONG « AMURT » est le troisième plus important bénéficiaire avec un volume de 427 TM consacrées principalement à la redynamisation de la production de sel marin (réparation et aménagement de nouveaux marais salants dans l'Artibonite).



## 5.2.2. Appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux tuberculeux

### 5.2.2.1 Réalisations attendues

#### Réalisations attendues

- 12.000 ménages affectés par le VIH/SIDA et la tuberculose bénéficient de rations
- 60% de patients sélectionnés sont des femmes
- 9 millions de tonnes de vivres distribués

### 5.2.2.2 Niveau d'avancement des réalisations

203. L'effectif cible de PVVIH et de tuberculeux bénéficiant de rations alimentaires, établi dans le document projet, a été atteint et même dépassé. Le quota annuel à atteindre pour les deux groupes ciblés était de douze mille (12.000) participants (ou bénéficiaires directs) au programme, avec une majorité (3/5) de femmes. Au total, plus de quatorze mille participants ont été touchés à travers l'IPSR en cours, dont environ 58% de femmes, pour un total de 44.254 bénéficiaires<sup>56</sup>. L'intervention parvient donc à produire les extrants prévus à ce niveau.

204. Les effectifs déclarés par le système de suivi du PAM, pour la période mai - octobre 2006, sont présentés dans le tableau ci-dessous. Ces données ne désagrègent pas les effectifs de patients tuberculeux et les effectifs de PVVIH. On ne dispose pas de données relatives aux effets sur les bénéficiaires, i.e. la capacité des ménages à faire face à des situations d'insécurité alimentaire. La majeure partie des bénéficiaires directes est enregistrée dans l'Ouest et le Centre avec respectivement, 46.9% et 23.8% de l'effectif. Dans l'Ouest, la collaboration avec les associations de PVVIH, établie dans la lignée du programme pays précédent, a fait grimper les effectifs<sup>57</sup>.

<sup>56</sup> On considère comme participants (ou bénéficiaires directs) les individus enrôlés sur la base des critères de sélection établis. Le programme espère atteindre aussi deux autres personnes du ménage à travers la ration familiale. L'ensemble est désigné ici comme « bénéficiaires ».

<sup>57</sup> Selon les données de RBM, 1900 participants environ seraient enrôlés à travers les 3 associations de PVVIH de Port au Prince, ce qui représenterait 27.5% de l'effectif pour ce département et 12.9% de la cohorte nationale.



Tableau 6: Présentation des effectifs des participants et bénéficiaires par zone cibles et selon le genre.

	Zones Ciblées - IPSR				Autres zones d'intervention		TOTAL
	Ouest	Nord	Nord Est	Total	Artibonite	Centre	
Participants Femmes	4,050	1,697	395	<b>6,142</b>	358	2,037	<b>8,537</b>
Participants Femmes	2,834	1,329	251	<b>4,414</b>	258	1,463	<b>6,135</b>
<b>Total Participants</b>	<b>6,884</b>	<b>3,026</b>	<b>646</b>	<b>10,556</b>	<b>616</b>	<b>3,500</b>	<b>14,672</b>
<b>Total en %</b>	<b>46,9</b>	<b>20,6</b>	<b>4,4</b>	<b>71,9</b>	<b>4,2</b>	<b>23,9</b>	<b>100</b>
Autres bénéficiaires	13,898	6,160	1,292	<b>21,350</b>	1,232	7,000	<b>29,582</b>
Total Général	<b>20,782</b>	<b>9,186</b>	<b>1,938</b>	<b>31,906</b>	<b>1,848</b>	<b>10,500</b>	<b>44,254</b>

Source : Bureau de pays – PAM Haïti (données compilées pour les besoins de l'évaluation)

### 5.2.2.3. Adéquation du ciblage

205. Le ciblage de l'assistance aux tuberculeux se réalise d'autant plus aisément qu'il est en parfaite adéquation avec les schémas de prise en charge, tant pour ce qui est de la sélection des bénéficiaires que pour la durée de l'appui alimentaire. En matière d'assistance aux PVVIH, le processus de sélection n'a pas permis de cibler de façon satisfaisante les bénéficiaires. L'emploi de critères de sélection a suscité des frustrations diverses, tant au niveau des PVVIH qu'à celui des prestataires de services et du personnel du PAM.

206. La collaboration avec les associations de PVVIH a permis d'accumuler une expérience enrichissante dans la réflexion sur les critères de sélection. Les critères et la durée de prise en charge des PVVIH ont été modifiés durant le cours du projet afin de faire face aux dépassements d'effectifs et aux contraintes dans l'application des critères. Plusieurs critères étaient en application au moment de l'évaluation : outre le critère initial de séropositivité (en usage dans le Nord et le Nord Est), on appliquait dans les établissements de santé (de l'Ouest) le critère de poly thérapie aux ARV.

207. Avec le concours des associations de PVVIH, le PAM a mis au point un outil basé sur l'usage combiné de critères médicaux et de critères socio économiques. A l'origine, le programme ne fixait aucune limite temporelle pour la prise en charge : le cycle était complètement ouvert et le PVVIH était enrôlé pour la durée de vie du projet. En raison des limites de stocks, la période de prise en charge a été réduite à un an pour certains établissements de l'Ouest, avec toutefois une possibilité de renouvellement.

208. Au niveau des critères d'éligibilité, les dilemmes auxquels le PAM et ses partenaires sont confrontés tournent autour des aspects suivants :

- L'option d'étendre les services à tous les PVVIH sans exception. Ceci permettrait de mettre en place le dispositif de support avant même les périodes critiques. Cependant, les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour supporter une telle approche. On peut aussi lui reprocher de créer la dépendance ;
- L'option de sélectionner, parmi les PVVIH, ceux dont les besoins sont les plus grands. On pourrait ainsi répondre aux soucis d'efficacité et de réduction de la



dépendance. Cette option soulève la question de la validité et de la fiabilité des critères de sélection et de l'équilibre à trouver entre critères médicaux et critères socio économiques. Les critères strictement médicaux, tels l'indice de masse corporelle et l'induction d'une thérapie ARV, sont plus faciles à mesurer au sein des établissements de santé, mais traduisent mal l'impact de la maladie sur les ménages. Par ailleurs, l'acceptabilité de cette option est limitée car la faible accessibilité aux ARV pénalise certaines communautés. Les critères socio économiques donnent une bonne appréciation de la situation des ménages mais sont assez difficiles à mesurer ;

- Choisir entre l'éligibilité « illimitée »<sup>58</sup> dans le temps et l'éligibilité restreinte à une période donnée. Les choix relatifs à la durée de prise en charge se posent quasiment dans les mêmes termes que pour le ciblage des PVVIH et les implications concernent : la couverture des périodes de risque, la disponibilité des ressources, la dépendance, la validité et la fiabilité des critères/seuils de sortie, ...

209. Les tâtonnements observés indiquent les difficultés vécues par le PAM et ses partenaires comme d'ailleurs par les autres intervenants en santé, à répondre à certains aspects sensibles de la problématique de prise en charge du VIH/SIDA, notamment le caractère incurable et la dimension socioéconomique de la maladie. Dans le contexte haïtien, l'absence de stratégies de support socioéconomique représente également une contrainte majeure.

210. Les politiques du PAM ne proposent pas de solutions déjà arrêtées à ces questions et ces enjeux ne sont pas spécifiques à l'intervention du PAM ou à Haïti. Le PAM a toutefois la responsabilité d'étudier avec soin les options privilégiées dans ses interventions, de documenter les effets indésirables qui surviendraient et, le cas échéant, d'y apporter des corrections et/ou mesures palliatives.

### **5.3. Résultat No. 3 : Amélioration de la santé et de l'état nutritionnel des enfants, des femmes enceintes et mères allaitantes**

#### **5.3.1 Résultats attendus**

##### **Amélioration de l'état nutritionnel**

- Réduction de la prévalence de la malnutrition (insuffisance pondérale) de 5%
- Réduction de la prévalence de l'anémie de 15%
- Augmentation du taux d'allaitement exclusif de 10%

##### **Fréquentation accrue des sessions éducatives sur la santé, la nutrition et l'hygiène**

- Pourcentage de femmes ayant participé aux sessions d'éducation
- Nombre de sessions d'éducation organisées par les partenaires
- Nombre de matériel didactique élaborés et/ou utilisés par thème

<sup>58</sup> Éligibilité illimitée: fait référence au fait que l'intervention elle-même ne définit aucun critère de sortie. Les intervenants ne font alors aucun choix quant à l'arrêt de la prise en charge. C'est la durée de l'intervention qui définit la durée du support.



### 5.3.2 Niveau d'avancement des réalisations

#### 5.3.2.1. Nombre de bénéficiaires atteints

211. Le recensement du nombre de bénéficiaires prévus et effectivement atteints entre mai 2005 et octobre 2006 est présenté dans les tableaux ci-dessous. Le premier tableau résume les résultats atteints dans les trois départements couverts par le projet. Après ajustement des chiffres planifiés à la durée réelle effective projet de fin octobre 2006 (soit 18 mois sur les 24 planifiés), on note que les pourcentages de bénéficiaires atteints par rapport aux objectifs fixés sont de 91% pour les enfants entre 6 et 24 mois, 80% pour les femmes enceintes et allaitantes, et 212% pour les enfants entre 25 et 59 mois malnutris (PFA ou PTFA).

Tableau 7: Nombre de bénéficiaires dans les départements du Nord, Nord-Est (mai 2005 à octobre 2006)

Catégories Bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires atteints			Planifiés à		Actuel vs Planifié à octobre 2006
	Garçons	Filles	Total	Mai 2005 à avril 2007	Mai 2005 à octobre 2006	
Enfants : 6-24 mois	15,718	19,873	35,591	52,000	39,000	91%
Enfants : 25-59 mois	17,839	20,405	38,244	24,000	18,000	212%
Femmes enceintes et Femmes allaitantes			42,163	70,000	52,500	80%

Source : Données du service de suivi évaluation. Bureau pays PAM. Haïti .Novembre 2007

212. L'analyse et l'interprétation de ces résultats ne sont pas aisées pour les raisons suivantes :

- Aucune explication n'est fournie dans le document de projet sur les hypothèses et méthodes d'estimation des bénéficiaires.
- Aucun réajustement des chiffres planifiés n'a été effectué alors que deux facteurs sont intervenus depuis la formulation du projet, le premier impliquant un plus petit nombre de bénéficiaires et le deuxième ayant un effet opposé :
- Le filtrage individuel par examen de l'état nutritionnel des enfants de moins de deux ans et des femmes enceintes et allaitantes a été adopté.
- Le projet a été maintenu et même augmenté dans le département de l'Ouest alors qu'un désengagement de ce département avait été prévu lors de la planification.

213. L'examen du nombre de bénéficiaires dans les départements du Nord et Nord-Est, zones initialement prévues de concentration des activités de nutrition, montre que les pourcentages de bénéficiaires atteints par rapport aux objectifs fixés sont de 49% pour les enfants entre 6 et 24 mois, 59% pour les femmes enceintes et allaitantes et de 111% pour les enfants de 25 à 59 mois souffrant d'insuffisance pondérale (PFA ou PTFA). Ce dernier chiffre suggère que les estimations des enfants malnutris dans la tranche d'âge 25 à 59 mois étaient relativement correctes.

214. Le tableau ci-dessous relate le nombre de bénéficiaires pour les seuls départements du Nord et du Nord-Est. On pourra toujours s'étendre en conjoncture sur le fait qu'un plus grand



pourcentage de bénéficiaires aurait pu être atteint pour les deux autres catégories si l'approche préventive avait été maintenue. Cette éventualité doit toutefois être tempérée par les capacités d'entreposage et de personne limités dans un grand nombre de centres de santé.

Tableau 8: Nombre de bénéficiaires dans les départements du Nord, Nord-Est et Ouest (mai 2005 à octobre 2006)

Catégories Bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires atteints			Planifiés à		Actuel vs Planifié à octobre 2006
	Garçons	Filles	Total	Mai 2005 à avril 2007	Mai 2005 à octobre 2006	
Enfants : 6-24 mois	8,323	10,833	19,156	52,000	39,000	49%
Enfants : 25-59 mois	9,083	10,974	20,057	24,000	18,000	111%
Femmes enceintes et Femmes allaitantes			30,728	70,000	52,500	59%

Source : Données du service de suivi évaluation. Bureau pays PAM. Haïti .Novembre 2007

### 5.3.2.2. Atteinte du résultat 3

#### ➤ Diminution de la prévalence de la malnutrition parmi les enfants.

215. En ciblant tous les enfants entre 6 et 24 mois et toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut nutritionnel, l'approche préventive visait à prévenir la malnutrition à travers une amélioration quantitative et qualitative de l'apport nutritionnel, combinée à un suivi médical. La mesure de l'efficacité d'une telle approche nécessite une enquête de base fournissant des indications sur l'étendue et la nature des problèmes nutritionnels avant l'intervention et une enquête de suivi à mi-parcours et/ou à la fin de celle-ci afin de pouvoir évaluer son incidence sur la situation nutritionnelle des groupes de population ciblés. L'enquête de base n'ayant pas été effectuée et l'approche ayant été modifiée, les indicateurs ci-dessus ne sont plus adaptés et des indicateurs et des méthodes de collectes alternatives sont nécessaires.

216. Etant donné l'adoption de l'approche curative, le taux de récupération parmi les enfants malnutris ayant bénéficié du supplément nutritionnel est un indicateur de suivi plus approprié. Les outils de collecte des données (registres et rapports mensuels) ont été d'ailleurs récemment changés afin de mieux cerner cet indicateur. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous montrent que le taux de récupération s'est amélioré dans le département du Nord, passant de 42 à 58% mais s'est dégradé dans le département du Nord-est où il a baissé de 56% en 2005 à 49% en 2006.

217. Les taux de récupérations restent en deçà du taux souhaité de 70% (précisé dans les directives du PAM<sup>59</sup>) dans les trois départements. Les taux de récupération varient aussi par partenaire et sont très bas dans les centres de santé gérés par CDS (49%) et CRUDEM (34% en 2006).

<sup>59</sup> OD Guidelines – « Annual Reporting Exercise »



Tableau 9 Nombre et pourcentage d'enfants récupérés (mai à décembre 2005)

Nord		Nord-Est		Ouest		Total	
Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
248	<b>42</b>	229	<b>56</b>	620	<b>52</b>	1,167	<b>51</b>
<b>Nombre et pourcentage d'enfants récupérés (janvier à octobre 2006)</b>							
3,079	<b>58</b>	2,286	<b>49</b>	10,722	<b>60</b>	16,087	<b>58</b>
Un taux de récupération > 70% est souhaité, alors qu'un taux inférieur à 50% est considéré comme alarmant (OD Guidelines – « Annual Reporting Exercise »)							

Source : compilations des données de suivi évaluation. Bureau pays PAM. Haïti. novembre 2006

218. Certaines réserves doivent cependant être émises concernant l'interprétation de cet indicateur :

- Les données incluses dans la base de données ne correspondent pas nécessairement à tous les enfants réellement sortis. En effet, la mission a constaté des lacunes dans les registres : le statut nutritionnel à l'exeat n'est pas systématiquement noté car les mères ne ramènent pas toujours leur enfant pour le suivi nutritionnel dans le mois qui suit la réception de leur dernière ration.
- Les enfants n'ont pas reçu la ration prévue que ce soit en quantité (certains mois aucune ration n'a été distribuée) et/ou qualité (CSB remplacé par le riz) comme précisé en section 6.5.

➤ **Diminution de la prévalence de l'anémie**

219. L'approche curative vise à corriger l'anémie parmi les femmes enceintes et allaitantes bénéficiaires. A cet effet, la mesure du taux d'hémoglobine était prévue pour les femmes enceintes et allaitantes à l'admission, au 4ème mois et à l'exeat. Les tests d'anémie n'ont pas été systématiquement effectués à cause de leur coût et comme les données concernant l'anémie se sont avérées disparates, cet indicateur n'a pas pu être exploité. Il est de toute façon peu probable que l'intervention ait eu un effet sur l'anémie, compte tenu des apports insuffisants en fer, tant à travers la ration (qui ne fournit que 16% des besoins d'une femme enceinte) que via les distributions de suppléments en fer.

220. Les observations de terrain de la mission (sans être quantitatives) vont dans le sens des résultats de l'enquête mortalité, morbidité et utilisation des services menée en 2000 (EMMUS-III) d'après laquelle seulement 11 % des femmes ayant eu un enfant au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont bénéficié de suppléments en fer pendant trois mois de grossesse ou plus.

221. Le bureau pays du PAM ayant bien perçu les difficultés à collecter les données concernant l'anémie, a rajouté le poids des nouveaux nés à la naissance comme indicateur indirect de l'état nutritionnel des femmes enceintes. Cette tentative a été malheureusement infructueuse car le poids à la naissance s'est avéré tout aussi difficile à obtenir du fait que la grande majorité des accouchements se pratique à domicile. En effet d'après EMMUS-III, près de neuf accouchements sur dix (89 %) se déroulent à la maison en milieu rural et un peu plus de quatre nouveau-nés sur cinq (86 %) ne sont pas pesés à la naissance.



➤ **Augmentation du taux d'allaitement exclusif**

222. Cet indicateur n'est pas adapté au résultat attendu susmentionné mais se réfère plutôt au deuxième résultat attendu, notamment l'éducation nutritionnelle qui vise aux changements d'attitudes ou de comportements des mères. Toutefois en l'absence d'enquêtes, l'amélioration des pratiques d'allaitement exclusif parmi les bénéficiaires ne peut être évaluée.

➤ **Fréquentation accrue des séances éducatives**

223. Le document de projet prévoyait des séances d'éducation sur la santé, la nutrition et l'hygiène. Dans les institutions où la distribution des vivres se fait de manière périodique (un jour spécifique par semaine ou par mois), le personnel de santé interrogé confirme la tenue de séances d'animation lors de ces journées. Au cours de ses visites aux centres de santé bénéficiant de l'assistance du PAM, la mission a noté le manque d'outils adaptés aux sessions d'éducation (affiches et fiches plastifiées), une carence d'ailleurs confirmée par le bureau de nutrition du MSPP<sup>60</sup>. Par contre, de tels outils ont été élaborés, soit spécifiquement pour le projet par le PAM (fiches spécifiques à la vitamine A imprimées mais pas encore distribuées), ou par des ONGs travaillant dans le domaine de la santé et de la nutrition dans d'autres départements (tel que World Vision).

224. Le nombre et la proportion de femmes bénéficiaires ayant participé aux séances d'éducation ne sont pas répertoriés : les registres de bénéficiaires ainsi que le rapport mensuel n'incluent aucune information concernant les sessions d'éducation. Par contre, la nouvelle fiche se suivi élaborée par le PAM pour les moniteurs devrait permettre de combler cette lacune car elle inclut des informations concernant l'éducation (telles que la fréquence et les thèmes abordés).

### **5.3.3 Adéquation du ciblage**

225. Le personnel de santé, généralement l'infirmière ou l'auxiliaire, est responsable de la sélection des bénéficiaires. Une carte de rations contenant des informations sur la composition et la quantité de la ration ainsi que sur la période d'éligibilité par catégorie de bénéficiaires est remise à chaque bénéficiaire lors de son admission dans le programme.

226. La mission d'évaluation a observé à plusieurs reprises lors du travail de terrain l'application d'un système de quota: un nombre maximal de bénéficiaires est attribué à chaque centre de santé<sup>61</sup>. L'enrôlement du nombre maximal de bénéficiaires attribué au centre est fait dès le premier mois de mise en œuvre du projet. Ces cohortes d'enfants ou de femmes sont ensuite maintenues pendant les six mois d'éligibilité à la ration, période durant laquelle aucune nouvelle admission n'est possible.

227. Durant cette période, des enfants éligibles sur la base de leur statut nutritionnel ne peuvent pas être enrôlés dans le programme et sont placés sur une liste d'attente. Cette procédure est inacceptable dans le cadre d'une approche curative qui devrait enrôler les jeunes

<sup>60</sup> Les observations de la mission recueillies lors de ses visites aux institutions de santé sont présentées dans l'annexe 6

<sup>61</sup> Ce système révèle que les centres de santé sont plus sollicités que prévu initialement. La mission n'a cependant pas été en mesure de déterminer si ce système de quota répondait à une difficulté des centres à augmenter leur capacité d'accueil et de stockage ou à une limite dans les quantités fournies par le PAM pour répondre aux besoins.



enfants nécessitant une récupération nutritionnelle le plus tôt possible afin d'éviter des effets irréversibles sur leur croissance.

228. Le document de projet suggère que les femmes enceintes une fois admises devraient bénéficier du supplément nutritionnel pendant une durée totale de 12 mois (du début du deuxième trimestre de la grossesse jusqu'au sixième mois après l'accouchement). Or, conformément aux instructions du bureau du PAM, leur éligibilité est réévaluée après l'accouchement sur la base de l'anémie. Certaines femmes ne sont pas réintégrées dans le programme et celles qui y sont réadmissibles sont inscrites dans le registre des mères allaitantes. La réadmission des femmes après l'accouchement n'est pas justifiable sur le plan nutritionnel et implique des tâches supplémentaires pour le personnel déjà surchargé.

## **5.4. Efficacité : conclusions et propositions**

### **5.4.1. Conclusions**

229. L'ensemble des activités prévues dans l'IPSR est mis en œuvre sur le terrain. Les trois principales composantes, en terme d'allocation quantitative d'assistance alimentaire, sont fonctionnelles et répondent à des besoins réels des bénéficiaires que ce soit : i) le volet nutrition (55,5 % de l'assistance), ii) le volet VIH/SIDA-TB (19,2 %) et le volet VCT (9,4 %). Le quatrième volet sur l'urgence n'a fort heureusement pas eu besoin d'être activé à ce jour. Cependant, les données de suivi disponibles n'ont pas permis à la mission de conclure de manière probante sur l'atteinte effective des résultats prévus.

230. Ainsi, pour le volet santé/nutrition, la difficulté majeure d'appréciation de l'efficacité réside dans le fait que le document de projet a été conçu pour une approche d'activités préventives pour le principal volet de santé/nutrition alors que la réalisation est conduite selon une approche curative sans que le document de projet et que les indicateurs de réalisation et d'impact n'aient été modifiés. Une telle situation en décalage n'est en aucun cas, ni satisfaisante, ni acceptable, aussi bien pour le bureau pays que pour des observateurs extérieurs en charge d'apprécier la mise en œuvre d'une telle structure de fonctionnement.

231. Les estimations des nombres de bénéficiaires ont été faites sur la base d'une approche progressivement préventive avec concentration des activités dans les départements du Nord et Nord-Est. Etant donné que les critères de sélection des bénéficiaires et le ciblage géographique ont été modifiés sans réajustement des objectifs quantifiés, l'analyse des nombres de bénéficiaires effectivement atteints par rapport aux objectifs n'a pu être que conjoncturelle.

232. Globalement, la mesure de la réduction de la malnutrition parmi les groupes cibles a été rendue difficile du fait du décalage entre les objectifs et indicateurs proposés lors de la programmation et ceux retenus durant l'exécution. Malgré les efforts du Bureau Pays, certains indicateurs, quoique pertinents (anémie et poids des nouveaux nés) se sont avérés difficiles à obtenir que ce soit à cause de leur accessibilité (coût du test d'hémoglobine) ou de la qualité et disponibilité des soins (prépondérance des accouchements à domicile). Le seul indicateur effectivement collecté est le taux de récupération chez les enfants dont le niveau est en deçà des normes prévues par le PAM. Ce faible résultat est principalement dû à l'inadéquation des rations que ce soit en quantité ou en qualité (voir section 6.5 pour plus de détails). La démarche curative n'est pas non plus toujours effective du fait de la conjonction du système de cohortes en place dans de nombreux établissements et des faibles capacités de stockage des vivres.



233. Le niveau de mise en œuvre de l'assistance alimentaire aux PVVIH et TB est satisfaisant et bien apprécié par des bénéficiaires en nombre supérieur aux prévisions. L'approche de l'assistance est essentiellement à finalité socio-économique en faveur de la structure familiale du malade. Les impacts favorables sur la thérapie médicamenteuse sont actifs pour les patients atteints de TB. Les critères de sélection des PVVIH sont assez variables et fonction des mécanismes internes des structures d'encadrement. Cette façon de faire pose des questions clés pour le futur, à savoir : i) comment accompagner les patients sans accroître une stigmatisation sociale très exacerbée, ii) comment concilier un engagement dans la durée avec des programmes limités à deux ou trois années ?

234. Les activités VCT visitées répondent favorablement à la fois à des besoins pressants de remettre en état des éléments indispensables pour la production ou la circulation des biens et des personnes. La durée d'intervention de deux mois est très courte pour initier au-delà de la réalisation du projet, sa consolidation et sa mise en valeur. D'autre part, un volet VCT pourrait favorablement être initié dans le cadre du volet d'urgence, de manière à mettre en place une réelle politique préventive des risques naturels.



## 5.4.2 Propositions

### Urgence et Post-Urgence

- ☛ Formaliser le contenu pratique des ententes avec les 4 grandes ONG américaines bénéficiaires de stocks de vivres, tout particulièrement durant la période cyclonique. (échanges réguliers de données des stocks pré positionnés dans les régions, modalités d'accès, de réciprocité, de remboursement...) Cette démarche de concertation devrait prioritairement inclure l'USAID qui alimente en vivres ces 4 grandes ONG.
- ☛ Mettre en œuvre une panoplie d'activités VCT pour la prévention des catastrophes naturelles (curage des canaux en zone urbaine, protection des bassins versants ...).

### VCT

- ☛ La formulation des documents de projet gagnerait à être plus claire et explicite sur le schéma de développement et la répartition des avantages pour la communauté. Tous les projets devraient présenter un plan de gestion et d'entretien des réalisations avec des engagements précis (comité de gestion, cotisations...).
- ☛ La durée des projets pourrait avantageusement être conçue sur une période de six mois, comportant trois phases successives de deux mois : réalisation, consolidation, mise en valeur. L'approbation du projet serait globale avec une libération conditionnelle de l'assistance, en fonction de la validation des résultats de chaque étape.
- ☛ Le système de suivi des activités devrait veiller à fournir une connaissance plus claire de l'état d'avancement des réalisations, du nombre de bénéficiaires et des vivres distribués. Le système actuel, basé sur la gestion des engagements ne permet pas de faire un suivi adéquat.

### Tuberculose et VIH/SIDA

#### Le PAM :

- ☛ Poursuivra, sur une base provisoire, la mise en œuvre des solutions adoptées en matière de ciblage des PVVIH, sous réserve des réflexions à mener de concert avec d'autres organisations confrontées aux mêmes problèmes et engagées dans des dynamiques similaires.
- ☛ Développera les échanges avec les associations de PVVIH et les groupes de support en vue d'un partage mutuel d'informations – concernant aussi les établissements de santé et les partenaires d'implémentation - et aussi pour approfondir la réflexion sur les questions sensibles liées aux critères de sélection, à la durée de prise en charge, à la confidentialité, à la stigmatisation, etc.
- ☛ Créera, avec certains partenaires engagés dans l'IPSR, un groupe technique de travail sur les effets induits en termes de stigmatisation afin de la réduire progressivement ?
- ☛ Travaillera avec les établissements de santé afin de développer leurs capacités à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Les expériences du Catholic Relief Service (CRS), qui a initié -dans le cadre du projet AIDS Relief- une démarche permettant aux gestionnaires d'établissements d'identifier et d'adresser ces problèmes, et de Concern Worldwide, promoteur d'une campagne de sensibilisation des travailleurs de santé évoluant au sein des établissements de l'aire métropolitaine de Port au Prince, pourraient inspirer au PAM des stratégies d'intervention dans ce domaine.

### Santé/nutrition

#### Le PAM :

- ☛ Reformuler le cadre logique de ce volet (les objectifs, résultats attendus et indicateurs de suivi et de performance) en fonction de :



- . L'approche adoptée : prévention ou traitement de la malnutrition
  - . Des données démographiques
  - . De la prévalence de la malnutrition parmi les groupes cibles par tranches d'âge et par département
  - . Des taux moyens d'utilisation des services par les groupes cibles
- ☛ Réévaluer le nombre de bénéficiaires attribué aux centres de santé sur une base périodique, à la lueur des rapports mensuels.
  - ☛ Abandonner la pratique de re-sélection des femmes après l'accouchement.
  - ☛ Inciter le MSPP à participer dans l'animation des séances de formation

**Le PAM et partenaires (MSPP et ONG):**

Renforcer les visites de suivi aux centres de santé sur la base des taux de récupération.  
Développer et distribuer du matériel didactique aux centres de santé.  
Participer dans l'animation des sessions de formation organisées par le PAM.

**MSPP:**

Assurer la mise en œuvre du décret concernant la gratuité des soins prénatals  
Mise à disposition de suppléments en fer à distribuer gratuitement aux femmes enceintes  
Assurer la disponibilité des tests d'anémie.



## **VI. EFFICIENCE DE L'INTERVENTION**

### **6.1. Niveau de financement de l'IPSR. 10.382**

235. Le niveau de ressourcement de l'IPSR avait atteint fin novembre 2006, soit après 18 mois d'exécution, une couverture financière de plus de 70%, avec des contributions et apports en vivres s'élevant à 28,1 millions \$E.U.<sup>62</sup> pour un budget global de 39,9 millions \$ E.U. Ce niveau de financement peut être considéré comme extrêmement satisfaisant. Le Canada, la Suisse, l'Espagne et les États-unis se classent parmi les principaux pays donateurs.

236. Avec près de 18 millions \$ E.U. de dons, le Canada est non seulement le premier contributeur de l'IPSR (à hauteur de 46 %) mais il apporte également une aide précieuse dans le domaine de la définition du programme nutritionnel. La Suisse (1,8 millions \$ E.U. de dons) a apporté aussi un appui bénéfique à la gestion du parc de véhicules. Le rôle important joué par la direction du bureau pays au niveau des relations publiques pour la mobilisation des fonds mérite d'être mis en évidence. De même au niveau de l'aide multilatérale, le service ODMP<sup>63</sup> du PAM/Rome remplit une fonction importante dans la relance des appels et l'affectation des fonds.

237. L'IPSR 10 382.0 a par ailleurs bénéficié d'un report de 5 823 T.M<sup>64</sup> de produits alimentaires pour une valeur de 3,1 millions \$ E.U. en provenance des projets EMOP 10 347 et IPSR 10 275. Certaines contributions financières de l'actuel IPSR étaient toutefois assorties de conditions restrictives en matière d'achats et de délais d'utilisation des fonds. Celles-ci ne sont pas restées sans conséquences pour l'acheminement régulier des vivres et la bonne gestion de l'approvisionnement (« pipe-line »).

238. Le bureau pays n'a pas eu à recourir au système d'avances du PAM car le projet a été correctement financé dès son approbation par le conseil d'administration du PAM. Le « Blue Book » exposant par pays l'avancement des projets et les besoins en financement ne passe pas inaperçu dans les milieux concernés des pays donateurs.

### **6.2. Appréciation de l'adéquation des ressources humaines.**

239. Selon l'organigramme en vigueur au mois d'octobre 2006, l'effectif du PAM en Haïti comprend 87 agents : 48 à Port-au-Prince et 39 au Cap Haïtien. L'organigramme fait état de deux vacances de poste<sup>65</sup>. D'une manière générale, le bureau pays dispose d'un nombre suffisant d'agents dûment qualifiés pour piloter, exécuter et mener le projet à bonne fin. Le personnel à Port-au-Prince et au Cap Haïtien mène de front et conjointement les projets IPSR et PP.

---

62 Contributions financières à concurrence de 25 millions US\$ selon le document PAM "Contribution Component by Project (Haïti/10.3820)" daté du 1 décembre 2006 plus transfert de 5.823 MT de produits alimentaires en provenance des projets EMOP 10.347 et IPSR 10.275 pour une valeur de 3.1 millions US\$ soit un total 28.1 millions US\$

63 ODMP Operations Department Programming Services.

64 5.883 TM. sont la quantité de vivres repris dans le système WINGS. Dans le système COMPAS ce transfert de vivres est par contre repris pour 6.715 TM. (147 TM ex projet IPSR 10.275 et 6.568 TM. ex projet EMOP 10.347). La mission n'a pu obtenir une justification pour cette importante différence de 832 TM.

65 'A Port-au-Prince : une assistante et un opérateur radio.



240. Le bureau pays a apporté un grand soin au recrutement des moniteurs (6 au Cap Haïtien et 3 à Port-au-Prince), en bonne conformité avec les qualifications requises (santé, éducation, développement rural) pour le suivi du PP et de l'IPSR. Une bonne partie de ces moniteurs a le statut de volontaire national des Nations Unies. Dans les meilleures conditions, ces 9 moniteurs peuvent effectuer mensuellement 540 visites de sites<sup>66</sup>, étant entendu que le bureau pays tient compte pour sa programmation de 651 sites<sup>67</sup> pour les deux programmes combinés.

241. Avec cet effectif, il est en conséquence difficile de respecter la norme souhaitée d'une visite mensuelle par site, d'autant plus que les consignes sécuritaires très strictes de la « mission intégrée<sup>68</sup> interfère de manière imprévisible sur la programmation du calendrier de visites. Si l'on tient compte de tous les satellites des Centres de Santé (CDS), le nombre de Points Finaux de Distribution (PFD) passe pour l'IPSR de 177 sites à 262<sup>69</sup>.

242. De ce fait, on estime que chaque PFD ne peut être visité dans les meilleures conditions seulement qu'une fois toutes les 8 à 10 semaines, ce qui est nettement insuffisant. Ceci a un impact sur la qualité des renseignements collectés, sur la conduite du projet et complique la définition de la politique à suivre et les choix à faire. En conséquence, l'effectif des moniteurs devrait, si la structure du programme est maintenue dans sa forme actuelle, être renforcé avec 3 à 4 agents.

243. La mission a constaté que la fonction de chargé d'approvisionnement « pipeline officer » n'est pas prévue dans l'organigramme. Compte tenu du fait que le bureau pays doit importer toute l'aide alimentaire de l'extérieur, l'importance d'une bonne coordination des approvisionnements au niveau local, régional et du siège est primordial. Un point focal pour tout ce qui relève de l'approvisionnement et de l'acheminement de l'aide alimentaire s'impose.

244. Les diverses responsabilités devant revenir à un tel agent se trouvent actuellement être réparties sur plusieurs membres du personnel au sein des cellules « programme » et « logistique » qui s'en acquittent le mieux possible. L'absence d'un « pipeline officer » n'est vraisemblablement pas tout à fait étrangère aux ruptures de stock qui ont perturbées à maintes reprises, le bon déroulement du projet. Compte tenu de l'introduction à moyen terme du nouveau module de gestion « New Business Model<sup>70</sup>, la création d'une nouvelle fonction de « pipeline officer » s'avère indiquée.

245. Durant son séjour en Haïti, la mission a constaté au sein du département « logistique » l'existence d'un nombre insuffisant d'agents formés pour opérer le système COMPAS avec aisance et en distiller toutes les possibilités et informations utiles. La qualité des saisies n'a pas toujours été à niveau, ce qui a interféré négativement sur la présentation d'une situation d'approvisionnement fiable, complète et à jour. La mise en œuvre d'un programme de formation COMPAS devrait améliorer le niveau des saisies de données tout en augmentant la fiabilité des résultats et ses multiples applications analytiques. Au moins trois agents dans chacun des

---

66 'A raison de 20 jours sur le terrain et 3 visites utiles par jour ( 9 moniteurs x 3 visites/jour x 20 jours sur le terrain)

67 Programme PP :474 sites soit 464 sites écoles et 10 sites SAPSAP ;

Programme IPSR 177 sites soit 12 sites VCT, et 165 sites CDS.

68 Ensemble de règles de sécurité du système des Nations Unies dans les situations de phase III

69 IPSR 10.382: 262 PDF soit Artibonite 4, Centre 4, Nord 98, Nord-Est 62, Nord-Ouest 4, Ouest 87 et Sud 3.

70 Programme de gestion en expérimentation pilote dans 6 pays dans lequel la fonction de « pipe line officer » est déterminante.



bureaux de Port-au-Prince et Cap Haïtien devraient pouvoir bénéficier d'une formation COMPAS de haut niveau.

246. La mission a noté l'existence d'un seul cadre ayant la connaissance et la capacité de réunir tous les éléments nécessaires à la préparation et au calcul de la matrice transport terrestre, entreposage et manutention (TTEM).<sup>71</sup> La mission estime qu'il y a lieu de remédier à cette carence.

247. La mise à disposition d'un technicien suisse à l'atelier de mécanique au Cap Haïtien a eu des résultats positifs sur la qualité de gestion de l'atelier. La Suisse s'est proposée de renouveler cette assistance et la mise à disposition d'agents extérieurs au PAM<sup>72</sup> possédant un très haut niveau de qualification est une initiative qui mérite d'être poursuivie. Une intégration plus poussée de ces agents au sein du projet IPSR paraît cependant souhaitable, de manière à permettre au personnel local de mieux capitaliser les apprentissages et les compétences de ces agents venus de l'étranger.

248. Sur le plan de la prise en charge des PVVIH et des tuberculeux, le PAM dispose de certaines compétences/expertises spécifiques (médecin, expert communication en prévention VIH) dont les apports directs à l'IPSR semblent inférieurs aux opportunités existantes. Ces ressources sont principalement mises à profit dans l'Ouest et ne fournissent qu'un appui limité dans les autres zones d'intervention. Elles ne contribuent pas vraiment non plus à l'interaction souhaitable avec les entités centrales du MSPP en charge de la lutte contre le VIH et la Tuberculose.

### **6.3. Partenariat pour la mise en œuvre de l'intervention.**

#### **6.3.1 Type de partenariats**

##### **➤ Au niveau du Gouvernement (central et local)**

249. La mission a constaté que le bureau pays opère en Haïti sous le couvert d'un accord cadre passé avec le gouvernement en 1969. Le projet IPSR 10 382 n'est toutefois pas couvert par une lettre d'entente entre le gouvernement et le bureau pays comme prévu par l'accord cadre et, plus récemment, par les instructions du siège<sup>73</sup>. Cette omission est restée sans conséquences directes sur le bon déroulement du projet. L'existence d'une lettre d'entente aurait toutefois pu donner corps à un véritable partenariat entre le gouvernement et le bureau pays du PAM en Haïti.

250. Les relations avec le gouvernement passent pour être excellentes mais elles se limitent aux communications et informations d'usage aux ministères concernés. Il n'est pas établi que le projet IPSR 10 328 ait été élaboré en association étroite avec les cabinets des ministères concernés; ces derniers se limitant à élaborer la politique sectorielle. Le Ministère du Plan,

---

71 Le responsable régional pour la logistique M. Riaz LODHI en visite en novembre 2006 arrive dans son rapport à la même conclusion.

72 Port-au-Prince : un agent nutritionniste (nationalité canadienne), un agent relation publique (nationalité danoise) et un agent en communication de prévention du VIH/SIA (nationalité suisse).

73 Operations Department Directive ref: OD2005/001 of 22 February 2005 by Mr. J.J. Graisse Directeur des Operations.



approché par la mission, a exprimé le désir d'une collaboration plus étroite entre le PAM et le gouvernement.

251. Le bureau pays a pris à sa charge les appointements d'un haut cadre fonctionnaire au sein de la CNSA, organisme d'Etat en charge de la collecte des données et de l'analyse de la situation alimentaire du pays. Cette intervention parmi d'autres, témoigne de la volonté du PAM de maintenir un dialogue étroit avec les autorités nationales et plus spécifiquement, avec les organes chargés de la sécurité alimentaire dans le pays. Le nouveau plan en matière de sécurité alimentaire, en cours de préparation par la CNSA, devrait constituer une opportunité pour renforcer une telle concertation.

252. La mission a pu se rendre compte de l'existence d'une collaboration étroite au niveau local et des centres de distribution entre le PAM et les responsables de la santé publique. Il en va de même pour le programme VCT, mené en partie sur le terrain en étroite collaboration avec les responsables du BAC.

➤ **Au niveau des agences de coopération (Nations Unies et autres)**

253. La mission a constaté l'existence d'une certaine concertation entre les agences des Nations Unies, à travers l'existence de groupes thématiques se réunissant à intervalles plus ou moins réguliers. Un « groupe de Réflexion Stratégique » est également fonctionnel sous l'égide du Bureau du Coordonnateur Résident des Nations Unies. La visite sur le terrain n'a cependant pas permis de déceler l'existence d'une réelle synergie entre les différents programmes des agences des Nations Unies, leur présence sur le terrain étant réduite. Hormis le désir de faire circuler l'information, la recherche d'effets démultiplicateurs entre les différents programmes des Nations Unies et autres agences multilatérales ne fait que trop défaut. L'initiative d'une nouvelle approche devrait revenir au Bureau du Coordonnateur des Nations Unies.

254. La principale coopération opérationnelle de terrain concerne des activités ponctuelles concertées<sup>74</sup> avec l'UNICEF visant par exemple le déparasitage des enfants dans les écoles (PP) et les apports en nutriments (IPSR) ainsi que la fourniture de matériels (balances pour les centres de santé, etc.). De son côté, l'UNICEF bénéficie de facilités de transport et d'entreposage de matériel de survie (tentes, filtres à eau, réchauds...) dans les différents entrepôts du PAM. Le bureau pays a également participé à l'appui d'un programme FAO (Marmelade) avec des VCT. Un autre petit projet VCT est en phase de programmation avec le BIT pour le traitement d'un bassin versant à Gonaïve.

255. En situation de crise<sup>75</sup> le PAM, répondant à l'appel du gouvernement, a su prendre des initiatives en matière de transport et d'entreposage de matériel de secours pour les régions sinistrées. Le PAM n'a pas hésité à mettre sa capacité de transport à la disposition d'ONG nationales et internationales qui en faisaient la demande.

---

<sup>74</sup> Signature en 2006 d'un memorandum de collaboration entre le PAM et l'UNICEF sur les questions :  
logistiques/communication/éducation/nutrition.

<sup>75</sup> Graves inondations à Gonaïves et Jean Rabel.



### ➤ Au niveau des partenaires sur le terrain

256. Pour la bonne exécution du projet, le bureau pays s'est assuré la collaboration de 41 partenaires avec lesquels 50 accords de partenariat<sup>76</sup> ont été conclus pour 20.010 MT. de produits alimentaires à distribuer. L'accord de partenariat ainsi que le budget et les annexes attenantes constituent un document clé de la relation. Ces contrats rédigés avec le plus grand soin appellent les commentaires suivants :

- L'accord précise essentiellement les obligations du partenaire en matière de réception, entreposage, transport et distribution des vivres ainsi que la documentation justifiant la destination finale de ceux-ci. L'accord de partenariat, de par son concept et sa rédaction, vise essentiellement la logistique et la manière d'opérer le transit et la distribution finale des vivres.
- L'accord est par contre beaucoup moins précis, voir silencieux, au sujet de la collecte de données destinées à la surveillance des critères d'éligibilité des bénéficiaires et à mesurer l'impact de l'aide alimentaire. Au cours des dernières années, les programmes du PAM sont devenus de plus en plus pointus avec pour corollaire des obligations de résultats. A cet effet, le PAM tient à réunir, à travers ses partenaires, des données de poids et mensurations, des paramètres médicaux ainsi que des indices sur l'évolution dans le temps de la condition physique des bénéficiaires de la composante nutritionnelle par exemple.

Le bien fondé de cette approche n'est nullement en cause mais l'accord de partenariat ne reflète pas cette approche. La collecte de ces données a un coût plus ou moins élevé selon les efforts à fournir pour saisir celles-ci. Au-delà du domaine de la logistique stricte, on est en droit de s'interroger pour savoir si la rémunération de la collecte des données requises serait susceptible de se traduire par une rémunération basée sur un taux à la tonne de vivres distribués. S'assurer de la collaboration d'un partenaire capable d'assurer une bonne gestion de la distribution de vivres est une chose, s'assurer de la compétence de ce même partenaire à réunir et gérer la collecte de données médicales et paramédicales est une autre chose<sup>77</sup>.

- Compte tenu de ce qui précède, la mission estime que l'accord de partenariat aurait avantage à être beaucoup plus explicite en matière de collecte des données relatives à la condition physique des bénéficiaires.
- Il ressort des visites effectuées sur le terrain que la distribution de vivres n'est pas toujours assurée par le partenaire sous contrat mais par un organisme tiers. Ceci est fréquemment le cas lorsque la distribution est assurée dans un Centre de Santé relevant du Ministère de la Santé. Dans ces cas, il s'avère que du personnel médical ou paramédical est soustrait de sa fonction primaire de soins de santé aux patients pour organiser la distribution de vivres. Cette manière de procéder même si elle à l'avantage de diminuer les coûts de distribution devrait être évitée à tout prix pour des raisons d'éthique.

L'existence d'une lettre d'entente entre le gouvernement et le PAM permettrait de mieux définir les engagements de chacun. Dans bien des centres, la

<sup>76</sup> Situation au moment de la visite de la mission. Dans la communication courante il est souvent fait usage de l'appellation « Field level agreement – FLA » ou encore « Mémoire d'accord – (MOU) ».

<sup>77</sup> La mission a soumis ce point très important à la réflexion du département PDE/PAM-Rome pour avis et commentaires.



distribution étant assurée par le personnel du Centres de Santé alors que l'intervention du partenaire, lié par contrat avec le PAM, se limite à une fonction de suivi. Ceci n'est pas toujours apparent à la lecture de l'accord de partenariat.

- Une douzaine d'accords de partenariat a été conclue pour une période ne dépassant pas 6 mois ce qui est fréquemment le cas dans les projets VCT. Pour d'autres contrats, les quantités de vivres sont tout à fait insignifiantes. Ceci a pour conséquence de gonfler inutilement les charges administratives. Pour des quantités en dessous de 25 T.M., le PAM pourrait se limiter à mettre la quantité de vivres convenue à la disposition du partenaire ex entrepôt PAM sans frais ni charge pour le PAM. en utilisant une simple « lettre d'entente » devrait suffire. Une telle procédure ne libèrerait toutefois pas le partenaire de son obligation de présenter le rapport habituel constatant la destination des vivres mis à disposition par le PAM.
- Les budgets annexés aux accords sont préparés par les partenaires avec la plus grande minutie. La responsabilité pour le contrôle des budgets par le PAM est répartie entre les départements programme et logistique, le premier vérifiant les frais fixes, le second les frais variables. Cette méthode de travail aux dires des responsables du PAM est fragmentée et ne permet pas de s'assurer que le partenaire opère avec toute l'efficacité souhaitée<sup>78</sup>.
- La méthode consistant à ventiler le budget du partenaire en frais fixes et variables procède de la technique courante de gestion et se trouve être conforme au texte de l'accord. Toutefois, la nécessité d'éclater ensuite le budget du partenaire en une composante TTEM et une composante autres coûts opérationnels directs (autre COD) n'est pas démontrée. L'accord passé avec le partenaire ne fait aucune référence à cette pratique. Cette manière de procéder n'est pas d'application courante dans d'autres pays où le PAM opère : tous les frais encourus pour les prestations livrées par les partenaires étant systématiquement comptabilisés comme frais TTEM (rubrique 6 distribution et transport PDA – PDF)<sup>79</sup>. Cette pratique n'apporte aucune « valeur ajoutée » au projet et a pour effet de flatter le taux TTEM et d'augmenter le taux autre COD.

La mission a pu constater que cette pratique entraîne par ailleurs une comptabilité extrêmement laborieuse avec un double calcul : une première fois sur base des simples données budgétaires du contrat et une deuxième fois sur base du taux à la tonne, chaque élément du calcul (budget, montant déjà payé, montant à payer, balance à payer) étant repris avec une composante TTEM et autre COD. Sans contrevenir aux normes comptables en matière de vigilance et de contrôle, une simplification des procédures de comptabilisation semble s'imposer.

- Une excellente procédure mise en place par le département programme consiste à vérifier pour chaque partenaire la balance du budget disponible en regard du contrat avant d'approuver et de libérer le bon de mise à disposition (« food release note »).
- Le nombre important de partenaires sous contrat a pour effet de faire supporter par le PAM une plus grande part des frais généraux des partenaires, l'effet est

<sup>78</sup> Le responsable régional pour la logistique, arrive, dans son rapport de mission de novembre 2006, à une conclusion semblable.

<sup>79</sup> A l'exception de quelques biens d'équipement nécessaires à la mise en œuvre du projet tel que matériel de communication et IT, charroi, outils etc....



d'autant plus marqué que les tonnages de vivres sont parfois modiques. Le regroupement des partenaires du PAM par région sous une forme d'association temporaire pourrait aider à comprimer les frais.

- La mission a pu s'assurer que le bureau exerce la plus grande prudence lors du choix des différents partenaires. Toutefois les paramètres et les critères dictant ce choix ne sont pas explicitement définis et d'application uniforme. Les performances antérieures et les états de services au niveau de la logistique prennent le dessus au moment du choix. La capacité d'un partenaire à assurer une bonne collecte des données souhaitées par le PAM et à soumettre des rapports mensuels et trimestriels fiables et de qualité mériterait une approche plus critique.

### 6.3.2. Renforcement des capacités des intervenants

#### ➤ VCT

257. La démarche d'ouverture envers les partenaires est intéressante. Les contrats en cours de réalisation montrent un panachage intégrant une grande diversité d'intervenants, allant de petits groupements associatifs très localisés autour d'une petite zone bien circonscrite à de grandes ONG comme Agro Action Allemande qui gère d'une manière particulièrement sérieuse et efficace, la quasi-totalité de l'entretien des pistes et des activités de développement rural de l'ensemble du Nord-Ouest.

258. Il est aussi important de noter le rôle de premier plan joué par le Ministère de l'Agriculture (MARNDR) puisque sur un total de 14 projets signés pour le Nord et le Nord Est, les services techniques décentralisés du Ministère (les BAC) assurent une responsabilité d'encadrement sur 7 projets (50 %) dont 5 projets en association avec des ONG (OXFAM) ou des structures associatives locales. Cette place donnée à des actions présentées ou co-présentées par le MARNDR constitue une volonté d'accompagner et de renforcer des encadrements par les structures pérennes de l'Etat. Cela présente l'intérêt de dynamiser et de donner une impulsion à des structures existantes sur le terrain mais généralement peu actives, du fait d'un manque de moyens ou d'une motivation élimée.

259. La mise en œuvre des projets est majoritairement faite sur une durée relativement courte qui ne permet pas toujours de dépasser le cadre d'actions très ponctuelles qui ne s'intègrent que très peu dans une perspective de durabilité<sup>80</sup>. Cette conception restrictive est dommageable à la finalité recherchée de favoriser la création d'actifs alors que dans la grande majorité des situations, la nature des interventions vise à jouer un rôle d'entretien et de protection (pistes, lit des rivières, des canaux), de manière à éviter/limiter une détérioration des conditions productives ou de circulation dans l'avenir. Il serait souhaitable de pouvoir lier des aspects d'entretien et de mise en valeur, en complément des réalisations initiales.

260. Les dossiers techniques de formulation sont assez sommaires et il serait probablement pertinent que les services techniques de l'agriculture s'impliquent plus dans l'amélioration conceptuelle des projets. L'exemple de l'activité de nettoyage des sédiments des canaux d'irrigation de Ferrier (Nord-Est) est significatif d'une action ne prenant pas en compte la problématique de l'irrigation d'un périmètre productif. Ce périmètre de 200 hectares n'est

<sup>80</sup> Sauf pour des ONG comme AAA qui bénéficient de contrats plus longs permettant une approche de mise en valeur des investissements.



structuré par aucune association d'usagers de l'eau, les prises d'eau sur le canal principal sont préhistoriques... si bien qu'une intervention très ponctuelle et limitée dans un endroit ne saurait solutionner une nécessaire prise en compte globale du fonctionnement (capacité de rétention d'eau en saison sèche, organisation des tours d'eau, mise en place d'un système d'entretien...).

➤ **VIH/SIDA et Tuberculose**

261. L'approche d'intervention pour ce volet repose sur l'intégration et le partenariat. L'un des principes de base de l'intervention était d'atteindre les groupes vulnérables en s'intégrant à la prise en charge au sein des établissements de santé. L'efficacité d'un tel modèle est largement tributaire de stratégies de renforcement des capacités des intervenants/partenaires. La mise œuvre de l'assistance aux PVVIH et tuberculeux n'a cependant pas produit de résultats véritables en termes de renforcement des capacités des intervenants.

262. Les visites de terrain ont permis de constater la faible capacité de certains établissements à suivre les directives du MSPP en matière de dépistage et de prise en charge du VIH. Les activités de formation sont assez limitées, aussi bien le temps de formation que les effectifs atteints<sup>81</sup>. La qualité des services est précaire et les services sont peu intégrés. L'intervention du PAM n'a pas à chercher à adresser, au départ, le problème de la stigmatisation et le processus actuel d'attribution de la ration (registre d'enregistrement, spécificité de la ration) est devenu un vecteur à part entière de stigmatisation.

263. Ce problème s'est assez rapidement manifesté sur le terrain avec des signaux venant de :

- des associations de PVVIH refusant d'ouvrir leurs registres aux agents de suivi du PAM ;
- des PVVIH réticents à se présenter personnellement pour recevoir leur ration, celle-ci étant différente des autres groupes cibles (celle des mères et des enfants) ;
- des prestataires gênés d'utiliser des registres dont la page de couverture porte l'inscription PVVIH et qui identifient nommément les patients inscrits.

264. Sur le terrain, l'accès aux registres n'a pas semblé faire l'objet de restrictions. Les seules dispositions particulières prises à l'échelle du programme pour garantir la confidentialité portent sur le fait de réunir l'information sur les PVVIH et les tuberculeux dans un seul registre et de les regrouper dans les rapports sous un vocable moins explicite (maladies chroniques, autres,). Certaines « solutions » sont adoptées au niveau institutionnel ou individuel : la mission a pris connaissance de cas où c'est le responsable de programme ou l'agent de suivi qui se charge de collecter la ration pour le bénéficiaire. Dans une institution du Centre, le PVVIH ou le tuberculeux vient prélever chaque jour, au domicile de l'infirmière, la quantité de vivres nécessaire à la préparation de sa diète quotidienne.

265. L'intervention ne favorise pas non plus le partage de connaissances entre les partenaires et le développement des capacités des intervenants. Le Bureau Pays affiche aussi certaines limites techniques dans le suivi des normes techniques de dépistage et de prise en charge du VIH.

---

<sup>81</sup> Des sessions de formation de 2 jours (8-10 heures), sont organisées chaque année et couvrent divers thèmes : aussi bien des normes techniques de prise en charge, que l'approvisionnement/gestion de stock et la structure de l'IPSR. Elles accueillent environ 3 personnes par établissements, des prestataires de services et des employés administratifs.



## ➤ Santé et Nutrition

266. Le bureau du PAM organise des sessions annuelles de formation d'une durée de deux jours pour les partenaires d'exécution de projet. Le responsable de chaque institution de santé ainsi que deux autres personnes en charge de la gestion du programme de complément nutritionnel y sont invités.

267. Des fiches d'information sont distribuées aux participants. Les thèmes suivants sont abordés :

- .IPSR (objectifs, résultats attendus, critères de choix des bénéficiaires et infrastructures exigées).
- Le PAM et le partenariat (nécessité du partenariat, responsabilités du PAM, responsabilités du partenaire et responsabilités des centres de santé).
- Nutrition (définition, besoins nutritionnels des groupes cibles et communication pour le changement de comportement).
- Suivi et évaluation (carte de rations, registres d'enregistrement, classement, rapports mensuels)

268. Ces sessions d'information sont une excellente initiative. Le PAM et ses partenaires pourraient en tirer encore plus d'avantages en impliquant les départements des ministères concernés.

## 6.4. Mécanismes opérationnels de mise en œuvre

### 6.4.1. Dans le domaine de la nutrition

#### ➤ Sélection des structures de santé

269. Les institutions sanitaires en Haïti comprennent des dispensaires, des centres de santé sans lits (CSL), des centres de santé avec lits (CAL) et des hôpitaux. Dans les départements de l'Ouest, du Nord et Nord-Est, il existe au total 165 structures de santé dont 55 publiques, 46 mixtes<sup>82</sup> et 64 privées. L'IPSR est mis en œuvre à travers des structures publiques et mixtes. Dans les départements du Nord et Nord-Est, le projet couvre 89 structures de santé dont 16 publiques et 73 mixtes (soit 82%) : 29 centres opérés par CARITAS, 5 par le Centre de bienfaisance de Pignon (CBP), 31 par le Centre pour le développement de la santé (CDS), 2 par l'Hôpital de Milot (CRUDEM) et 6 par International Child Care (ICC). La proportion de centres de santé relevant du MSPP est plus importante dans le département de l'Ouest où sur les 64 structures de santé couvertes par le projet, 40 (environ deux tiers) sont publics.

270. Les requêtes adressées au PAM sont examinées par un comité de sélection. Les moniteurs du PAM effectuent une visite initiale des centres de santé afin d'en évaluer les capacités. Une fiche d'évaluation a été développée à cet effet. Elle comprend les éléments suivants : nombre de personnel médical par catégorie (médecins, infirmières et auxiliaires), nombre de bénéficiaires potentiels, équipements de laboratoire et disponibilité d'un local pour le stockage des vivres.

---

<sup>82</sup> Institution mixte : l'État établit avec une organisation privée sans but lucratif (ONG) un contrat de gestion. Le MSPP demeure le propriétaire de l'institution et peut allouer certaines ressources à l'établissement, notamment humaines (le personnel des institutions mixtes est partiellement ou entièrement salarié du MSPP)



271. Aucune information n'est par contre recueillie concernant l'organisation et la qualité des consultations d'enfants et des consultations pré et post natales comme par exemple :

- nombre de jours par semaine et par mois de disponibilité de ses services ;
- présence d'équipements et matériels nécessaires à la prise en charge des enfants, femmes enceintes et mères après l'accouchement (pèse-bébés, balance adultes, fiches de suivi de la grossesse et de la croissance de l'enfant, disponibilité de vaccins antitétaniques et de suppléments nutritionnels tels que le fer folate et la vitamine A) ;
- application de la politique de recouvrements des coûts et de la gratuité des consultations prénatales.

➤ **Sélection des bénéficiaires**

272. Le personnel de santé, généralement l'infirmière ou l'auxiliaire, est responsable de la sélection des bénéficiaires. Une carte de rations contenant des informations sur la composition et la quantité de la ration ainsi que sur la période d'éligibilité par catégorie de bénéficiaires est remise à chaque bénéficiaire lors de son admission dans le programme.

273. Un système de quota est appliqué : un nombre maximal de bénéficiaires est attribué à chaque centre de santé. Ce chiffre est supposé évoluer selon le niveau de bénéficiaires éligibles identifiés. La mission a observé dans certains centres l'application du système des cohortes : l'enrôlement du nombre maximal de bénéficiaires attribué au centre est fait dès le premier mois de mise en œuvre du projet. Ces cohortes d'enfants ou de femmes sont ensuite maintenues pendant les six mois d'éligibilité à la ration, période durant laquelle aucune nouvelle admission n'est possible.

274. Durant cette période, des enfants éligibles sur la base de leur statut nutritionnel ne peuvent pas être enrôlés dans le programme et sont placés sur une liste d'attente. Cette procédure est inacceptable dans le cadre d'une approche curative qui devrait enrôler les jeunes enfants nécessitant une récupération nutritionnelle le plus tôt possible afin d'éviter des effets irréversibles sur leur croissance.

275. L'éligibilité des femmes est réévaluée après l'accouchement sur la base de l'anémie. Certaines femmes ne sont pas réintégrées dans le programme et celles qui y sont réadmisses sont inscrites dans le registre des mères allaitantes. Ceci ne correspond pas aux indications précisées dans le document de projet qui proposait que les femmes enceintes - une fois admises - devaient bénéficier du supplément nutritionnel pendant une durée totale de 12 mois (du début du deuxième trimestre de la grossesse jusqu'au sixième mois après l'accouchement), et n'est pas non plus conforme avec les normes établies par le PAM<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> Alimentation complémentaire pour les mères et les enfants: directives opérationnelles – PAM 1998



## ➤ **Distribution des rations**

276. Au cours de ses visites dans les départements de l'Ouest, du Nord et Nord-Est, la mission a observé une situation disparate et contrastée du point de vue de la capacité des partenaires en ressources humaines, en qualité de prestations et en capacité d'organisation de la distribution des rations (voir l'Annexe 7). Dans certains centres de santé, surtout les CAL, les consultations ainsi que la distribution de la ration sont étalées sur cinq jours par semaine. Par contre, dans les centres comme les dispensaires qui ont moins de personnel, les consultations prénatales et distributions des denrées sont moins souvent disponibles engendrant un afflux de bénéficiaires les jours de distribution des rations au détriment de la qualité des prestations des services de santé. Par ailleurs, le personnel de santé supervise la distribution des rations ce qui les détourne de leurs activités médicales.

### **6.4.2 Dans le domaine du VIH/SIDA et de la Tuberculose**

277. Les mécanismes opérationnels adoptés au plan technique pour délivrer aux groupes cibles, les services prévus d'appui nutritionnel n'étaient pas définis dans le document de projet. Le dispositif mis en place est cohérent avec l'approche d'intervention, basée sur l'intégration et le partenariat. Il permet au PAM d'assurer un développement satisfaisant de ses opérations. La coordination avec le MSPP demeure globalement faible, malgré des contacts avec les Directions départementales dans la région Nord. Il n'existe d'ailleurs pas, dans le cadre de l'IPSR, de liens institutionnels entre le MSPP et le PAM au niveau national.

278. Sur le terrain, les partenaires de mise en œuvre et les établissements de santé occupent une position cruciale. De par leurs rôles respectifs, ils sont au cœur du processus d'intervention. La collaboration avec les partenaires constitue un levier intéressant d'intervention, vu l'ampleur croissante des interventions. Cependant, les relations entre le PAM et ses partenaires sont peu structurées : pas de planification ou activités conjointes, pas de véritable partage d'information. Une nette emphase est mise sur la supervision des activités effectuée d'une part, par les agents de suivi du PAM et, d'autre part, par les partenaires<sup>84</sup>.

279. Il existe un certain niveau de duplication entre les activités des agents de suivi du PAM et celles des partenaires et leurs démarches ne sont pas réellement coordonnées. L'encadrement/contrôle effectué sur le terrain porte sur la tenue des outils de gestion, le respect des critères d'enrôlement, l'entreposage et la gestion des stocks, la collecte des rapports. D'autres aspects essentiels, comme l'évolution du processus de prise en charge et l'organisation des distributions, sont complètement négligés.

280. Les caractéristiques du secteur dans lequel le PAM intervient n'est pas sans effet sur l'intervention. En effet, les modalités d'organisation de la prestation de services sont établies à la discrétion de l'établissement de santé. Les mécanismes d'articulation entre le complément alimentaire et la prestation de services ne sont pas négociés avec l'opérateur. Souvent, celui-ci n'a pas la maîtrise requise pour assumer la large flexibilité qui lui est laissée pour l'organisation des services. Il en découle certains problèmes majeurs dans l'exécution des activités et les services sont délivrés dans des conditions parfois difficiles avec une qualité questionnable.

---

<sup>84</sup> Contractuellement, l'IP visite les centres tous les mois. Pour les agents de suivi, le rythme varie : d'une visite toutes les 6 semaines ou tous les 2 mois.



281. Les mécanismes opérationnels pour l'assistance aux PVVIH et aux tuberculeux ne permettent pas une exploitation optimale des ressources. Si la conception du dispositif est adéquate, le montage présente cependant des duplications de fonctions ainsi que des fonctions non couvertes. Certains processus relatifs à des étapes clés de l'intervention, comme l'organisation des distributions et la gestion des exéats, sont mal définis ou peu supervisés. D'autres processus de support, tels la planification, la coordination, l'assurance qualité, ... sont inefficaces voire inexistantes.

#### **6.4.3. Dans le domaine des VCT**

282. La durée de deux mois accordée contractuellement pour la réalisation des activités [à l'exception des grosses ONG travaillant sur une base annuelle : AAA, AMUT, BIT, FAO] est très courte et ne laisse qu'un temps bref, entièrement dédié à la mise en œuvre de l'activité prévue. L'observation de nombreuses réalisations, majoritairement en relation avec les effets du ruissellement hydrique (routes, sédimentation des canaux), fait apparaître que la maintenance est un impératif et qu'elle dépend de la volonté/capacité des populations bénéficiaires à entretenir l'actif remis en état. La capacité destructrice de l'érosion étant permanente en Haïti du fait du régime pluviométrique sur des zones pentues dénudées, le risque de devoir recommencer les tâches est bien réel et ce d'autant que cet aspect de l'entretien des réalisations ne figure nulle part dans les engagements contractuels avec le PAM.

283. La durée très courte de deux mois conduit le plus souvent à apporter un soutien à des activités plus orientées vers la remise en état (réhabilitation des pistes, curage des sédiments dans le lit des rivières ou des canaux d'évacuation des eaux de pluie en zone urbaine) qu'à des aménagements des pratiques productives. Le travail mené par l'ONG Agro Action Allemande dans le traitement des bassins versants (Nord-Ouest) prend en compte ces deux dimensions avec une qualité et des impacts de réalisation très performants pour le traitement des bassins versants.

284. AAA a effectué un premier calcul de l'accroissement des rendements des cultures sur le périmètre d'intervention de la Baie de Henne, traité avec la technique de maîtrise des eaux de surface sur les bassins versants (murets pour la conservation des eaux et du sol). Pour la banane, le rendement TM/ha passe de 18 à 30 après projet, de 0,25 à 0,8 TM/ha pour le maïs, de 0,4 à 0,9 TM/ha pour le haricot. L'accroissement des rendements est tout à fait spectaculaire, s'agissant d'une technique qui se limite à la seule conservation de l'eau et des sols (sans innovation au niveau des pratiques culturales).

285. La même étude a permis de calculer les marges brutes annuelles dégagées sur un échantillon de 7 exploitations agricoles de la baie de Henne pour une superficie cultivée de 1 000 m<sup>2</sup>, avant et après projet. Le calcul a été effectué sur les 4 spéculations les plus développées dans la zone : banane, maïs, haricot, légumes. La marge brute moyenne avant projet s'élevait à 9 297 gourdes et à 13 458 gourdes après projet. L'augmentation de la valeur de la production se monte à 4 161 gourdes (107 \$ EU) soit une augmentation de 44,75 %. Ce montant est très élevé dans le contexte de la pauvreté endémique et montre tout l'intérêt d'une utilisation optimum de l'aide alimentaire. Ce projet particulièrement performant et très bien géré mériterait de faire l'objet de visites tant pour les services techniques décentralisés que pour les partenaires.

286. La création d'actifs pour l'amélioration des conditions productives (irrigation, maîtrise des eaux de surface...), implique des durées d'assistance plus soutenue ainsi que la présentation



d'une perspective plus globale d'intervention avec le concours d'une structure maîtrisant l'innovation technique. Dans ce cas, à l'image de ce qui se pratique avec AAA, AMURT, et le BIT, la durée de l'assistance pourrait être étendue et séquencée en trois phases successives de deux mois dont le contenu opérationnel permettrait de présenter une démarche plus construite de mise en œuvre. Les phases seraient éligibles en fonction des résultats successifs obtenus et porteraient sur les trois étapes d'une démarche réaliste en matière de développement rural : l'exécution du projet, sa consolidation et sa mise en valeur.

## **6.5. Adéquation de l'assistance alimentaire**

### **6.5.1. Adéquation des rations par rapport aux habitudes alimentaires**

287. Le riz, le haricot noir et le maïs moulu local constituent les éléments de base de l'alimentation des Haïtiens, aussi les rations fournies par le PAM sont-elles en conformité avec les habitudes alimentaires des bénéficiaires. Le CSB (farine de maïs et soja enrichie en micronutriments) peut être aussi considéré comme acceptable dans la mesure où il s'assimile au maïs moulu dans les préparations culinaires locales. Par contre, il semble que la qualité de certains arrivages de haricots ait été problématique car nécessitant de très longues périodes de cuisson.

### **6.5.2 Adéquation des rations par type d'activités**

#### **➤ Nutrition**

288. Selon les directives opérationnelles du PAM, la ration pour les enfants devrait fournir environ un tiers de leurs besoins énergétiques : 8 % de l'énergie provenant des protéines, 30 % de l'énergie des graisses afin d'augmenter la densité énergétique de la ration et d'en réduire le volume ainsi que 2/3 des besoins en micronutriments<sup>85</sup> (PGM). Pour les femmes enceintes, la ration devrait couvrir les besoins énergétiques supplémentaires de la grossesse et de l'allaitement : 7 à 15 % de l'énergie provenant des protéines; 20 à 25 % de l'énergie provenant des graisses et 2/3 des besoins en micronutriments

289. La ration prévue pour la composante nutrition consiste en CSB, haricots, huile et sel iodé (voir tableau ci-dessous).

---

<sup>85</sup> Alimentation complémentaire pour les mères et les enfants: directives opérationnelles" (PAM 1998)



Tableau 10: Composition et valeur nutritive de la ration : enfants malnutris et femmes enceintes/allaitantes anémiées

Denrées	Ration Familiale (3 rations individuelles (kg/mois))	Ration Individuelle (g/jour)	Valeur Nutritive					
			Energie Kcal	Protéine	Lipides	Fer (mg)	Iode (µg)	Vitamine A (µg RE)
CSB <sup>a</sup>	11,25	125	400	18,0	6,0	12,8	2	501
Haricots	1,80	20	67	4,0	0,2	1,6	0	0
Huile <sup>a</sup>	1,35	15	133		15,0		2	135
Sel Iodé <sup>a</sup>	0,45	5					150	
<b>Total</b>	<b>14,85</b>	<b>165</b>	<b>600</b>	<b>22<sup>``</sup></b>	<b>21,2</b>	<b>14,4</b>	<b>152</b>	<b>636</b>

<sup>a</sup>CSB, huile et sel enrichis selon les spécifications PAM (Nutval 2006)  
Pourcentage de l'énergie fourni par les protéines et les lipides : 15,2 et 32,1% respectivement

Source : compilation par la mission des données collectées localement. novembre 2006

290. La ration fournie est conforme aux directives du PAM :

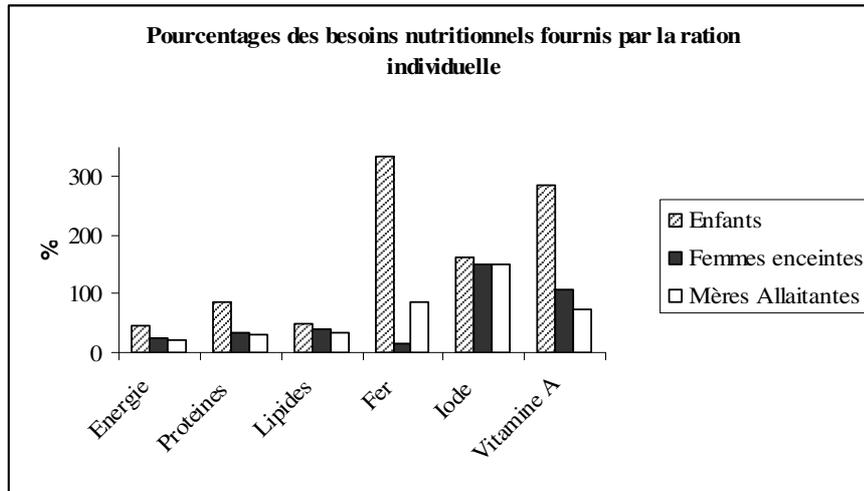
- La ration individuelle fournit près de 50 % des besoins énergétiques des enfants et bien au-delà leurs besoins en fer, iode et vitamine A.
- La ration individuelle couvre la quasi totalité des besoins énergétiques supplémentaires de la grossesse et de l'allaitement (estimés à 285 kcal/jour durant le deuxième trimestre de la grossesse, à 475 kcal/jour durant le troisième trimestre et à environ 500 kcal/jour durant l'allaitement<sup>86</sup>).
- La ration tient compte du partage probable de la ration au sein de la famille : en effet une ration consistant de trois rations individuelles est distribuée alors que les directives actuelles du PAM mentionnent qu'une ration sèche à emporter doit fournir environ le double en valeur nutritive d'une ration individuelle consommée sur place.

291. Par contre, la ration fournit une proportion insuffisante des besoins en fer des femmes enceintes (à peine 14,4mg soit 16% des besoins alors qu'elle devrait fournir environ les deux tiers des besoins ou du moins 50%) et n'est donc pas adéquate en fonction d'un des résultats escomptés « réduire la prévalence de l'anémie de 15 %).

<sup>86</sup> FAO/WHO/UNU (2004) Besoins énergétiques et besoins en protéines. – Rapport d'une consultation conjointe d'experts FAO/OMS/UNU Série de Rapports techniques No 724



Graphique 3: Pourcentages des besoins nutritionnels fournis par la ration individuelle



#### ➤ VIH et tuberculose

292. Le manuel de programmation du PAM - Programme Guidance Manual (PGM) - ne fournit pas de directives concernant les rations à fournir aux personnes vivant avec le SIDA (PVVIH) et les patients atteints de tuberculose<sup>87</sup>. Pour les PVVIH et patients qui suivent un traitement antituberculeux, la ration est fournie sous forme de riz, CSB, haricots, huile et sel iodé. Elle couvre environ deux tiers des besoins énergétiques d'une personne non infectée par le VIH, 58 % des besoins énergétiques si c'est une PVVIH asymptomatique et la moitié des besoins dans le cas d'une PVVIH symptomatique<sup>88</sup> (voir tableau ci-dessous).

293. En l'absence de normes à propos des rations à fournir aux PVVIH et le manque d'information concernant le niveau d'insécurité alimentaire des groupes cibles, la mission ne peut pas évaluer l'adéquation de cette ration.

<sup>87</sup> Une première ébauche d'un manuel élaboré par le PAM en collaboration avec FANTA (Assistance technique pour l'alimentation et la nutrition) devrait être bientôt disponible.

<sup>88</sup> PVVIH asymptomatiques et symptomatiques ont des besoins énergétiques supérieurs à ceux d'une personne en bonne santé et non infectée par le VIH, de 10% et 20-30% respectivement. Les niveaux de protéines et de micronutriments sont les mêmes que ceux recommandés pour les personnes en bonne santé et non infectées par le VIH (OMS 2003 *Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*).



Tableau 11: Composition et valeur nutritive de la ration : PVVIH et patients atteints de tuberculose

Denrées	Ration Familiale (3 rations individuelles (kg/mois))	Ration Individuelle (g/jour)	Valeur Nutritive					
			Energie Kcal	Protéine	Lipides	Fer (mg)	Iode (µg)	Vitamine A (µg RE)
Riz	19,80	220	801	15,4	1,1	2,6	0	0
CSB <sup>a</sup>	4,50	50	200	9,0	3,0	6,4	1	251
Haricots	5,40	60	201	12,0	0,7	4,9	0	0
Huile <sup>a</sup>	1,35	15	133		15,0		2	135
Sel Iodé <sup>a</sup>	0,45	5					150	
<b>Total</b>	<b>31,5</b>	<b>350</b>	<b>1335</b>	<b>36,4</b>	<b>19,8</b>	<b>14,0</b>	<b>301</b>	<b>386</b>

<sup>a</sup>CSB, huile et sel enrichis selon les spécifications PAM (Nutval 2006)

Source : compilation des données recueillies par la mission. novembre 2006

#### ➤ VCT

294. Selon les directives du PAM, la ration VCT devrait être équivalente en valeur monétaire à 80% du salaire local d'une main d'œuvre non qualifiée. La ration fournie pour les activités VCT de l'IPSR consiste en une ration individuelle de riz (400 g), légumineuses (40 g), huile (15 g) et sel iodé (5 g). La question de la valeur de la ration a été soulevée dans le cadre de l'activité VCT dans le Nord-Ouest avec l'ONG Agro Action Allemande. Les références comparatives ne sont pas toujours aisées à déterminer sachant l'existence d'un décalage important entre le taux officiel de rémunération du travail fixé par le gouvernement (actuellement 60 gourdes/jour), le coût de la main d'œuvre local (100 gourdes/jour) et l'existence d'une variation saisonnière importante du coût des principales denrées alimentaires.

295. Les activités VCT ne remplacent en aucune manière des activités salariées mais sont d'abord un appoint aux personnes les plus vulnérables. La mesure du salaire local doit se faire à partir du salaire effectif de la pratique dans le milieu et non avec les références non actualisées du salaire minimal défini par le gouvernement. De plus, le coût de la ration est très fluctuant en fonction des saisons. Dans les faits, la fixation du niveau de la ration par le bureau pays est généralement la référence acceptée. Le calcul du responsable de l'ONG AAA (Nord-Ouest) l'a conduit à mettre en place une mesure corrective (légère diminution du temps de travail quotidien) de manière à ce que l'équivalent monétaire de la ration atteigne un niveau recevable du coût de main d'œuvre.

296. Le bureau pays vient d'initier un contrat très intéressant avec le BIT pour une activité VCT de traitement d'un bassin versant de la région de Gonaïve. La particularité de la rémunération prévue des travailleurs est d'être mixte (argent et vivres) selon une rotation hebdomadaire : les salaires seront versés en liquide la semaine n°1 et en vivres la semaine n°2. Cette expérience mérite d'être suivie attentivement par l'équipe du PAM, de manière à tester les réactions des participants sur le niveau de la rémunération en vivres mais surtout d'apprécier



l'intérêt pour le PAM de conduire à titre pilote des réalisations VCT, à travers des modes de rémunération uniquement monétaire.

### 6.5.3 Respect des rations fournies

#### ➤ Volet Nutrition

297. De sérieux problèmes d'approvisionnement ont entravé la distribution de la ration prévue, tout particulièrement pour le volet Santé/nutrition. Plusieurs retards et interruptions dans l'acheminement des vivres ont causé soit des ruptures de stock et des arrivages tardifs (CSB) ou bien au contraire, des livraisons très importantes, occasionnant dans ce dernier cas, des pertes liées aux trop longues périodes d'acheminement ou de stockage.

298. La ration a été modifiée cinq fois entre juillet 2005 et octobre 2006 comme le montre le tableau présenté ci-dessous :

- La ration prévue a été respectée en composition et quantité pendant seulement trois mois (juillet à octobre 2006).
- Le CSB a été remplacé par la même quantité de riz pendant sept mois (de juillet à décembre 2005 et de nouveau en juin 2006), diminuant ainsi la teneur de la ration en micronutriments mais aussi son adéquation quant à la proportion d'énergie contribué par les protéines.
- Le contenu de la ration a consisté en haricot et en huile pendant cinq mois d'affilée (janvier à mai 2006), période durant laquelle les bénéficiaires ont reçu une ration déséquilibrée (55 % de l'énergie provenant des lipides alors que cette proportion ne devrait pas dépasser 30 %) et insuffisante, tant en macro qu'en micronutriments.

299. Avec des telles conditions, il est difficile de prétendre à des objectifs nutritionnels, particulièrement pour ce qui concerne la récupération d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale.

Tableau 12: Composition des rations distribuées aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants de – 5 ans (de la première distribution jusqu'à octobre 2006)

	Riz (g)	CSB (g)	Haricot (g)	Huile (g)	Sel (g)	Biscuit (g)	Viande (g)
<b>Ration Prévue</b>		<b>125</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>5</b>		
Juillet –décembre 05	125		20	20	5		
Janvier – mai 2006			60	25	5		Distribution ponctuelle
Juin 2006	125		20	20	5		
Juillet –septembre 06		125	20	15	5	Distributions ponctuelles	
Octobre 2006		125	20	15	5		

Source : élaboration à partir des données collectées auprès du PAM Haïti. novembre 2006



➤ **Volet Santé (PVVIH et TB)**

300. La ration pour les PVVIH et les patients atteints de tuberculose sous traitement a elle aussi été affectée par les problèmes d'approvisionnement. La ration prévue a été fournie seulement pendant deux mois en 2006 comme le montre le tableau ci-dessous. Le bureau du PAM en Haïti a fait de son mieux pour ajuster le niveau de la ration afin d'en préserver la valeur nutritive : par exemple, pour la période allant de juillet à décembre 2005, la ration de riz a été augmentée de 50g jour pour pallier à la rupture de stocks du CSB. Cela a permis de maintenir la valeur énergétique de la ration presque au même niveau mais la teneur en protéines et micronutriments de la ration sans CSB a baissé par rapport à la ration prévue : passant de 69% des besoins protéiniques à 59%, de 64% pour le fer à 37% et de 77% pour la vitamine A à 27% des besoins d'un adulte.

301. Ces variations fréquentes ont causé beaucoup de difficultés aux infirmières et aux auxiliaires de santé chargés de la mise en œuvre du projet, face au mécontentement des bénéficiaires surtout quand les rations sont nettement insuffisantes (par exemple lorsqu'elle n'est composée que de haricots, d'huile et de sel iodé pendant cinq mois de suite). Composition des rations distribuées aux PVVIH et aux patients atteints de tuberculose (de la première distribution jusqu'à octobre 2006)

*Tableau 13: Composition des rations distribuées aux PVVIH et aux patients atteints de tuberculose (de la première distribution jusqu' à octobre 2006 en grammes))*

	Riz	CSB	Haricot	Huile	Sel	Biscuit	Flocons pommes de terre
<b>Ration Prévue</b>	220	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>5</b>		
Juillet –décembre 05	270		60	15	5		
Janvier – mai 2006			180	25	5		22
Juin – juillet 2006	220	25	60	15	5		50
About –septembre 06	<b>220</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	
Octobre 2006		270	60	15	5		

Source : données collectées auprès du PAM Haïti sur place. novembre 2006



## 6.6. Appréciation de l'organisation logistique du programme.

### 6.6.1. Chiffres clefs de l'intervention

Tableau 14: Chiffres clefs de l'intervention

Libellés	Indicateurs	Remarques
Stock en début de projet – 01/05/2005 Ex EMOP 10.347 et IPSR 10.275	6.715 TM	Chiffre COMPAS Quantité WINGS 5.823 MT. Diff. à justifier.
Quantité vivres débarqués 01/05/05 – 31/10/06	17.051 TM.	COMPAS
Quantité nette vivres prêtés 01/05/05 – 31/10/06	-1.199 TM.	COMPAS
Quantité nette vivres empruntés 01/05 – 31/10/06	2.653 TM.	COMPAS
Quantité nette vivres détruits	-303 TM.	COMPAS
Pertes nettes (transport mar. terr. et entrepôt)	- 149 TM.	COMPAS
Livraisons aux partenaires jusqu'au 31/10/06	-18.316 TM.	COMPAS
Balance théorique du stock au 31/10/06	6.452 TM.	
Balance physique (ports et entrepôts PAM) au 31/10/06	6.280 TM.	COMPAS Différence. à justifier 172 TM.
Tonnage mensuel moyen à livrer selon projet	1.948 TM.	46.750 TM/24 mois
Tonnage mensuel moyen à livrer – (programme d'urgence exclu)	1 619 TM.	38.850 TM/24 mois
Tonnage mensuel moyen effectivement livré	1.017 TM.	18.316 TM/18 mois
Degré d'exécution du projet au 31/10/2006 (après 18 mois)	39.17%	18.316 TM/ 46.750 TM.
Degré d'exécution du projet au 31/10/2006 (après 18 mois) – (programme d'urgence exclu)	47.14%	18.316 TM/ 38.850 TM.
Degré de couverture financière du projet	70.40%	28.1 millions EU\$/ 39.9 millions EU\$
Situation récapitulative des allocations de budget (TTEM – autres COD et coûts opérationnels directs (CAD))	6.3 mio EU\$	Situation au 28/11/2006
Situation récapitulative des allocations de dépenses (TTEM – autres COD et CAD)	5.2 mio EU\$	Situation au 28/11/2006
Soldes des allocations financières disponibles	1.1 mio EU\$	Situation au 28/11/2006
Ressources financières disponibles et non programmés	4.3 mio EU\$	Situation au 28/11/2006

302. Sur le plan de la logistique, le projet IPSR 10 382 se caractérise par :

- Le nombre élevé de partenaires (40) nécessaires à la mise en œuvre du projet opérant à travers quelques 50 contrats de partenariat;
- Le nombre élevé de sites de distribution (262 PDF enregistrés) amenant le PAM à se transformer en une véritable entreprise de distribution (petits lots, multiplicité de la desserte) ;
- Des installations portuaires et de transit portuaire souvent vulnérables en situation de crise et offrant des facilités d'accueil désuètes, limitées et sans grande réserve de capacité ;



- Des capacités restreintes d'entreposage à Port-au-Prince et à Cap Haïtien qui ne sont pas entièrement à l'abri en cas de troubles ;
- L'exiguïté et la précarité des facilités d'entreposage de vivres sur les sites et PDF ;
- Une infrastructure routière défaillante entraînant un coût élevé du transport par route ;
- La présence d'une capacité de transport par route suffisante mais très fragmentée requérant un nombre élevé d'intervenants ;
- L'obligation d'assurer la quasi-totalité de l'approvisionnement au départ de l'étranger vu l'incapacité de l'agriculture locale à fournir des vivres en quantité suffisante et répondant aux normes de qualité en vigueur au sein du PAM ;
- Les fréquentes ruptures de stock obligeant le bureau pays à modifier la composition de la ration mensuelle ;
- L'insécurité existante aux alentours des zones portuaires, dans certains quartiers des villes de Port-au-Prince et de Cap Haïtien et sur certains tronçons routiers est à l'origine de restrictions de déplacement et de mesures de précaution, parfois onéreuses, dictées ou non par la MINUSTAH .

303. Ces contraintes expliquent dans une certaine mesure le décalage existant entre le temps échu du projet (18 mois/24 mois), soit 75% et le taux de réalisation du projet soit 39% ou plus exactement 47 % si l'on ne prend pas en compte le volet Urgence qui n'a pas été activé.

#### **6.6.2 Modalités opérationnelles : Accès maritime et portuaire.**

304. Les grandes lignes maritimes ne desservent pas les ports haïtiens en direct. Le trafic conteneurisé transite obligatoirement par les ports de Freeport (Iles Bahamas), Kingston (Jamaïque) et Miami (USA). Une ligne, « ACT », dessert Port-au-Prince en direct au départ des ports américains du golfe du Mexique et se trouve de fait être le partenaire obligé pour le trafic PL480. La ligne MAESK dessert Haïti via les ports de la République Dominicaine et organise des convois par route sous douane vers les grands centres urbains en Haïti.

305. Le bureau pays entretient d'excellents rapports avec tous les agents maritimes à Port-au-Prince et à Cap Haïtien. Il pourrait toutefois s'avérer très utile d'établir des rapports plus suivis avec les agents maritimes basés à Freeport et Kingston avec lesquels le bureau pays a parfois avantage à s'entendre pour régler les cadences et l'ordre d'arrivée des conteneurs dans les ports haïtiens. Une visite à ces ports de transit par le responsable de la logistique est à envisager.

306. Les ports de Port-au-Prince et de Cap Haïtien offrent un tirant d'eau d'environ 9,5 mètres et sont principalement axés sur la navigation insulaire et côtière. Le port de Port-au-Prince ne dispose que d'une seule grue pour la manutention des conteneurs. Les deux ponts portiques sont hors d'usage et déclassés. En cas de panne prolongée de la grue ou l'arrivage simultané de plusieurs navires sans gréement, le trafic des conteneurs du PAM pourrait souffrir de délais d'attente considérables.

307. Les procédures administratives et douanières du transit portuaire sont complexes et laborieuses mais, grâce à une bonne interface entre le PAM, les agents maritimes et ses agents en douane, des délais de 8 à 10 jours pour le transit portuaire sont respectés. Les bureaux du PAM à Port-au-Prince et à Cap Haïtien ont une très bonne maîtrise des mécanismes en place.



308. Au Cap Haïtien, le bureau pays devrait envisager de négocier un contrat de longue durée avec la société « CAP Terminal », l'unique manutentionnaire de conteneurs, opérateur du parc conteneur et transporteur attitré pour la zone portuaire et urbaine, plutôt que de négocier un nouveau contrat à chaque escale de navire. La procédure d'appel d'offre est sans objet dans ce cas précis.

309. L'opérateur/agent maritime « Haiti Shipping Line » délivre à Cap Haïtien des « Laissez Suivre » en bonne et due forme pour compte de l'armement M.S.C., alors qu'elle se refuse d'agir comme agent maritime de la M.S.C. Ceci a une incidence sur le décompte des surestaries conteneurs décomptées<sup>89</sup> au départ de Freeport en place et lieu de Cap Haïtien. Il serait utile que le service ODTs Rome puisse approcher M.S.C. Genève pour connaître exactement les accords de représentation en vigueur au Cap Haïtien.

### **6.6.3. Modalités opérationnelles : Entreposage des vivres à Port-au-Prince et à Cap Haïtien.**

310. Le PAM loue trois entrepôts auprès du gestionnaire d'entrepôts et manutentionnaire BND dans l'enceinte industrielle de SHODECOSA. Ces trois entrepôts d'une capacité totale d'environ 7.500 MT. ont le désavantage d'être situés dans la zone de risques « rouge », ce qui en limite l'accès. Par contre les entrepôts sont localisés dans une enceinte, sous bonne surveillance et à proximité immédiate d'un cantonnement des forces de la MINUSTAH.

311. Les frais fixes de location d'un montant de 21.000 \$ E.U./mois sont élevés mais le gestionnaire BND fait preuve de professionnalisme et ses services, grâce à un personnel qualifié, donnent entière satisfaction au bureau pays.

312. L'absence d'alternative valable aux entrepôts de la BND et les frais généraux élevés qu'entraînerait une prise en main de la gestion par le PAM, doivent inciter à la prudence avant d'envisager une quelconque alternative. C'est pourquoi, contrairement à la suggestion formulée par M. Riaz Lodhi, responsable régional pour la logistique, la mission estime qu'une délocalisation ne s'impose pas de même que la prise en gérance des entrepôts par le PAM. On peut toutefois s'interroger si la location de trois entrepôts est une nécessité absolue et si un meilleur suivi de l'acheminement des vivres pour les PP et l'IPSR ne permettrait pas de se défaire de la location d'un entrepôt, quitte à se ménager des possibilités d'entreposage pour des périodes très courtes.

313. Au Cap Haïtien, le PAM dispose à l'intérieur de l'enceinte portuaire, d'un entrepôt d'une capacité de 2 000 TM., utilisé dans sa quasi-totalité pour l'entreposage de consignations d'huile. L'arrivage massif de consignation d'huile en 2005<sup>90</sup> a contraint le bureau du Cap Haïtien à rechercher une capacité d'entreposage supplémentaire en sus de son entrepôt de Fort St. Michel. Ce dernier entrepôt avec une capacité de 3.000 T.M. aurait normalement du suffire pour les

---

89 H.S.L. n'accordait au PAM que 10 jours de franchise conteneur alors que M.S.C. accorde une franchise de 15 jours une fois les conteneurs délivrés sous palan au port de débarquement. La mission n'a reçu que des explications très vagues et confuses de H.S.L. au sujet de ses interventions pour compte de M.S.C.

90 De nombreuses consignations d'huile s'y trouvent entreposées pour des périodes allant de 350 à 400 jours. L'emballage et les conteneurs plastic accusent des dégâts et des fuites suite aux longs délais d'entreposage et le climat tropical. Cette situation entraîne outre des pertes des reconditionnements aussi laborieux que coûteux.



besoins des deux programmes PP et IPSR dans la mesure où un acheminement étalé pourrait être assuré.

314. Dans tous les entrepôts, la qualité des « fiches de stock » laisse énormément à désirer. Bien mieux qu'une simple feuille A4 qui résiste mal à une utilisation fréquente, le PAM devrait faire imprimer des fiches de stock sur papier cartonné plus résistant pour un usage fréquent. Cette remarque vaut également pour les dépôts des partenaires.

315. Si cela peut se réaliser à peu de frais, les entrepôts du PAM devraient être branchés sur le système COMPAS de manière à permettre la saisie en temps réel des lettres de voiture. Ceci ne doit pas nécessairement entraîner une augmentation du personnel, au plus une relocalisation de celui-ci.

#### **6.6.4. Modalités opérationnelles : Système de distribution sur site au PFD.**

316. L'exiguïté est certainement une des caractéristiques majeures de tous les entrepôts visités par la mission, à l'exception de l'entrepôt à Jean Rabel, géré par l'Action Agricole Allemande. Ce dernier n'est toutefois pas à l'abri de risque d'inondation comme la mission a pu le constater (novembre 2006). Pour d'autres dépôts, l'aire de déchargement des camions est parfois située à plus de 100 mètres du lieu d'entreposage.

317. Le stockage est parfois effectué au niveau d'un premier étage auquel on accède par un escalier étroit ou par une échelle de fortune. Si l'on peut regretter cet état de chose, il y a lieu de constater que ces carences sont inhérentes à l'environnement dans lequel le PAM est appelé à travailler. Cette situation continuera à obliger le PAM à effectuer dans l'avenir des livraisons par petites quantités à intervalles rapprochés. La capacité d'entreposage est certainement un facteur déterminant pour le nombre de bénéficiaires que le PAM peut assister sur un site donné et il y a lieu d'en tenir compte.

318. Dans les centres de santé, il existe de fait un système de contingentement qui n'avoue pas toujours son nom. A la lumière des registres que la mission a pu consulter dans tous les CDS visités, il ressort que les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants entre 6 et 59 mois entrent dans le système par quota, à intervalle de plus ou moins de six mois. Dans l'entre-temps, on assiste à une forme de verrouillage induisant de facto une sélection bon gré mal gré. Une partie des femmes et enfants éligibles à l'aide alimentaire du PAM ne sont pas admises dans le programme. La qualité des registres et des rapports n'a pas permis à la mission de se faire une idée exacte du nombre de laissés pour compte.

319. Selon les indications fournies par les responsables du PAM, cette situation est la résultante : i) de la capacité limitée de stockage des petites structures de santé, ii) du plafond de vivres disponibles dans le volet (compte tenu de l'extension de l'activité à des départements non considérés initialement dans le document de projet). iii) de la disponibilité du personnel médical et/ou paramédical à organiser les distributions.

320. Du fait de la difficulté de pouvoir apporter des solutions à ces carences, il serait préférable d'annoncer le contingent de bénéficiaire retenu pour chaque centre de distribution. Ceci éviterait toute conclusion erronée au sujet de la qualité des interventions du PAM. Pour les



patients PVVIH et TB, la situation est dans son ensemble normale, le nombre de patients entrant dans le système étant compensé par le nombre de sortant.

321. Les ruptures répétées de stock se traduisent invariablement par une modification de la ration mensuelle. Il n'y a pas d'affichage standard de la ration dans les centres. L'analphabétisme d'un grand nombre de bénéficiaires et le changement fréquent de la composition de la ration rendraient selon les responsables du programme tout affichage superflu. La mission estime qu'un affichage de la ration au moyen de pictogrammes modulables augmenterait la transparence et la certitude des bénéficiaires d'avoir reçu la ration réglementaire.

322. Il n'existe pas de mesure standard ou de jauge étalonnée pour mesurer les rations, chaque site ou PDF prenant des dispositions ad hoc à ce sujet. Le souci de l'exactitude est parfois poussé à l'extrême : la ration de riz étant dans un programme arrêté à 24,3 Kg alors que le sac de riz est de 25 Kg, ce qui oblige le magasinier à retirer de chaque sac 700 grammes de riz !

323. Le souci d'exactitude est poussé à l'extrême à Jean Rabel (ONG : AAA) : chaque colis est pesé au moment de la réception sur une vieille balance avec une échelle en livres impériales, le résultat étant ensuite converti en kilogramme. L'huile est comptabilisée selon le cas en colis jerrycan, kilogramme ou litre. Plusieurs cadres du PAM et des partenaires ont exprimé le souhait de mesures appropriées visant à simplifier la comptabilité de tous les colis/unités intacts pour leur poids nominal, dans le but d'éliminer les différences lors de l'établissement de l'inventaire.

324. Lors de sa visite sur le terrain, la mission n'a pas eu à connaître l'existence de difficultés particulières concernant les distributions de vivres aux participants des projets VCT. La visite sur le terrain à Jean Rabel a démontré d'une manière exemplaire qu'un projet VCT alliant l'aide alimentaire à des moyens financiers permettant la mise en œuvre de matériaux et de moyens mécaniques a sensiblement plus de chance d'avoir un effet de longue durée pour la communauté. Ceci plaide pour une plus grande synergie entre les différentes agences des Nations Unies et notamment avec le PNUD et la FAO afin d'opérer un effet multiplicateur de l'aide alimentaire fournie par le PAM.

### **6.6.5 Modalités opérationnelles : Mécanismes de transport de vivres.**

325. Tout l'approvisionnement en vivres s'articule à partir de deux ports d'entrée et au départ de deux entrepôts principaux du PAM à Port-au-Prince et à Cap Haïtien. En fonction des accords de partenariat, les vivres sont soit délivrés ex entrepôt directement aux partenaires, soit délivrés par les soins de PAM Haïti sur le site ou PDF du partenaire. Au cours des 18 premiers mois de l'IPSR, le PAM a ainsi délivré quelques 18 361 MT. de produits alimentaires aux partenaires.

326. Le charroi en Haïti est disparate et en majeure partie acheté en seconde main aux Etats-Unis. Le secteur du transport est composé de nombreux petits transporteurs le plus souvent propriétaires de un ou deux camions. Il n'a pas été fait mention d'un manque de capacité de transport mis à part quelques difficultés à trouver des transporteurs acceptant de desservir des localités éloignées. L'état déplorable de certains tronçons de route et le manque de sécurité dans les zones portuaires et urbaines sont les principales entraves au mouvement des marchandises.



327. Les procédures d'appel d'offres pour les services de transport par route sont effectives et fonctionnelles, tant à Port-au-Prince qu'au Cap Haïtien. Toutes les offres sont étudiées avec le plus grand soin et des recommandations sont formulées, tenant compte des volumes à transporter, de la desserte à assurer, de la capacité du transporteur et du temps de rotation de sa flotte.

328. Les minutes et les procès verbaux du Comité de Transport sont un modèle du genre. Il en va de même pour le système mis en place pour la révision des prix en cours de contrat si l'une des composantes du prix était sujette à une augmentation importante. Le département logistique a pris deux initiatives originales qui mériteraient de connaître une application généralisée :

- Pour de nombreux transports, le Comité de Transport nomme d'office en sus du transporteur adjudicataire, un transporteur suppléant. Cette manière de procéder permet d'assurer un transport au cas où le premier transporteur serait défaillant, sans devoir procéder à un nouvel appel d'offres.
- De nombreux transporteurs sont pauvrement outillés pour assurer leur propre facturation. Afin d'éliminer d'importants retards de facturation, allant jusqu'à 5 mois, le département logistique offre ses services et ses compétences pour établir la facture et le décompte de transport en lieu et place du transporteur; ce dernier se limitant à signer la facture pour accord.
- Cette initiative a eu l'avantage pour le PAM de raccourcir sensiblement le volume des factures à recevoir. Il s'agit d'une pratique qui dans le monde des transitaires et des opérateurs de transport intermodal est d'une application assez courante surtout lorsque ceux-ci sont appelés à travailler avec des intervenants disposant de moyens limités. Le département financier du PAM Haïti formule des réserves sur cette manière de procéder. Il serait intéressant d'obtenir l'avis des services juridiques et logistiques du siège à Rome à ce sujet.

329. La mission est satisfaite de la très haute qualité de travail fourni par le Comité de Transport. Il serait cependant avantageux de dissocier l'appel d'offres pour le transport interne de Port-au-Prince et du Cap Haïtien et vice versa pour le compte du PAM, de celles des autres transports vers les sites de distribution. En effet, il s'agit d'un transport de longue distance qui n'a aucune des caractéristiques des livraisons de vivres sur site.

330. La proposition a été faite d'effectuer par mer le transport de vivres entre Port-au-Prince et Cap Haïtien. Il y a lieu de tenir compte qu'il n'existe pour le moment aucun service régulier de cabotage entre ces deux ports. Au mieux, ce type de transport a un caractère intermittent et irrégulier. Un opérateur s'est proposé pour opérer dans un proche avenir un service de transport par barge. Une position de prudence est de mise et toute décision mériterait une étude approfondie.



#### **6.6.6. Modalités opérationnelles : Transport PAM versus transport routier privé.**

331. Le PAM opère une flotte de 31 camions de type M6 (année de construction 1968) dont 10 sont en état de marche, 4 tracteurs MACK tractant des remorques articulées de 20' et un camion de tonnage moyen. Pour les programmes PP et IPSR confondus, la part du volume de produits alimentaires transportés avec les camions du PAM s'élève à 14% au départ de Port-au-Prince et à 21% au départ de Cap Haïtien.

332. La structure de la comptabilité du PAM ne permet pas d'extraire de manière simple le coût précis de l'exploitation de ce charroi. Cette flotte accuse manifestement son âge et se distingue par un coût d'entretien important, une consommation élevée et un faible degré d'utilisation. Le département logistique à Port-au-Prince procède actuellement de manière extra comptable à une étude des coûts d'exploitations. Les résultats devraient être disponibles d'ici quelques semaines.

333. Selon les données d'une récente première analyse, le coût de transport par camion PAM s'élèverait à 170 US\$ toutes destinations confondues. Le discernement s'impose toutefois dans l'utilisation de la flotte PAM celle-ci s'avérant utile et nécessaire sachant que : i) certains sites ne sont accessibles qu'avec des camions M6, ii) certains transporteurs refusent d'opérer sur certaines destination.

334. Considérant la vétusté de la flotte, le processus inéluctable/irréversible de la poursuite de sa dégradation fil du temps, l'immobilisation et la « cannibalisation » croissante du nombre de véhicules existants pour maintenir en état de marche un tout petit nombre de camions, la mission estime que le remplacement du charroi par un nombre restreint de camions neufs de type tout terrain doit être envisagé dans les meilleurs délais. L'étude en cours viendra à point nommé pour motiver cette décision.

335. Pour rappel, le budget autres Coûts Opérationnels directs (autres COD) pour l'IPSR 10382 a été arrêté à 1,7 millions \$ E.U. A l'instar de ce qui est réalisé dans d'autres pays<sup>91</sup> où le PAM opère son propre moyen de transport, le bureau pays PAM en Haïti doit être en mesure de se doter d'un embryon de flotte capable d'assurer ses transports à moindre coût et avec un niveau de fiabilité sensiblement plus élevé.

#### **6.6.7 Modalités opérationnelles des approvisionnements.**

336. Un montant cumulé de 17 051 T.M. de produits alimentaires a été débarqué au cours de cette période de 18 mois (mai 2005 - fin octobre 2006). Compte tenu de l'adjonction de stocks reportés des projets antérieurs, soit 6 715 T.M., du fait qu'il n'y a pas eu d'appel de vivres pour le volet aide d'urgence et que l'aide alimentaire ciblée de post-urgence est restée limitée à 557 T.M., la quantité globale de vivres disponible a été suffisante pour la conduite du projet.

337. L'étalement des arrivages dans le temps n'a cependant pas été satisfaisant. En même temps que des interruptions sérieuses dans l'acheminement de certaines denrées alimentaires (légumineuses et céréales), le projet IPSR a souffert également d'arrivages en quantité massive (huile) ou bien tardifs (CSB). Cela a participé à l'existence de ruptures de stocks répétées

<sup>91</sup> En 2005 WFP Nairobi a acquit et financé sur moyens propres, une flotte de 4 camions neufs ISUZU Type RDG/HS Cap. 15 MT. tout terrain



entraînant à son tour des modifications dans les rations mensuelles<sup>92</sup> (voir le paragraphe 6.5.3.). Plusieurs raisons ont pu à des degrés divers contribuer à ces ruptures de stock :

- L'absence d'un point focal à Port-au-Prince pour la gestion et le suivi de la situation du pipeline et ses diverses étapes (RR – PR et PO) ;
- Un manque de concertation entre le programme et la logistique pour l'appel des produits alimentaires et le suivi des commandes ;
- Des erreurs de saisies dans le système COMPAS qui en conséquence ne reflétait plus une situation exacte des stocks sur le terrain ;
- Un « pipeline report » qui donnait une projection pour le moins trop optimiste<sup>93</sup> ;
- Un manque de suivi des commandes en cours au niveau régional (Panama) et au siège à Rome ;
- Des difficultés d'approvisionnement sur le marché mondial notamment pour le CSB<sup>94</sup> ;
- Des achats aux conditions CIF laissant l'initiative de l'acheminement totalement dans les mains du fournisseur ;
- Le mauvais état des routes en Haïti et des transporteurs donnant la préférence à des transports plus lucratifs<sup>95</sup> ;
- La collecte fragmentaire et tardive des rapports mensuels et trimestriels des partenaires ne permettant pas de se faire une idée exacte de l'ampleur des ruptures de stock dans les divers sites et PDF.

338. La direction du PAM Haïti est restée attentive à cette situation en essayant de parer à ces ruptures de stocks par des emprunts et des prêts : i) 4 147 TM. de vivres ont été empruntés à d'autres programmes sur lesquelles il restait au 31/10/2006 un total de 2 653 T.M. à rembourser, ii) 1.636 T.M. ont été prêtées à d'autres programmes. Sur cette quantité l'IPSR doit encore récupérer près de 1.199 TM.

339. Les ruptures de stock sont d'autant plus regrettables qu'elles ne semblent pas avoir été causées par un manque de ressources financières – le projet étant fort bien financé – ni pas des difficultés logistiques extraordinaires au plan local. Le cycle et la cadence des livraisons depuis la demande de mobilisation des ressources financières jusqu'au débarquement sous palan/port haïtien est retracé en dans l'annexe 9.

#### **6.6.8. Analyse des coûts**

340. Les éléments d'appréciation suivants des coûts ont été utilisés par la mission :

<sup>92</sup> Lors de la visite sur le terrain les partenaires ont rapporté les ruptures de stock suivantes: CDS –Lascohabas rupture de riz, AAA Jean Rabel arrêt des chantiers CDT durant trois mois , CDS Dondon pas de distribution en octobre 2006, CDS Pignon pas de distribution en février et avril 2006, CDS Bienfaisance pas de CSB en juillet et septembre 2006, pas de riz en septembre et novembre 2006, Hopital de Milot pas de riz et pois en septembre, octobre et novembre 2006, CDS Trou du Nord pas de distribution en août 2006, Il s'agit de quelques uns des sites visités par la mission. L'on peut admettre qu'une situation semblable dans les nombreux autres sites que la mission n'a pas eu l'occasion de visiter.

<sup>93</sup> Le Pipeline report rédigé en mai 2005 pour la période mai – décembre 2005 fait état de nombreuses ruptures de stock. Ceci est normal en début de projet la mise en place des ressources financières s'opérant avec un certain décalage. Le pipeline report dressé en octobre 2006 laisse apparaître en rétrospective une situation quasi normale pour les dix premiers mois de l'année et un déficit pour le riz en novembre et décembre 2006 et pour les pois en novembre 2006 uniquement.

<sup>94</sup> Les multiples dérivés du CSB ( engrais, fourrage pour bétail et bio-carburant) ont un effet de déstabilisation sur le marché de l'offre et la demande.

<sup>95</sup> Sur la même relation un transporteur a effectué des transports pour des tiers privés à un taux de 120 US\$/T.M. alors que taux négocié avec le PAM était de l'ordre de 40 US\$ ;



Tableau 15: Analyse des coûts

	Taux \$ E.U. soumis à l'approbation du C.A. par T.M. mai 2005	Taux \$ E.U. révisé soumis et approuvé par ODP Rome par T.M. septembre 06	Taux réel calculé sur base fonds alloués et engagés au 28/11/2006 (*)	Taux moyen mondial WFP toutes opérations confondues 2006 – 2007 par T.M.(**)
TTEM	114,38	133,70	103,17	147,90
CAD	124,39		128,01	65,30
autres COD	37,47		31,18	8,09

\* Source: PAM Haïti ex WNGS sur la base d'une production de 24.000 MT (délivrées ou en stock)

\*\* Source: Analysis of WFP Cost components WFB/EB.A/2006/6 – G/1 dated 29 May 2006

341. Les taux réels TTEM, CAD et autres COD ne s'écartent pas sensiblement des taux soumis en début de projet à l'approbation du Conseil d'Administration du PAM. Il est donc permis d'avancer que le bureau pays mène le projet IPSR conformément au budget avancé et dûment approuvé. Ceci mérite d'être souligné.

342. En comparant les taux TTEM, CAD et autres COD de l'IPSR 10.382 avec les taux moyens mondiaux pour toutes les opérations PAM confondues, on note que le taux TTEM pour l'IPSR reste en dessous du taux moyen mondial. Le taux CAD est par contre près du double de la moyenne mondiale et le taux autres COD est près de 4 fois plus élevé que la moyenne mondiale.

343. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le fait de basculer une partie des frais de distribution payés aux partenaires de la composante TTEM dans la composante autres COD a pour effet de flatter le taux TTEM de l'IPSR et d'alourdir le taux autres COD. Toutefois, l'addition des taux TTEM et autres COD de l'IPSR reste bien en dessous de la moyenne mondiale : 134.35 \$ E.U. contre 155.99 \$ E.U.

344. Il convient de noter que les frais de distribution interviennent encore pour près de 45% dans le taux TTEM, même après le transfert d'une partie des frais des partenaires dans la composante autres COD. Le nombre très important de sites de distribution, lié à la modicité des tonnages, explique ce taux élevé. Il convient donc d'être conscient que le projet IPSR 10 328 est un projet coûteux de par sa caractéristique de distribution semblable à celle du commerce de détail. Ceci devrait inciter le bureau pays à une lecture plus critique des budgets soumis par les partenaires.

345. Le projet IPSR 10.328 se distingue aussi par un taux CAD qui est près du double de la moyenne mondiale. La lecture des différentes rubriques budgétaires permet d'expliquer, en tout cas partiellement, ce niveau élevé:

- le volet de 15% d'aide d'urgence requiert des coûts de mise en œuvre plus élevés ;
- la rémunération plus élevée du personnel international suite au climat d'insécurité (phase III) ;



- la nécessité de faire appel à un personnel international spécialisé (VAM, Log, gestion axée sur les résultats (RBM)) ;
- le manque de personnel national suffisamment qualifié<sup>96</sup> ;
- l'acquisition de matériel de communication et de sécurité (véhicules blindés...) ;
- les coûts d'une étude détaillée dans le domaine nutritionnel ;
- la suggestion fortement appuyée par le Canada, principal pays donateur, d'engager une nutritionniste en tant que consultant international<sup>97</sup> ;
- la reprise de certaines charges et coûts suite à la clôture du projet SO 10.346.0.

346. Sans vouloir mettre en cause le bien-fondé des explications avancées, la mission estime que certaines dépenses n'ont pas encore été engagées, pour exemple : le volet d'aide d'urgence ou bien encore l'étude nutritionnelle. Si un taux CAD élevé peut se justifier vu l'environnement dans lequel le PAM Haïti doit opérer, la situation sécuritaire étant un élément explicatif important du taux de CAD avancé, le devoir de vigilance pour contenir les coûts doit rester de mise.

347. Les coûts se rapportant aux trois composantes TTEM, CAD et autres COD représentent près de 30% du coût total de l'ensemble du projet IPSR 10.382. L'importance de ces coûts soulève la question d'une nécessaire recherche pour une plus grande rationalisation des objectifs poursuivis par le projet, associée à une réduction de la couverture géographique de celle-ci.

## **6.7. Rationalité comparative de l'assistance alimentaire.**

348. Les 46 750 T.M. d'aide alimentaire prévue à travers l'IPSR constitue l'instrument très certainement le plus approprié et le plus adapté pour atteindre les objectifs de l'intervention, tant au niveau macro économique de disponibilité d'aliments dans le pays que de celui des capacités d'accessibilité à une diète plus équilibrée au sein de groupes cibles, définis en premier lieu par rapport à une insécurité alimentaire, non seulement admise, mais physiquement dépitée.

349. La production nationale de produits vivriers permet de satisfaire seulement 41 % des besoins alimentaires du pays et l'aide alimentaire (6 % en 2004) constitue un élément important d'apports extérieurs en faveur de groupes démunis n'ayant pas une réelle capacité financière d'accès aux produits importés (53 % des besoins du pays). La structure de répartition de l'assistance alimentaire à travers l'IPSR montre une affectation majoritaire de 75 % en faveur de deux activités : santé/nutrition (55,5 %) et PVVIH/TB (19 %). L'action en faveur des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de 5 ans malnutris est essentielle pour les bénéficiaires. Elle apporte une réponse immédiate et concrète, en l'absence d'une autre alternative, à des groupes dépités en danger d'insécurité alimentaire dans des zones reculées et fréquemment enclavées de l'arrière pays.

350. En l'absence d'aide alimentaire, les dégâts irréversibles de croissance et de maladies chez les enfants (mortalité infantile, handicaps mentaux ou physiques) constitueraient un risque

<sup>96</sup> L'annexe du document de projet sur les coûts CAD, précise que le taux CAD élevé s'explique entre autres par le manque de personnel/consultants qualifiés ce qui accroît la dépendance sur le staff international.

<sup>97</sup> Voir document de projet annexe sur les coûts.



effectif de santé publique pour les plus démunis. La partie de l'aide à la composante VIH/SIDA et tuberculose joue un rôle clé pour accompagner très positivement la thérapie médicamenteuse des tuberculeux et des patients bénéficiant d'un traitement ARV. De plus, dans le cas des PVVIH, l'aide apporte un soutien important aux familles et permet de compenser la diminution ou l'arrêt de l'activité professionnelle de la personne adulte malade au sein du ménage.

351. L'aide d'urgence est une nécessité en cas de catastrophe naturelle et constitue de facto, l'apport indispensable le plus pressant pour satisfaire la faim immédiate des sinistrés. Les VCT (9,4 % des vivres) facilitent et encouragent la réalisation d'activités communautaires à finalité collective comme la réhabilitation des routes, le curage des canaux d'évacuation des eaux pluviales ou bien encore l'amélioration de la maîtrise des eaux de surface à des fins d'accroissement de la production agricole (irrigation...). Les vivres ont un rôle d'incitation à la fois sur la capacité de la communauté de se projeter dans un projet d'avenir et d'en retirer à court terme des effets directs importants dans les milieux ciblés.

352. L'aide alimentaire dans le domaine des VCT est la seule composante de l'IPSR dans laquelle l'alternative des vivres serait susceptible d'être remplacée en totalité ou partiellement par une rémunération en argent. Cette solution va être expérimentée très prochainement sur un petit projet pilote avec le Bureau International du Travail (BIT). L'expérience permettra de produire des enseignements, d'autant plus intéressants que le projet a prévu un mode alterné de rémunération sur une base hebdomadaire, une semaine avec des rations alimentaire (VCT) avec le PAM et la seconde semaine en numéraire par le BIT.

353. Les denrées alimentaires présentent un avantage certain d'être sous une forme consommable alors que l'argent est plus facilement orientable vers d'autres types de dépenses, au demeurant nécessaires au sein d'un ménage. L'argent dans des milieux ruraux pauvres est susceptible d'être objet de tentation pour d'autres réalisations surtout lorsque la rémunération est acquise par l'homme. L'argent n'est pas non plus une valeur d'échange stable. Il se trouve être, tout particulièrement dans les campagnes, une valeur variable et changeante selon l'évolution souvent spéculative des prix des principales denrées alimentaires (plus ou moins grande réussite de la saison agricole, soudure...).

## **6.8. Modalités et fonctionnalité du système de suivi des activités**

### **6.8.1 Périodicité du suivi des activités**

354. Les partenaires et les moniteurs du PAM ont la responsabilité de la collecte régulière des indicateurs définis dans le cadre logique du plan d'opération. Les données recueillies concernent non seulement le suivi logistique des vivres : quantités distribuées, nombre de bénéficiaires atteints, mais également l'appréciation des effets (positifs ou négatifs) obtenus sur le plan nutritionnel. A travers les visites effectuées sur le terrain, la mission a pu constater que les partenaires ne mesurent pas toujours l'enjeu et l'importance des données dont ils ont la charge de collecter dans les rapports mensuels d'activité.

355. Les 9 moniteurs du PAM (6 au Cap Haïtien et 3 rattachés au bureau pays) ont la responsabilité de visiter chacune des structures bénéficiaires selon une périodicité mensuelle. Compte tenu des restrictions de déplacement imposées par une politique sécuritaire très stricte et limitante du système des Nations Unies (mission intégrée), l'objectif de la fréquence des



visites n'est pas atteint. Le nombre très élevé de sites de distribution, lié à cette restriction de déplacement (nécessité de se déplacer avec au moins deux véhicules, amplitude réduite des horaires de travail ...) et le nombre insuffisant de moniteurs dans ce contexte sont les causes du plus grand espacement des visites sur le terrain.

356. Le travail de suivi des moniteurs est principalement centré sur le suivi logistique des vivres. Une orientation plus analytique de mesure des effets sur les bénéficiaires est en cours d'élaboration avec le concours des moniteurs et une nouvelle fiche de visite des sites devrait être disponible prochainement. De leur côté, les partenaires et/ou les centres de santé sont tenus de remettre des rapports mensuels d'activité. D'après la base de données tenue à jour de manière continue au bureau pays à Port-au-Prince, les taux de remise mensuelle des rapports avoisinaient 90% (janvier à juin 2006). La ponctualité dans la remise des rapports mensuels varie selon les partenaires. La mesure du taux de remise de rapports a dépassé 90% pour CBP, ICC et CRUDEM ; fluctué entre 81 et 92% pour CARITAS et a été constamment inférieur à 70% pour les centres MSPP (fluctuant entre 60 et 74%).

### **6.8.2. Choix des indicateurs**

357. Les indicateurs définis dans le cadre logique sont de deux ordres : des indicateurs de réalisation portant sur le niveau des distributions, la structure des bénéficiaires et des indicateurs de mesure des effets. Les indicateurs de réalisation sont globalement collectés même si le niveau de détail n'est pas aussi documenté que prévu dans le cadre logique (âge et groupe). Les indicateurs de performance et leurs méthodes de collecte retenus dans le document de projet étaient adéquats en fonction de l'approche préventive, initialement proposée, et conformes aux directives du PAM<sup>98</sup>.

358. Plusieurs indicateurs de performance ne sont pas collectés pour des raisons déjà évoquées par ailleurs et concernent la question de l'anémie et celle de l'allaitement des femmes. D'autre part, les indicateurs concernant l'appréciation du résultat n°2 : 50 % des ménages font l'expérience d'un accroissement de la fréquence et de la diversité de leur diète et 10 % du budget alimentation sont apportés par les rations ne sont pas adaptés au contexte de l'intervention. Ces informations ne relèvent pas d'un suivi mais d'un travail d'enquête. De plus, il existe un risque important d'accentuer la stigmatisation des PVVIH avec la collecte de ce type d'informations.

359. En matière de santé/nutrition et d'assistance aux PVVIH et aux tuberculeux, les indicateurs retenus répondent aux directives du document « Recueil des indicateurs de résultats » rédigé par le PAM. Le système d'information actuel intègre les indicateurs établis pour la mesure des extrants, mais ne couvre pas les indicateurs relatifs aux effets.

360. Pour le volet nutrition, quatre registres ont été élaborés, un pour chaque groupe de bénéficiaires : enfants de 6 à 24 mois, enfants de 25 à 59 mois, femmes enceintes et femmes allaitantes. A titre d'exemple, les registres des enfants incluent quatre données consignées lors de chacune des sept visites programmées par enfant (six visites de suivi dans le cadre de l'appui nutritionnel et une visite de fin de cycle sans appui nutritionnel): i) poids, ii) statut nutritionnel (PTFA, PFA or normal), iii) gain de poids  $\geq 300g$ , iv) Appui nutritionnel (si oui on non la ration

<sup>98</sup> RBM (2005) Indicator Compendium – Biennium 2006-2007



a été fournie). Les cas d'abandon, de décès et de réadmission sont notés dans la dernière colonne.

### 6.8.3 Traitement et utilisation des données

361. Les rapports des partenaires, les rapports de visite sur le terrain ne font pas l'objet d'un traitement systématique du fait que certaines données collectées sont parfois fragmentaires, incomplètes ou bien encore classées de manière disparate. Les fiches de rapports mensuels ont été récemment modifiées : les données ont été réorganisées par cohorte et des informations supplémentaires telles que les absences et les réadmissions ont été rajoutées. Cependant certains éléments d'information recueillis dans les registres ne sont toujours pas exploités comme par exemple, le nombre de rations reçues par bénéficiaire.

362. Cette donnée, aisément calculable gagnerait à être analysée en relation avec les taux de récupération, car la régularité de l'apport nutritionnel et du suivi est un des facteurs déterminants de la récupération nutritionnelle des enfants. Pour les femmes enceintes et allaitantes, le gain de poids pourrait être calculé et exploité, d'autant plus que les indicateurs de performance recommandés tels que le poids des nourrissons à la naissance ne sont pas réalisables.

363. De sérieuses difficultés sont enregistrées dans l'obtention des données au niveau de certaines associations de PVVIH. La qualité des informations générées fait parfois l'objet de questionnements : il n'existe pas de mécanismes de vérification des données issues du terrain (établissements de santé et partenaires). Les délais de recouvrement des rapports mensuels sont assez longs, bien que les partenaires aient le mandat contractuel de faciliter le processus.

364. L'organisation du suivi repose sur un système de d'information lourde et complexe : les unités de gestion de données manient un volume énorme de données. En pratique, il n'existe pas de véritable plan de suivi, établi conjointement entre les chargés de programme et les unités de gestion de données, *RBM* et *Wings/Compas*. La consultation des données en parallèle avec les données des systèmes WINGS ou COMPAS est quasi impossible étant donné que ces données sont établies sur des bases différentes. Les difficultés rencontrées au niveau du suivi du pipeline trouvent un peu l'origine dans les carences constatées.

365. Les responsables de la conduite de l'IPSR, comme la direction du bureau pays, ne disposent pas d'outils de suivi (tableaux de bord, rapports) répondant adéquatement aux exigences de la gestion du projet. Les informations requises pour la gestion routinière des opérations sont extraites à la demande. La mise en œuvre de l'IPSR est, de façon générale, peu documentée, bien que des modifications significatives aient été apportées au schéma d'intervention initialement prévu.

366. Le système de suivi évaluation défini dans le document de projet n'a pas été mis en place. Les directives envisagent la prise en compte des indicateurs requis pour le Standard Project Report (SPR), ainsi que ceux nécessaires aux exercices d'évaluation internes. Le document propose la réalisation d'enquêtes au début et à la fin du projet. Des études spécifiques sont aussi requises pour la mesure des indicateurs de résultat. Les montants alloués pour la réalisation de ces enquêtes ne sont pas explicités dans le budget.



367. D'une façon constante, la mission s'est heurtée à d'importantes difficultés/impossibilités d'obtenir des renseignements de base comme par exemple, le nombre de bénéficiaires par type de programme, et tout particulièrement des données simples croisant le nombre de bénéficiaires avec les quantités effectivement distribuées à un moment donné pour chaque composante. Les outils existants développés ne permettent d'ailleurs pas toujours de mesurer le nombre exact de bénéficiaires. Les instruments de collecte et de rapportage utilisés au niveau des points de prestation de services fournissent les effectifs de participants ; les données sur les « autres bénéficiaires » sont estimées par le système de RBM<sup>99</sup>.

368. La coordination entre les chargés de programme et les agents de suivi est assez bonne, mais les relations entre les chargés de programme et les unités de gestion de données, RBM et Wings/Compas, sont peu structurées. La coordination avec les partenaires laisse à désirer : des duplications de mandat sont enregistrées. Le déficit de coordination existant affecte aussi la gestion globale du système de suivi et évaluation. L'élaboration d'un plan d'ensemble pour la conservation et le traitement des données récoltées sur le terrain s'impose donc avec une certaine urgence.

## 6.9. Recherche de complémentarités

369. Le bureau pays PAM en Haïti est associé au programme intitulé « Initiative pour les Micronutriments » (IM) dans le cadre de la mise en œuvre de l'IPSR. La finalité de ce projet<sup>100</sup> vise un double objectif : i) inverser la tendance actuelle de la très faible consommation de sel iodé au sein de la population et d'augmenter sa production à travers la réhabilitation des marais salants, l'amélioration des pratiques, le développement d'une législation sur l'iodation du sel et le contrôle de la qualité nutritionnelle du sel importé, ii) trouver des supports alimentaires pour l'ajout de micronutriments.

370. Les données de santé publique font apparaître l'acuité des effets particulièrement désastreux de la carence en iode en Haïti : 72 % des enfants de 6 à 12 ans vivant en milieu rural ont une carence en iode. On estime que 25 000 enfants naissent chaque année avec des arriérations mentales causées par une carence en iode pendant la grossesse. Les enfants atteints de carence en iode sont aussi susceptibles de présenter des signes cliniques graves : retard de croissance, apathie, difficultés à se mouvoir, à entendre et à parler normalement, diminution des facultés mentales, etc.

371. La consommation de sel iodé en Haïti est très faible (estimée à 2 %) du fait de la piètre qualité en iode du sel produit localement [les ménagères lavent le sel avant usage pour retirer les impuretés (mais aussi l'iode)] et d'une législation probablement unique au monde autorisant l'importation de 30 000 TM/an de sel non iodé. Une nutritionniste, consultante financée par l'ACDI gère ce projet au sein de l'équipe PAM du bureau pays. Le travail vise le double objectif de faciliter l'adoption d'une législation pour l'importation de sel uniquement iodé et contribuer à l'amélioration des conditions de production au niveau local pour l'obtention d'un sel de qualité sur lequel il soit possible de renforcer les teneurs en iode.

---

<sup>99</sup> Cette approche d'estimation ne permet pas de distinguer les célibataires ou encore les familles de moins de 3 personnes, et elle calcule le genre sur la base du sexe ratio admis pour le pays.

<sup>100</sup> Projet doté d'environ 450 000 \$ EU sur une période d'une année financé par : ACDI, USAID et I.M.



372. Le sel de mer ne contient pas suffisamment d'iode pour satisfaire les besoins nutritionnels et l'iodation naturelle contenue dans le produit récolté doit être renforcée par un apport additionnel en iode. Une petite unité d'iodation du sel existe à Port-au-Prince mais elle n'a pas été en mesure de fonctionner au cours des mois écoulés, du fait de sa localisation dans une zone difficilement accessible, en raison de l'insécurité. La force des Nations Unies (MINUSTAH) a repris le contrôle de cette zone depuis début octobre 2006 mais il est envisagé de créer une nouvelle unité d'iodation plus proche des régions de production (Artibonite, Nord-Est).

373. L'intégration de l'IPSR à cette Initiative est principalement centrée sur une contribution en VCT pour la réhabilitation des marais salants détruits après le passage du cyclone Jeanne en 2004 et l'amélioration du processus de production de sel dans une perspective de création d'un système rationnel et modernisé d'exploitation. La mission a pu visiter diverses réalisations de réhabilitation de marais salants entre Gonaïve et Anse Rouge avec le concours des VCT. Une telle orientation n'est pas satisfaisante et la poursuite de l'activité dans la perspective actuelle n'est pas souhaitée du fait que les procédés en cours d'extraction du sel sont empiriques, non concertés dans un plan d'ensemble avec un résultat qui ne permet pas l'amélioration de la qualité du sel.

374. Les VCT doivent être prioritairement utilisés pour encourager la production d'un sel de qualité et les quelques 400 TM de vivres alloués à cette action, méritent d'être mis à profit dans une démarche de soutien à la mise en place d'un système cohérent d'extraction du sel. Des missions techniques sont actuellement en cours afin de définir la mise en œuvre d'installations adaptées, collectivement gérées devant permettre une appropriation de techniques simples et peu coûteuses pour produire un sel de qualité pour l'iodation, tout en contribuant à l'augmentation de la production (diminution de la lame d'eau, fréquence de renouvellement de l'eau...). Les VCT doivent prioritairement être utilisés pour soutenir les activités qui permettent l'adoption de pratiques visant l'amélioration de la qualité du sel.

375. Le second aspect de complémentarité avec le Programme « Initiatives pour les Micronutriments » vise à définir un support alimentaire permettant l'ajout de nutriments. Le support retenu s'est fixé sur la réalisation de galettes de cassave (farine de manioc). Celles-ci font partie de l'univers alimentaire des populations. Elles ont l'intérêt d'avoir la tenue et la saveur d'un biscuit, sur lequel il est possible d'ajouter des micronutriments pour l'équilibre de la diète. Cette manière de faire est très appréciée des populations, tout particulièrement des enfants et des distributions ont été initiées dans le cadre de la conduite du PP (cantines scolaires).

376. La pratique de la production de galettes de cassave est une réalité des préparations alimentaires en Haïti mais son extension à des fins nutritionnelles dans les programmes PAM est freinée par des considérations comparatives de coûts économiques. Le coût d'une galette de manioc comportant un complément de micronutriments revient à 19 cents alors que son équivalent nutritionnel sous forme de CSB est disponible à seulement 5 cents. Au-delà de cette présentation strictement financière, le développement de cette pratique présente l'avantage de favoriser la création d'emplois directs parmi les femmes, tout en constituant une incitation pour la relance de la production de manioc.



## VII. INDICATIONS SUR LA VIABILITÉ

377. L'appréciation de la viabilité sur des programmes aussi courts de deux années avec une orientation importante faite en faveur d'activités d'urgence et/ou curatives n'est, ni un élément central de la finalité recherchée, ni une durée suffisante pour mesurer de façon effective la capacité d'appropriation des réalisations par les différents acteurs de l'intervention. L'objet est ici de fournir quelques indications, tout particulièrement sur l'intérêt et la capacité des structures pérennes de l'état d'intégrer une telle assistance comme un moyen d'asseoir le rôle d'encadrement et d'assistance aux populations.

### 7.1. Volet Nutrition

378. Compte tenu des périodes et des durées de prise en charge des femmes enceintes (maximum 12 mois dont 6 durant la grossesse et 6 durant la période d'allaitement exclusif), et des enfants (six mois), il y a un renouvellement constant de bénéficiaires. Le risque de dépendance éventuelle vis-à-vis de l'aide alimentaire est limité. L'éducation pour la santé, prévue en étroite association avec le programme d'apport alimentaire, devrait contribuer à un changement des comportements et favoriser l'adoption de meilleures pratiques alimentaires, permettant ainsi de pérenniser les améliorations de l'état nutritionnel acquis grâce à l'aide alimentaire.

379. Par ailleurs, la durabilité des bénéfices nutritionnels de l'apport alimentaire ne peut être assurée que si les partenaires, et principalement le MSPP, allouent les ressources nécessaires pour améliorer la disponibilité, accessibilité et qualité des prestations de santé pour les groupes cibles. Le bureau du PAM en Haïti peut contribuer à la durabilité à long terme des acquis à travers des activités de formation visant à renforcer la capacité du MSPP.

### 7.2. Volet VIH/SIDA

380. La question de la viabilité concerne beaucoup moins les tuberculeux que les PVVIH. La tuberculose est une affection d'évolution relative stable, au plan épidémiologique, malgré la tendance à la hausse liée à l'association avec l'infection à VIH. C'est aussi une maladie curable, pour laquelle le processus de prise en charge est bien codifié. L'assistance aux tuberculeux demeure ainsi bien circonscrite dans le temps.

381. Le profil épidémiologique de l'infection à VIH est par contre peu prédictible et il n'existe pas de traitement curatif. Le support nutritionnel aux PVVIH à travers la distribution de rations sèches n'est pas envisageable sur le long terme et doit rester une intervention à caractère palliatif qui peut aider l'individu et la famille à faire face, sur le court terme, à une période critique. De même, elle permet aux prestataires de services de mettre en œuvre leur stratégie de prise en charge dans de meilleures conditions.

382. Dans une optique de viabilité, les interventions de complément nutritionnel devraient donc être articulées, à moyen terme, avec des actions visant à autonomiser les individus et leurs familles. De telles actions devraient porter sur l'augmentation de la capacité productive et du revenu des ménages. Ceci appelle donc, pour le PAM, à la recherche de partenariats avec



d'autres intervenants. Malheureusement, les stratégies actuelles de lutte contre le VIH-SIDA en Haïti accordent très peu de place à ce volet.

### **7.3. Volet VCT**

383. La question de la viabilité des réalisations entreprises dans le cadre des VCT est fonction de la nature des réalisations et de leur niveau d'appropriation par les bénéficiaires. Les réalisations à finalité collective comme la réhabilitation d'une route ou d'une piste pose la nécessaire question de l'entretien dans un contexte de précipitations souvent très violentes et dans un environnement particulièrement montagneux. Cette réhabilitation nécessite un entretien fréquent dont les modalités ne sont pas vraiment abordées dans les contrats de réalisations. L'ONG Agro Action Allemande qui travaille dans ce domaine dans le Nord-Ouest (Jean Rabel) reconnaît la difficulté d'une viabilité à long terme avec le recours aux seules techniques simples utilisées dans le VCT (bouchage des trous, dégagement des rigoles d'évacuation des eaux de ruissellement). L'absence de travail sur les sous couches entraîne nécessairement une fiabilité relative et provisoire des réalisations.

384. Pour les activités de prévention des risques naturels comme le curage des canaux de Cap Haïtien ou l'installation d'un système anti érosif sur un bassin versant, la question de la viabilité est directement dépendante de l'entretien de ces réalisations et donc de la prévision/de l'engagement fait par l'institution de gérance (municipalité, communauté...) d'entretenir obligatoirement dans la durée de telles réalisations, sachant que le travail de sédimentation risque d'anéantir en quelques mois les effets bénéfiques de l'activité.

385. La situation est semblable pour des réalisations d'actifs productifs (curage des drains des systèmes d'irrigation). Les contrats ne mentionnent pas les considérations pourtant indispensables de gestion et d'entretien. Il convient de noter que le mode d'organisation des communautés n'est pas très structuré et certains périmètres irrigués rizicoles fonctionnent sans une gestion collective des usagers de l'eau (Ferrier). Ceci est un paradoxe d'individualisme peu propice à l'organisation des tâches d'entretien et de gestion. La prise en compte de ces éléments pourtant indispensables devrait être perçue de façon plus active par les moniteurs en charge d'une première appréciation des dossiers soumis au comité de sélection du PAM.

386. La question de l'entretien des réalisations mériterait d'être prise en compte dans les dossiers même si elle reste quelque peu théorique dans la réalité, sachant que les populations considèrent, souvent légitimement, que l'entretien des réalisations collectives relèvent de l'autorité nationale, régionale, locale ou même associative. Ceci relève d'un débat universel mais il importe également que ces questions de désengagement du PAM dans le futur soit compensé par un engagement de la puissance organisatrice, à présenter au moins un plan de gestion et d'entretien des réalisations.

387. L'un des aspects particulièrement positifs des réalisations est d'avoir participé au renforcement des structures décentralisées d'encadrement, tant pour ce qui concerne les Bureaux agricoles communaux que les structures associatives. Ces initiatives aidées par le PAM sont susceptibles de favoriser dans les communautés de base, une prise de conscience et de confiance des capacités latentes des populations à s'organiser pour aller de l'avant et se sortir des situations de grandes préoccupations.



## VIII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 8.1. Conclusions

388. La mise en œuvre de l'IPSR est une réalité que la mission a eu l'occasion d'observer et d'apprécier sur le terrain pendant dix jours. Bien que l'intervention ait bénéficié d'un ressourcement de la communauté internationale important (proche de 80 % à la fin de la mission de terrain), le niveau de réalisation est très en retard (47 %) au prorata du temps écoulé depuis le démarrage du programme. Cette situation, largement développée par avant, s'explique non seulement par les difficultés de mise en œuvre (inflation du nombre des partenaires, faible maîtrise des approvisionnements, conditions restrictives liées à la situation sécuritaires...) mais surtout du fait du décalage entre une formulation de l'IPSR fondée sur une approche préventive et une mise en œuvre réalisée selon une démarche curative (volet santé/nutrition).

389. Ce changement de démarche par rapport au document de projet et la non reformulation du volet santé/nutrition ainsi que des indicateurs plus conformes dans un nouveau cadre logique est à l'origine d'un mode de fonctionnement pas toujours clair et transparent. Les nombreuses difficultés enregistrées dans l'approvisionnement et leurs conséquences sur le contenu très changeant des rations, la difficulté d'admettre des enfants éligibles malnutris du fait de la mise en place du système des cohortes dans de nombreux centres de santé, la forte variabilité des critères d'admission des PVVIH font que le programme n'a pas toujours répondu à la finalité nutritionnelle attendue, tant en regard de la version du document de projet que dans l'approche curative adoptée.

390. L'absence de reformulation du document de l'IPSR en fonction des réalités effectives de l'intervention est particulièrement gênante du fait que les indicateurs ne sont plus vraiment pertinents. Dans la réalité, les quatre volets de l'intervention sont très indépendants les uns des autres avec quasiment peu ou pas de complémentarité entre elles. De ce fait, il n'est pas souhaitable de les amalgamer pour une conclusion d'ensemble alors que chacun a été conduit de façon autonome.

#### ➤ Volet Nutrition

391. Dans sa conception, le volet Nutrition s'inscrit dans les orientations de la Politique nationale de nutrition (PNN) adoptée en 2001, et s'aligne avec les objectifs et stratégies du PAM. Par contre, la capacité d'exécution des partenaires – tant en ressources humaines que matérielles - n'a pas été suffisamment prise en compte lors de la formulation. En effet, l'approche progressivement préventive prévue dans le document de projet implique une plus grande capacité d'absorption et d'exécution du MSPP ainsi que de ses partenaires, notamment les ONG.

392. Compte tenu de ces contraintes, le bureau du PAM en Haïti a opté pour la récupération nutritionnelle aux dépens de l'approche préventive. Les objectifs et résultats escomptés et les indicateurs de suivi et évaluation adoptés lors de la conception du projet n'ont pas été correctement réajustés en conséquence. Ceci a entraîné des écarts entre les objectifs et les réalisations, et des difficultés à suivre l'évolution de l'activité et d'en évaluer les bénéfices, et ce malgré les efforts du bureau pays pour renforcer les capacités de ses partenaires et de leur fournir les outils nécessaires pour le suivi et l'évaluation. Par ailleurs, de sérieux problèmes



d'approvisionnement ont entravé la distribution des rations prévues compromettant ainsi l'atteinte des objectifs nutritionnels.

➤ **Volet VIH/SIDA et TB**

393. La production de résultats allant largement au-delà des attentes initiales constitue le principal point positif à mettre à l'actif du volet d'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux tuberculeux de l'IPSR. Cependant, le bilan d'ensemble s'avère nuancé. Ainsi, l'approche d'intervention manque de clarté, bien qu'elle reste conforme aux politiques du MSPP de même qu'aux priorités et stratégies du PAM. Elle poursuit, en effet, l'objectif de sécurisation des conditions de vie des ménages, mais se développe comme un appui à la prise en charge des sujets malades.

394. Le modèle d'intervention choisi, basé sur l'intégration et le partenariat, présente un intérêt certain mais le PAM n'en a pas tiré le meilleur profit à cause de mécanismes opérationnels insuffisamment élaborés. D'un autre côté, les efforts louables déployés pour faire face à la complexité de la problématique de prise en charge des PVVIH sont malheureusement fort peu documentés et certains aspects, notamment la stigmatisation, ne sont pas adressés.

395. Le Bureau Pays a été confronté, dans le pilotage de l'IPSR, à des contraintes majeures, liées à la conjoncture socio politique, aux défaillances structurelles du système de santé et aux capacités opérationnelles de ses partenaires. Les propres limitations organisationnelles du PAM, en matière de planification, coordination et suivi, ont aussi influencé de manière significative la mise en œuvre de l'intervention, affectant notamment la mesure des effets de l'IPSR. Nonobstant, le potentiel pour l'amélioration de la qualité et de la performance de cette intervention demeure élevé à l'intérieur du dispositif établi, moyennant des ajustements largement réalisables.

➤ **Volet VCT**

396. La mise en place des activités de VCT est effective et permet d'accompagner quelques 23 projets, majoritairement centrés sur des actions curatives de réhabilitation de routes/pistes, d'évacuation des sédiments dans les canaux d'évacuation des eaux pluviales dans les zones urbaines ou dans le lit des rivières. Ces activités ne sont pas à proprement parler des créations d'actifs mais des entretiens d'actifs et devraient être pris en compte dans des activités de prévention des catastrophes naturelles.

397. La durée prévue pour la conduite des projets de VCT est très courte ce qui influence la détermination des contenus vers des opérations, le plus souvent de prévention et de réhabilitation après les dégâts occasionnés par la très forte érosion hydrique. Les réalisations conduites par Agro Action Allemande dans les actions de traitement des bassins versants permettent une bonne intégration des aspects de prévention avec ceux de production. La mesure des effets sur l'amélioration des revenus des ruraux est très spectaculaire et de tels résultats gagneraient à être diffusés sur une plus large échelle auprès de futurs postulants à l'assistance.



➤ **Volet Urgence**

398. L'initiative du bureau pays de préparer un plan fonctionnel avec les différentes agences américaines distribuant de l'assistance alimentaire en Haïti contribue à la mise en place d'une excellente démarche qui permet de connaître selon les termes fixés, la réalité des stocks disponibles pré positionnés dans les différentes régions géographiques du pays.

➤ **Volet Logistique**

399. Sur le plan de la logistique, la complexité du programme IPSR 10.382 ne procède ni du volume des produits alimentaires à acheminer mensuellement sur les sites de distribution, ni des carences propres à l'environnement économique en Haïti, ni d'une quelconque pénurie de moyens ou compétences en matière de logistique, ni de l'existence d'un climat endémique d'insécurité et encore moins d'une absence apparente de support de la part des autorités du pays. Tout au long du programme le bureau pays a démontré son savoir-faire pour venir à bout de chacune de ces difficultés.

400. Ce sont par contre le nombre fort élevé de PFD à desservir mensuellement, la dispersion des sites sur un terrain souvent hostile et la modicité des tonnages qui font de l'IPSR 10.382 une opération extrêmement complexe qui ne trouve que son égal dans l'industrie de la grande distribution. La complexité du programme explique en partie le coût extrêmement élevé de sa gestion. Cette constatation doit conduire le bureau pays à rechercher une économie d'échelle à travers une plus grande synergie avec d'autres partenaires. Les bénéficiaires ont du subir les conséquences de ruptures de stock répétées qui sont d'autant plus regrettables qu'à tout moment l'IPSR 10.382 a été correctement financé et que les difficultés de logistique sur le terrain étaient correctement maîtrisées.



## **8.2. Recommandations**

### **8.2.1 Pertinence de l'intervention**

#### **Avant la fin de l'actuel IPSR**

##### **☛ Bureau Pays PAM**

- Reformuler le cadre logique de l'IPSR en fonction de la démarche d'intervention retenue, de manière à ce que le système de suivi puisse se caler sur les indicateurs définis.

#### **Pour la prochaine intervention**

##### **☛ Bureau Pays PAM**

- Conduire à l'échelle nationale une étude de sécurité alimentaire et de vulnérabilité (VAM) en incluant la problématique nutritionnelle, afin de réévaluer la validité du ciblage géographique.
- Associer l'USAID, les 4 grandes ONG américaines et la CNSA à l'organisation d'un tel travail de référence afin d'assurer par la suite une couverture adaptée des besoins et des zones selon la démarche la plus appropriée.
- Rédiger dans la langue de travail du pays, à savoir le français, l'ensemble des documents d'analyse (VAM) et de référence (document de projet...) soutenant les interventions du PAM dans le pays.
- VIH/SIDA-TB : Reformuler les objectifs de l'assistance de manière à mieux cerner et couvrir les deux dimensions de cette problématique, identifiées dans les politiques du PAM : d'une part, le support à la prise en charge des sujets malades et, d'autre part, l'appui à la sécurisation des ménages fragilisés du fait de la maladie.
- VIH/SIDA-TB : Impliquer les malades et les associations concernées dans la définition des interventions futures et dans le pilotage des activités, au niveau institutionnel et/ou départemental.

### **8.2.2 Analyse des liens entre l'évaluation de la vulnérabilité et la programmation**

#### **Avant la fin de l'actuel IPSR**

##### **☛ Bureau pays PAM :**

- Réévaluer périodiquement l'allocation du nombre de bénéficiaires aux centres de santé, en fonction des besoins réels et de leur capacité (personnel, capacité de stockage) En cas de maintien du système de contingentement dans les CDS, prendre les dispositions pour raccourcir les délais d'entrée sur une base mensuelle (en fonction des sortants).
- VCT : Initier des activités de prévention des risques naturelles (maîtrise des eaux de surface) à hauteur d'au moins 10 % du niveau du stock du volet urgence.
- VCT : Réserver l'affectation des vivres du projet AMURT pour la mise en œuvre de nouvelles conditions et pratiques d'extraction capables d'aider les producteurs à livrer un sel de bonne qualité, propice à l'iodation (arrêter l'assistance en cours aux pratiques traditionnelles).



☞ Le Bureau pays PAM en concertation avec le MSPP :

- Décider du choix de l'approche – préventive et/ou curative - des enfants en fonction des politiques nationales et de la capacité des partenaires en ressources humaines et matérielles.
- Maintenir l'approche curative pour les femmes enceintes en appliquant des critères de sélection anthropométriques tels que la circonférence du milieu du bras (CMB) ou les indicateurs de poids et taille inférieurs à un seuil donné tels que définis par le Bureau de Nutrition/MSPP.
- Rechercher des effets synergiques en ciblant directement d'une part, les PVVIH et Tuberculeux à travers un volet « santé/prise en charge des PVVIH » et d'autre part, l'entourage des malades avec le volet « sécurisation des conditions de vie ».

**Pour la prochaine intervention**

☞ MSPP/Bureau de Nutrition

- Le Bureau de Nutrition/MSPP devrait, avec l'assistance technique et financière de ses principaux partenaires, mettre à jour le Manuel des Normes pour les Programmes d'Intervention Nutritionnelle afin d'uniformiser les interventions financées et/ou exécutées par divers partenaires.

**8.2.3 Ciblage (préventif/curatif, géographique)**

**Avant la fin de l'actuel IPSR**

☞ Bureau Pays PAM:

- VIH/SIDA : Créer, en concertation avec le MSPP, un groupe de travail conjoint en vue de mettre au point, sur la base de l'expérience menée avec les associations de PVVIH, un outil de sélection des bénéficiaires alliant paramètres d'ordre médical et considérations à caractère socioéconomique.
- VIH/SIDA : Recenser avec le concours des associations de PVVIH, les points de prestation fréquentés par les patients bénéficiant de l'IPSR.
- VIH/SIDA-TB : Dialoguer avec l'UCC<sup>101</sup> et le PNLT<sup>102</sup> des stratégies d'intégration des services nutritionnels intégrés dans la prise en charge globale des PVVIH et tuberculeux de manière à pouvoir répondre aux besoins spécifiques de ces patients et améliorer leur état de santé.

**Pour la prochaine intervention**

☞ Bureau Pays PAM:

- Santé/Nutrition : définir l'approche en concertation avec le MSPP (ciblage géographique avec ou sans ciblage individuel), en fonction des politiques et stratégies nationales et de la capacité technique et logistique des partenaires.
- Santé/Nutrition : Redéfinir le profil des bénéficiaires par zone géographique en intégrant toutes les données informatives contenues dans la publication à venir des résultats EMMUS IV.

<sup>101</sup> U.C.C. : Unité de Contrôle et de Coordination du Programme national de lutte contre le SIDA

<sup>102</sup> PNLT : Programme national de lutte contre la tuberculose



- Urgence : Mettre en place un système de VCT pour des actions préventives de protection contre l'érosion hydrique (à hauteur d'au moins 25 % du volet). L'allocation non utilisée dans le cadre strict de l'urgence sera allouée au prorata du temps écoulé, à la conduite d'autres activités VCT de prévention.
- VCT : Rechercher des synergies avec les autres volets de l'intervention et réserver un quota d'au moins 50 % à des activités spécifiques visant la création d'actifs productifs.
- VIH/SIDA-TB : Cibler les bénéficiaires de préférence à travers les établissements de santé, dûment qualifiés pour cette prise en charge.
- Etendre le réseau des prestataires/partenaires d'intervention de manière à pouvoir couvrir adéquatement les participants au programme.

#### **8.2.4 Partenariat**

##### **Avant la fin de l'actuel IPSR**

###### **☛ Bureau pays PAM :**

- Urgence : Etablir une lettre d'entente avec l'USAID et les ONG opérationnelles américaines définissant les modalités d'accès, de réciprocité et de coordination pour l'utilisation des stocks de vivres pré positionnés dans le pays.
- Urgence : Encourager et assister la Direction de la Protection Civile à mettre en place une structure responsable et opérationnelle d'intervention.
- Santé/Nutrition : Définir des paramètres pour évaluer la capacité des ONG partenaires (ressources humaines et matérielles) à la prise en charge des bénéficiaires selon les normes établies par le MSPP.
- VIH/SIDA-TB : Etablir, avec les Directions Départementales du MSPP, des programmes conjoints d'action axés sur la coordination des interventions, la supervision, la gestion de l'information, la formation du personnel.
- VIH/SIDA-TB : Inclure dans les termes des contrats signés avec les partenaires les indicateurs de performance à satisfaire, en assurant une bonne complémentarité avec les responsabilités du PAM.
- VIH/SIDA-TB : Rechercher des complémentarités avec les organisations ayant des activités de micro crédit et/ou le développement local au niveau des zones d'intervention du PAM (CARITAS, Fondasyon Kole Zepol (FONKOZE)...).
- VCT : Faire figurer dans le contrat de partenariat les engagements et/ou les conditionnalités de bonne gestion et d'entretien des réalisations assistées par le PAM.
- Logistique : Exercer un contrôle conjoint et simultané (cellules « programme » et « logistique » PAM) pour vérifier le montant et la clé de répartition des frais généraux des partenaires pour l'ensemble de leurs contrats de prestations de services en cours.
- Logistique : Adapter et compléter le texte des accords de partenariat par des obligations spécifiques à la collecte des informations visant à mesurer l'impact de l'assistance.

###### **☛ MSPP**

- Santé/Nutrition : Mettre en application le décret concernant la gratuité des soins prénatals, en particulier la disponibilité et gratuité des suppléments en fer et des tests d'anémie.



## Pour la prochaine intervention

### ☛ Bureau Pays PAM:

- Elaborer avec le Ministère de la Planification une « Lettre d'Entente » définissant les objectifs et les moyens à mettre en œuvre par les partenaires pour le développement satisfaisant du programme.
- Etablir, avec les établissements de santé des accords formels orientés explicitement vers la prestation de services de qualité, répondant aux normes nationales et compatibles avec les standards du PAM.
- Développer des partenariats spécifiques avec des acteurs intéressés à l'encadrement économique et social aux PVVIH, notamment en matière d'orientation, de formation professionnelle, de micro crédit, d'appui spécifique aux femmes, etc.
- Favoriser la mise en place d'un système concerté d'apports complémentaires aux seules denrées (moyens financiers, matériaux...) avec des partenaires d'encadrement, de manière à soutenir des projets plus ambitieux et surtout mieux structurés quant à l'appropriation par les bénéficiaires et à la viabilité dans le temps.
- Logistique : Préciser de manière plus explicite dans les accords de partenariat, l'identité des partenaires auxquels incombe la responsabilité de la distribution des vivres aux PDF, de manière à éviter dans la mesure du possible, de soustraire du personnel médical de sa fonction primaire.

### ☛ Siège du PAM/Rome

- Logistique : Simplifier avec le siège du PAM à Rome la procédure de comptabilisation des frais à payer au partenaire dans le cadre des contrats de partenariat (FLA).

## 8.2.5 *Suivi – Evaluation*

### Avant la fin de l'actuel IPSR

#### ☛ Bureau pays PAM :

- Santé/Nutrition : Ajuster les indicateurs de résultats en fonction des objectifs et de l'approche adoptée.
- Santé/Nutrition : Ajouter des indicateurs de processus permettant une analyse plus complète des résultats.
- Renforcer les visites de suivi aux centres de santé sur la base des taux de récupération des enfants.
- VCT : Elaborer un tableau du coût de la ration par rapport au coût de la ration dans les différentes zones géographiques d'intervention.
- VCT : Mettre en place un système de suivi cohérent et identique pour les deux bureaux PAM en croisant les variables du nombre de bénéficiaires avec celles des quantités de vivres distribuées.
- VIH/SIDA-TB : Inclure des indicateurs de processus permettant d'apprécier la qualité des services offerts.



- VIH/SIDA-TB : Elaborer (chargés de programmes et unités de gestion de données) un plan de suivi tenant compte des besoins des intervenants aux différents niveaux du processus.
  - VIH/SIDA-TB : Assurer le contrôle de la qualité de l'information des rapports préparés par les partenaires, en relation avec le travail de suivi et de vérification conduit par les moniteurs.
  - VIH/SIDA-TB : Renforcer le suivi de la qualité et de la performance à travers l'analyse trimestrielle de l'évolution des cohortes.
  - VIH/SIDA-TB : Réviser les mandats et descriptions de tâches pour une implication accrue des acteurs de terrain (établissements de santé, partenaires).
- ☞ Bureau Pays PAM et Directions départementales:
- VIH/SIDA-TB : Réviser les supports d'information et le processus de gestion avec le souci de limiter le nombre de dépôts d'information et restreindre l'accès aux informations sensibles au personnel directement engagé dans la prise en charge.
  - VIH/SIDA-TB : Organiser, en collaboration avec les Directions départementales du MSPP, des sessions trimestrielles d'analyse et synthèse des résultats.

### **Pour la prochaine intervention**

☞ Bureau Pays PAM:

- Santé/Nutrition : Redéfinir les objectifs, résultats attendus et indicateurs de suivi et de performance en fonction de l'approche adoptée.
- VIH/SIDA-TB : Ajuster les indicateurs de résultats par rapport aux objectifs poursuivis, notamment pour couvrir la dimension d'amélioration de l'état de santé des PVVIH et tuberculeux.

### **8.2.6 Approvisionnement/organisation logistique**

#### **Avant la fin de l'actuel IPSR**

☞ Bureau Pays PAM :

- Renforcer le suivi des commandes de vivres à tous les niveaux, surtout au niveau siège et régional afin d'assurer une ration régulière et complète aux bénéficiaires.
- Elaborer et diffuser des directives concernant l'organisation des distributions des rations. (fourniture de mesures étalonnées pour la distribution des rations et mise à disposition de tableaux avec pictogrammes modulables pour afficher la composition et la hauteur de la ration mensuelle.)
- Imprimer des nouvelles fiches de stock sur un support plus durable et solide.
- Clarifier avec le département juridique PAM/Rome, le bien-fondé d'une facturation émise par la cellule logistique PAM Haïti pour le compte de transporteurs tiers.
- Différencier les appels d'offres de transport en i) « longue distance » : d'entrepôt PAM à entrepôt PAM et ii) les transports et remises de vivres sur sites.
- Finaliser l'étude des coûts de transport de la flotte du PAM et élaborer un dossier comparatif d'opportunité pour l'acquisition d'un parc de transport adapté et rationnel.



- Procéder à l'examen critique de toutes les composantes du budget CAD dans le but de diminuer sensiblement le coût de la gestion du programme et de se rapprocher de la moyenne mondiale du PAM pour la composante CAD.
- Prévoir un cadre hautement qualifié à la fonction de « pipe-line officer » ; compléter et approfondir la formation du staff aux multiples applications du système COMPAS ; former des cadres maîtrisant la technique pour calculer correctement la matrice TTEM ;

☛ Siège du PAM/Rome

- Clarifier avec MSC Genève, les accords de représentation maritime au port de Cap Haïtien.
- Organiser pour un responsable de la « logistique » du bureau pays, la visite des ports de transit à Freeport et Kingston et la rencontre sur place des agents maritimes.
- Inviter le PAM/Rome à des fins de simplification, de revoir ses instructions en matière de comptabilisation des stocks de vivres. (Poids uniforme par colis ou unités)

### 8.2.7 Aspects genre

#### Avant la fin de l'actuel IPSR

☛ Bureau Pays PAM:

- Maintenir la préséance accordée aux femmes dans les interventions actuelles en matière de VIH/SIDA.
  - Faciliter l'éligibilité de projets VCT en faveur des femmes pour la création d'actifs productifs.

#### Pour la prochaine intervention

☛ Bureau Pays PAM:

- Développer des activités spécifiques de sensibilisation/formation des partenaires opérationnels à la problématique du VIH-SIDA chez les femmes.

### 8.2.8 Renforcement des capacités

#### Avant la fin de l'actuel IPSR

☛ Bureau Pays PAM

- Encourager une meilleure intégration/contribution dans le programme IPSR du personnel spécialisé disponible (VIH/SIDA, Nutrition, Information/Communication), tant au niveau des réalisations sur le terrain que pour la formation des homologues nationaux PAM.
- VIH/SIDA : Organiser la tenue de réunions de planification annuelles et d'activités trimestrielles de suivi (visites de terrain, revue de rapports, sessions d'évaluation, ...).
- VIH/SIDA : Formuler et mettre en œuvre, avec les Directions départementales, des stratégies institutionnelles de lutte contre la stigmatisation.
- VIH/SIDA : Appuyer la production de services dans les établissements de santé, à travers : i) la diffusion d'outils de travail (algorithmes, matériels éducatifs, manuels de



- normes), ii) la formation à la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des tuberculeux, iii) la supervision axée sur l'organisation des services et la qualité des soins.
- Renforcer le nombre des moniteurs de 3 à 4 unités, de manière à respecter la norme d'une visite mensuelle de chaque site (PDA et PDF).
  - Procéder dans les plus brefs délais à la désignation/au recrutement d'un chargé d'approvisionnement (« pipeline officer »), uniquement responsable du suivi du flux des vivres à travers le système ainsi que des contacts avec les bureaux au niveau régional et du siège. Vérifier avant de procéder à un recrutement externe, l'opportunité d'une affectation interne, à travers une réorganisation des tâches et des rôles au sein du personnel des départements « logistique » et « programme ».
  - Assurer une initiation/formation approfondie au système COMPAS pour au moins 3 agents dans chacun des sous bureaux (Port-au-Prince et Cap Haïtien), de manière à améliorer la fiabilité des rapports et la maîtrise de toutes les possibilités analytiques du système.
  - Former et entraîner deux agents supplémentaires aux travaux de préparation et de révision de la matrice TTEM. Outre une bonne compréhension des divers éléments intervenant dans la composition de la matrice, ils devront être en mesure de déterminer l'impact sur le taux TTEM en cas de fluctuation et variation d'un des éléments de la matrice.

### **Pour la prochaine intervention**

#### **☞ Bureau pays PAM :**

- Santé/Nutrition : Poursuivre l'organisation des sessions de formation des partenaires en impliquant les départements des ministères concernés tels que le Bureau de Nutrition dans l'animation des sessions.
- Santé/Nutrition : Utiliser les sessions annuelles de formation pour distribuer du matériel didactique et des supports éducatifs aux représentants des centres de santé.



# Annexes

- 1. MANDAT DE L’EVALUATION**
- 2. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**
- 3. LISTE DES SITES VISITES**
- 4. CADRE LOGIQUE DE L’IPSR**
- 5. BIBLIOGRAPHIE**
- 6. INDICATEURS SOCIO SANITAIRES ESSENTIELS EN HAITI**
- 7. RESUME VISITES AUX CENTRES DE SANTE – VOLET NUTRITION**
- 8. TABLEAU DE RESSOURCEMENT DE L’IPSR**
- 9. ARRIVAGE ET DEBARQUEMENT DES VIVRES EN HAÏTI POUR LE PROGRAMME IPSR 10.382**





## Annexe 1 : Evaluation de l'IPSR 10382.0 2005-07 en Haiti Mandat (VF)

### Introduction

Haïti, avec ses 8,3 millions d'habitants, est l'un des pays les plus pauvres au monde (154<sup>ème</sup> sur 177 selon l'index de développement humain du PNUD<sup>103</sup> en 2006), chroniquement instable que ce soit au niveau politique, économique ou social. Les espoirs de consolidation du processus démocratique ont été constamment frustrés depuis 1986. L'investiture de René Préal le 15 mai 2006 marque l'ouverture d'une période propice au dépassement de la polarisation politique, de la criminalité et du déclin économique qui caractérisent Haïti. Par ailleurs, ce pays est également régulièrement frappé par des catastrophes naturelles qui ont ainsi causé plus de 5000 morts en 2004.

Le PAM est présent à la fois sur les opérations d'urgence, de réhabilitation mais aussi de développement. Au niveau des volumes d'aides alimentaires fournis, le PAM en Haïti est le bureau du PAM le plus important sur l'ensemble du continent américain.

Afin de prendre en compte la complexité de la situation à laquelle Haïti est confrontée, le PAM a opté pour une consolidation des opérations d'urgence et de réhabilitation ainsi que d'une partie du programme pays au sein d'un seul programme intitulé 'intervention prolongée de secours et de redressement' (IPSR) présenté plus en détail plus loin. Par ailleurs le programme pays continue avec une intervention dans le domaine des cantines scolaires dont l'objectif est l'amélioration du niveau nutritionnel des bénéficiaires, du taux de scolarisation ainsi que du niveau de concentration des élèves dans plus de 300 écoles primaires dans le pays.

	IPSR	PP
Période	Mai 2005 – Avril 2007*	2003 – 2007
Budget total (dollars E-U)	40 millions	30 millions
Tonnage prévu	46 750 tonnes	45288 tonnes
Bénéficiaires prévus	550 000	230 000

Sera probablement prolongé jusqu'à la fin 2007.

### 2. Présentation du programme faisant l'objet de l'évaluation

Comme l'a montré le tableau précédent L'IPSR 10382.0 est la plus importante des deux interventions du PAM dans le pays.

**La finalité** de l'intervention est de contribuer à :

- La priorité stratégique 2 : protéger les moyens de subsistance des populations dans les situations de crise.
- La priorité stratégique 3 : améliorer la santé et l'état nutritionnel des enfants, des femmes et autres groupes vulnérables.

Dans ce contexte, l'intervention s'est fixée les **trois objectifs** suivants :

- Augmenter la capacité du PAM à répondre de manière adéquate et dans les temps aux besoins alimentaires des populations affectées par les catastrophes ou troubles civils et ce de manière ciblée.

<sup>103</sup> Programme des Nations Unies pour le Développement.



- Augmenter la capacité des populations vulnérables et affectées par l'insécurité alimentaire à gérer les chocs/stress, de sécuriser les moyens de subsistance et de subvenir à leurs besoins alimentaires.
- Améliorer la santé et le statut nutritionnel des enfants, des mères et autres personnes vulnérables à travers des activités de nutrition.

Afin d'atteindre ces objectifs l'IPSR prévoit **deux composantes majeures** :

- Composante secours : Cette composante doit permettre au PAM d'intervenir rapidement aux besoins d'urgence au niveau national, via des distributions générales limitées dans le temps. 15% des ressources en nature sont allouées à cet effet.
- Composante réhabilitation (85% des ressources en nature) : Cette composante intègre des activités de santé/nutrition via les centres et institutions de santé, pour les groupes vulnérables (mères/enfants; personnes vivant avec le VIH/SIDA ou la tuberculose), la promotion et distributions d'aliments fortifiés, ainsi que des activités contribuant à soutenir les moyens de subsistance, via des activités communautaires de « vivre contre travail ». Certaines de ces activités sont prévues au niveau national (HIV-TB, vivres contre travail) alors que d'autres font l'objet d'un ciblage géographique (santé maternelle et infantile).

### 3 . « Principes » de l'évaluation

La **finalité** de l'évaluation est double :

- **Transparence** : Assurer la transparence des interventions du PAM, non seulement vis-à-vis de son Conseil d'Administration mais aussi vis-à-vis des donateurs, des partenaires sur le terrain et des bénéficiaires fait partie intégrante de la politique d'évaluation du PAM. C'est dans cette perspective que le programme de travail biennal du PAM<sup>104</sup> approuvé par le Conseil d'Administration prévoit l'évaluation de l'IPSR en Haïti.
- **Enseignements** : La seconde finalité de l'évaluation est de tirer les leçons de l'expérience acquise au cours de cette intervention par les différentes parties prenantes mais avant tout par le PAM, contribuant ainsi à la conception éventuelle d'une prochaine intervention en Haïti. Par ailleurs, les leçons tirées de cette évaluation seront intégrées à celles d'autres évaluations permettant ainsi de dégager les enseignements clés au niveau institutionnel.

Les **principaux utilisateurs** de l'évaluation seront donc le PAM et son Conseil d'Administration, le gouvernement Haïtien ainsi que les principaux partenaires du PAM en Haïti.

L'**objectif** principal de l'évaluation est d'analyser la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la viabilité de l'IPSR et d'en tirer des conclusions sur base des quelles des recommandations stratégiques et opérationnelles, notamment en vue d'une éventuelle prochaine intervention, seront dégagées. Il n'est pas prévu d'évaluer l'impact de l'intervention, celle-ci étant toujours mise en oeuvre<sup>105</sup>.

<sup>104</sup> WFP, Biennial management plan (2006-2007). WFP/EB.2/2005/5-A/1

<sup>105</sup> Selon l'OCDE, l'impact se définit comme suit: effets à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non.



Les **principales parties prenantes** de cette évaluation sont le PAM (siège, bureau régional<sup>106</sup> et bureau pays), le gouvernement de Haïti, les partenaires, les donateurs, les opérateurs et les bénéficiaires.

Le **champ** de l'évaluation est l'IPSR 10382.0. Cela dit, cette intervention étant la consolidation d'interventions antérieures, la manière dont les conclusions, leçons et recommandations tirées de ces interventions ont été prises en compte dans l'IPSR sera analysée. L'IPSR a, pour certaines de ses activités, une couverture nationale. L'évaluation quant à elle ne pourra en aucun cas être exhaustive et couvrir l'ensemble des régions où le PAM intervient, mais donnera une attention particulière aux régions prioritaires pour le PAM, à savoir le Nord, Nord Est et l'Ouest.

#### 4. Les questions clés (suivant les critères d'évaluation)

Les critères d'évaluation utilisés sont ceux définis par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

##### 4.1 Pertinence

**Mesure selon laquelle les objectifs de l'action correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds.**

Selon le manuel du PAM<sup>107</sup>, la principale question à se poser à ce niveau est la suivante : les objectifs de l'opération répondent-ils aux besoins des bénéficiaires et sont-ils en ligne avec les politiques du PAM ainsi que celles du Gouvernement ?

Répondre à cette question implique essentiellement d'analyser la mesure selon laquelle:

- Le choix des finalités de l'IPSR est pertinent par rapport aux besoins prioritaires du pays<sup>108</sup>.
- Les finalités de l'IPSR s'inscrivent dans le processus de paix et de stabilisation du pays, ce qui implique d'analyser aussi la capacité d'adaptation de l'IPSR aux évolutions du contexte politique et de la sécurité, sachant que ces éléments restent très volatiles. L'IPSR, dans sa conception et suite aux adaptations éventuelles liées aux évolutions du contexte, appuie ou diffère des priorités du nouveau gouvernement<sup>109</sup> et s'inscrit dans les politiques sectorielles (principalement santé et nutrition) correspondantes à son domaine d'action.
- L'IPSR appuie la stratégie unifiée de stabilisation post électorale des NU<sup>110</sup> ainsi que l'atteinte des objectifs de développement pour le millénaire.
- Les personnes ciblées par l'IPSR sont les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire. Le ciblage géographique de certaines activités est opportun.

<sup>106</sup> Afin d'assurer au maximum l'implication du siège et du bureau régional il est prévu d'une part un briefing et debriefing au siège ainsi que la participation du bureau régional à la fin de la mission d'évaluation et au debriefing en Haïti.

<sup>107</sup> WFP, Monitoring and evaluation guidelines. Module 5: how to plan an evaluation?.

<sup>108</sup> Par exemple, les besoins en renforcement des capacités au niveau national sont très importants. Cependant la priorité stratégique n° 5, considérée comme prioritaire au niveau de la région, n'a pas été retenue.

<sup>109</sup> Dont les deux principales priorités pour les 5 prochaines années sont la reconstruction de l'Etat et la création de biens (assets). Voir aussi le Plan d'apaisement social (PAS) présenté durant l'été 2005 aux partenaires.

<sup>110</sup> Bureau du Coordinateur Résident des Nations Unies, Mai 2006, 'Exercice de planification du système des Nations Unies. Vers une stratégie unifiée de stabilisation post électorale en Haïti', Document de travail.



- Les besoins des bénéficiaires (5 groupes identifiés en annexe V du document de projet) ont effectivement été pris en compte, notamment par le biais de l'enquête d'analyse de la vulnérabilité menée en 2004 et publiée en 2005<sup>111</sup>, ou toute autre étude pertinente sur ce sujet.
- Les objectifs de l'IPSR s'inscrivent dans les politiques du PAM notamment avec les priorités stratégiques (2 et 3) auxquelles elle contribue.
- Le choix de recourir à une IPSR, plutôt qu'une autre modalité d'intervention, est judicieux.

## 4.2 Efficacité

**Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement ont été atteints, ou sont en train de l'être, compte tenu de leur importance relative.**

A ce niveau la question est principalement de savoir dans quelle mesure les objectifs de l'opération ont été atteints, et si les réalisations (« output »<sup>112</sup>) ont conduit aux résultats (« outcome») prévus.

Répondre à cette question implique notamment, d'examiner, pour **chaque composante/activité** de l'intervention :

- Les réalisations effectives, de les comparer avec celles qui étaient prévues (voir cadre logique).
- Les résultats effectivement atteints en fonction des réalisations et de les comparer avec ceux qui étaient initialement prévus (voir cadre logique).
- Les bénéficiaires effectivement touchés avec ceux qui étaient initialement visés.
- La mesure selon laquelle, les trois objectifs initialement prévus seront atteints.
- Les résultats inattendus positifs comme par exemple la création d'emploi ou les contributions aux efforts de développement durable, ou qui le sont moins comme les effets de l'aide sur la dignité et la sécurité des bénéficiaires ou encore la dépendance éventuelle à l'aide alimentaire.

## 4.3 Efficience

**Mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe**

Lorsque l'on s'interroge sur l'efficience on se pose principalement la question de savoir si les aliments et les autres produits ont été disponibles à temps, dans les quantités et qualités adéquates, si les activités ont été mises en œuvre à temps et en respectant le budget prévu et si les réalisations ont été menées de manière économique.

<sup>111</sup> WFP, 2005, 'Food security and vulnerability analysis report (September to October 2004).

<sup>112</sup> Selon l'OCDE – CAD, «output» se définit comme les biens, équipements ou services qui résultent de l'action de développement et «outcome» se définit comme suit : effet direct ou ce qu'une action doit accomplir ou a accompli à court ou à moyen terme.



L'évaluation se penchera en particulier sur les points suivants :

- Ressources financières. La disponibilité des fonds est la première étape permettant une mise en œuvre des activités prévues au moment le plus adéquat. Le PAM a-t-il eu besoin d'avoir recours à l'un ou l'autre mécanisme d'avance interne au PAM ? Les activités ont-elle pu être mises en œuvre dans les budgets prévus ?
- L'aide alimentaire est-il l'instrument le plus efficace pour atteindre les objectifs poursuivis par l'IPSR ?
- Analyse coût efficacité : calcul de la valeur alpha<sup>113</sup>.
- Logistique : adéquation des moyens logistiques en fonction des besoins au meilleur coût.
- Achats : sources (achats locaux / régionaux / internationaux) et délais d'approvisionnements des denrées alimentaires. Adéquation et qualité des aliments fournis par rapport aux habitudes alimentaires locales.
- Ressources humaines : adéquation des ressources humaines en terme de nombre et de compétences pour la mise en œuvre efficace de l'IPSR.
- Fonctionnement des partenariats de terrain dans un pays où la dépendance vis-à-vis des ONG pour les services sociaux de base est très importante.
- Adéquation du système de suivi mis en place par le PAM (et le gouvernement si pertinent) de la mise en œuvre de l'IPSR par l'ensemble des acteurs (PAM, Gouvernement et partenaires).
- Partenariats : opérationnalité de leur mise en œuvre avec l'équipe des Nations Unies, les principaux bailleurs de fonds, en particulier le Canada, les Etats-Unis, la Commission Européenne et autres.
- Capacités d'absorption par le gouvernement et les partenaires.
- Eléments ayant favorisés la mise en œuvre : complémentarité des interventions du PAM à d'autres interventions permettant d'atteindre les résultats plus efficacement.
- Contraintes sur la mise en œuvre : instabilité politique, insécurité et catastrophes naturelles.

#### 4.4 Viabilité

##### **Continuation des bénéfices résultant d'une intervention après la fin de cette intervention.**

Etant donné que l'évaluation aura lieu avant la fin de la mise en œuvre de l'IPSR, ce critère d'évaluation ne sera traité que brièvement. L'évaluation se concentrera sur l'analyse de la probabilité que les bénéfices de l'IPSR continuent une fois celle-ci terminée, sur les capacités du gouvernement à prendre le relais dans certaines composantes du programme, par exemple au niveau des formations de sensibilisation aux questions liées au VIH/SIDA et autres. L'évaluation s'interrogera également sur les suites stratégiques de sortie prévues.

#### 4.5 Thématiques transversales

Tout au long de l'évaluation on s'interrogera sur la manière dont la politique du PAM, en matière d'égalité des chances entre les hommes et les femmes, s'est traduite dans le cadre de l'IPSR notamment en matière de ciblage des bénéficiaires. Par ailleurs l'évaluation

<sup>113</sup> Cette mesure permet de comparer le coût global de livraison des aliments aux bénéficiaires pour le PAM et ses donateurs à la valeur sur le marché local des mêmes produits. (Voir le guide d'élaboration des programmes du PAM pour plus de détails).



s'intéressera également à la manière dont les questions liées au VIH/SIDA ont été prises en compte à tous les niveaux de l'intervention.

## 5. Méthodologie

### 5.1 Approche conceptuelle

L'approche suivie au cours de l'ensemble du processus d'évaluation se veut pragmatique et participative. En effet, l'utilité de l'évaluation est essentiellement liée à l'implication active des parties prenantes. Les consultants s'appuieront sur l'approche du cadre logique et utiliseront celui développé au moment de la conception de l'IPSR comme point de départ à l'évaluation. C'est sur cette base qu'ils aborderont les critères d'évaluation tels que définis par le CAD (voir point 4 pour plus de détails).

Afin de rendre l'évaluation la plus transparente possible à l'ensemble des parties prenantes, une matrice d'évaluation sera élaborée dès le démarrage du processus d'évaluation afin d'identifier clairement les questions d'évaluation ainsi que les indicateurs<sup>114</sup> qui y sont attachés et sources d'information. Les principales questions d'évaluation ont été discutées avec le Bureau Pays durant la mission préparatoire. La manière de présenter les questions d'évaluation comme suit s'est révélée utile par le passé.

Question d'évaluation		
Sous-questions	Indicateurs	Sources d'information / méthode de collecte

Cela dit il est évident que les sous-questions et indicateurs pourront évoluer en cours de processus en fonction des données effectivement disponibles ainsi que des constats qui apparaîtront.

### 5.2 Sources d'informations

Les principales sources d'informations sont les suivantes :

- Les documents écrits :
  - Documents de l'IPSR : conception, suivi et mise en œuvre, statistiques, Compas etc. ;
  - Documents de politiques du PAM, du gouvernement haïtien, des bailleurs de fonds, des Nations-Unies, des opérateurs, etc. ;
  - Etudes thématiques pertinentes ; etc.
- Les entretiens :
  - PAM : Siège et Haïti ;
  - Principaux représentants du gouvernement haïtien ;
  - Les bénéficiaires ;
  - Principaux partenaires, donateurs, Agences des Nations Unies, opérateurs et autres interlocuteurs.

<sup>114</sup> Les indicateurs proposés devront être SMART c'est-à-dire spécifiques, mesurables, accessibles, réalistes et inscrits dans le temps.



- Les visites de terrain : au cours de la mission d'évaluation principale l'équipe consacra une partie substantielle de son temps à des visites de terrain (pour autant que les questions de sécurité le permettent), afin de pouvoir rencontrer des communautés bénéficiaires et (dans la mesure du possible) non bénéficiaires de l'intervention du PAM.

Les différents services du PAM concernés s'assureront de rendre les documents nécessaires à l'évaluation disponibles avant le démarrage de la mission principale.

### 6.3 Assurance qualité

Les principales composantes de l'assurance qualité sont les suivantes :

- Afin d'assurer une critique constructive du travail des évaluateurs, une revue par les pairs des différents documents soumis par l'équipe d'évaluation avant transmission pour commentaires, est envisagée. Les personnes impliquées dans cette revue feront partie du Bureau de l'Evaluation.
- L'adhésion aux normes et standards de l'évaluation établis par l'UNEG<sup>115</sup>  
<http://www.uneval.org/index.cfm?fuseaction=UNEG>
- L'adhésion aux critères de qualité des méthodes et rapports d'évaluation produits par ALNAP<sup>116</sup>  
[http://www.alnap.org/resources/quality\\_proforma.htm](http://www.alnap.org/resources/quality_proforma.htm)

## 7. Phase de l'évaluation

Il est prévu que l'ensemble du processus d'évaluation se déroule en 5 phases.

### Phase 1 : Préparation

A ce stade il s'agit surtout pour OEDE de lancer le processus d'évaluation (document de lancement produit en juin 2006), de préparer les termes de référence provisoires et de recruter l'équipe d'évaluation. Il s'agit tout au long du processus d'évaluation d'en faciliter la mise en œuvre notamment en assurant la disponibilité des données ainsi que la possibilité pour l'équipe d'évaluation de rencontrer les personnes impliquées d'une manière ou d'une autre à l'intervention.

### Phase 2 : Mission préparatoire

Fin septembre 2006 le chef de mission et la chargée de l'évaluation (OEDE) ont effectué une mission à Port au Prince afin de rencontrer les principales parties prenantes de l'évaluation. Au cours de cette mission il s'est agi principalement :

- D'organiser une consultation avec le bureau pays et autres parties prenantes autour des termes de référence avant leur finalisation par OEDE.
- D'identifier précisément les données nécessaires à l'évaluation que le bureau pays pourra ainsi rassembler.

<sup>115</sup> Groupe des Nations Unies sur l'évaluation.

<sup>116</sup> Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action



- D'organiser la mission principale tant au niveau des visites de terrain qu'à celui des entretiens dans la capitale.
- De rencontrer le consultant national (en cours d'identification).

Le chef de mission a profité de cette période pour effectuer un premier examen des données primaires et secondaires disponibles.

Outre les termes de références finalisés par la chargée de l'évaluation, il est prévu que le chef de mission prépare, un '**rapport préliminaire**' dont l'objet principal est de présenter la matrice d'évaluation, les sous questions et indicateurs ou proxi disponibles pour y répondre. Il préparera dans ce cadre et avec l'appui de l'équipe une liste des données que l'évaluation souhaite obtenir du bureau pays. Il développera également la méthodologie suivie par l'équipe d'évaluation durant la suite du processus, les critères de sélection pour les visites de terrain, les points clés sur lesquels l'équipe devra se pencher durant ces visites, et les tâches et responsabilités de chacun de ses membres. Ce rapport se terminera par un plan du rapport technique d'évaluation. Le chef de mission bénéficiera de l'appui des membres de l'équipe d'évaluation en particulier pour la préparation de la matrice d'évaluation et les consultera sur les aspects méthodologiques de l'évaluation.

### **Phase 3 : Mission principale**

Dans un premier temps l'équipe examinera l'ensemble des documents déjà disponibles afin de se préparer efficacement aux entretiens de briefing au siège qui auront lieu juste avant la mission principale. Celle-ci est prévue à la mi-novembre pour une période de trois semaines en Haïti. Les visites de terrain sont prévues après avoir rencontré les principales parties prenantes à Port au Prince. Celles-ci occuperont une partie substantielle du temps de la mission. De retour à Port au Prince l'équipe effectuera les derniers entretiens nécessaires. Le chef de missions appuyé par son équipe, préparera un **aide-mémoire** dont le contenu fera l'objet d'une présentation power point lors d'un débriefing à la fin de la mission. Celui-ci contiendra les principaux constats, conclusions et recommandations préliminaires. Il est prévu que le conseiller de la programmation au niveau du bureau régional à Panama participe au débriefing à Port au Prince. Le plan de rapport technique sera finalisé sur cette base et les contributions de l'ensemble des membres de l'équipe seront définies avant la fin de la mission.

Enfin, un débriefing aura lieu au siège avec la participation du chef de mission. Les autres membres de l'équipe participeront au débriefing en audio conférence dans la mesure du possible.

### **Phase 4 : rapports**

A la suite de la mission principale le chef de mission produira un **rapport technique** sur base des contributions des membres de l'équipe. Il sera circulé pour commentaires avant sa finalisation. Ensuite, il préparera un **rapport succinct** à destination du Conseil d'Administration ainsi qu'une matrice de recommandations qui seront également partagés pour commentaires avant finalisation.



## Phase 5 : présentation du Rapport au Conseil d'Administration du PAM

Il est prévu que le chef de mission soit présent au Conseil lors de la présentation du rapport afin de répondre aux questions que celui-ci souhaiterait lui adresser. Par ailleurs, dans la mesure où cela est jugé pertinent par les parties concernées, il peut être envisagé d'organiser en Haïti un atelier de restitution des conclusions et recommandations de l'évaluation ainsi que des réponses de la direction du PAM, avec les parties prenantes dans le pays afin de favoriser un débat plus large sur l'évaluation, notamment en prévision de la préparation d'une nouvelle phase d'intervention.

## 8. Délais de mise en œuvre de l'évaluation

Produits/activités	Délais
<b>Phase 1 : préparation</b>	
* Revue des documents de fonds	Mi septembre 2006
* Recrutement des experts internationaux	
* Document de lancement	Juin 2006
* Termes de référence provisoires	Août 2006
<b>Phase 2: mission préparatoire</b>	
* Mission préparatoire	23 au 30 septembre 2006 (voyages inclus)
* Recrutement expert national	
* Finalisation TdR	Mi octobre 2006
* Rapport préliminaire - version provisoire - commentaires - version finale	5 novembre
<b>Phase 3: mission principale</b>	
* Lecture documentation et préparation visites terrain	Avant mission principale
* Briefing à Rome	9 et 10 novembre
* Mission principale	A partir du 13 novembre 3 semaines sur place
* Débriefing siège	Début décembre à la suite de la mission principale
<b>Phase 4: rapports</b>	
* Rapport technique - version provisoire - commentaires OEDE/examen par les pairs <sup>117</sup> - version provisoire 2 - commentaires - version finale	Mi février 2007
* Rapport succinct à destination du Conseil - version provisoire - commentaires OEDE/examen par les pairs - version provisoire 2 - commentaires - version finale	Fin mars 2007
<b>Phase 5 : présentation du rapport au Conseil (et dissémination)</b>	
Présentation du rapport d'évaluation au Conseil	EB 2 2007 (Octobre)

<sup>117</sup> L'objectif principal d'avoir une première lecture du rapport par OEDE est d'assurer que les constats présentés soient étayés et que les conclusions soient basées sur les constats faits.



## 9. Structuration des rapports

### Rapport préliminaire

D'un maximum de 30 pages, il doit inclure :

- Liste d'abréviations
- Une matrice d'évaluation
- Une liste de données pouvant être fournies par le bureau pays
- Une approche méthodologique détaillée
- Une bibliographie
- Un plan de rapport technique

### Rapport technique

Doit inclure :

- Liste d'abréviations
- Un résumé
- Un point sur le contexte
- Une présentation du programme évalué
- Un point sur la méthode suivie
- Les principaux constats
- Conclusions
- Recommandations Annexes : Termes de référence, bibliographie, liste des personnes rencontrées, carte, matrice d'évaluation (?), notes techniques sur des questions spécifiques liées à l'évaluation comme par exemple, les visites de terrain, la nutrition, etc.

D'un maximum de 50 pages sans les annexes, le rapport technique suit la logique développée dans les termes de références et la matrice d'évaluation. Les progrès dans la réalisation des indicateurs d'inputs, outputs et 'outcomes' présentés dans le cadre logique du projet serviront également de fil conducteur. Il veillera à bien présenter les faits avant d'en tirer des conclusions. Aucun jugement ne peut être émis sans avoir été étayé. Toutes les conclusions et recommandations se devront d'être pragmatiques. Les évaluateurs éviteront d'élaborer des recommandations trop générales pour être utiles ou qui seraient impossible à mettre en œuvre.

Les recommandations doivent être regroupées autant que faire se peut par destinataires tels que le Bureau Pays, le siège, les partenaires, etc. Les données seront, de manière privilégiée, présentées sous forme de graphique afin de faciliter la lecture (renvoyant à des tableaux en annexe).

### Rapport succinct

Doit inclure :

- Liste d'acronymes
- Un résumé
- Un point sur le contexte
- Une présentation du programme évalué
- Un point sur la méthode suivie
- Les principaux constats



- Conclusions
- Recommandations

Maximum 5000 mots (incluant le résumés, encadrés et notes de bas de page).

Pour ce qui est des recommandations celles-ci doivent être présentées dans une matrice qui ne peut pas faire plus de 2000 mots (réponse du management incluse). Idéalement les recommandations clés ne seront pas plus d'une douzaine et seront priorisées.

Le chef de mission s'assurera de la lisibilité des rapports et effectuera les ajustements nécessaires aux contributions des membres de l'équipe si nécessaire.

## **10. Equipe**

L'équipe est composée de quatre experts indépendants :

- Le chef de mission : expert international avec connaissance de Haïti, du PAM des questions d'évaluation et du développement rural.
- Une nutritionniste : experte internationale avec connaissance du PAM et des questions de nutrition dans les pays en voie de développement notamment les aspects de malnutrition chronique
- Un spécialiste en logistique : expert international avec bonne connaissance des questions de logistique du PAM (achats, transports, distributions)
- Un expert national ayant une bonne connaissance des régions dans lequel le PAM intervient, habitué au recueil des données de terrain et si possible ayant de bonnes connaissances quant au fonctionnement des services de santé.

Par ailleurs, l'équipe est appuyée par la chargée de l'évaluation du Bureau de l'Evaluation du PAM à Rome.

Anne-Claire Luzot  
OEDE  
Octobre 2006





## Annexe 2 : Liste des Personnes Rencontrées

### PAM/Rome

ENGELSEN	Frank	OTS Shipping Officer
HINES	Deborah	Chief PDPR. Policy Strategy and Programme Support
JUNNILA	Kirsi	ODTL. Logistics Officer
MENAGE	Nicole	Chief Food procurement Service/Operations Department
MENDES	Christine	ODTF. Logistics Officer
MEDRANO	Pedro	Directeur Régional du PAM/Bureau de PANAMA
MENKVELD	Joop	Purchase Officer/Procurement Department.
NSUBUGA	Steve	Chief Logistic Officer. Logistic Service
ROWE	Eddie	Chief Programme Officer. ODPM. Programme Management Division
SARAVANAMUTTU	Ram	Programme Advisor. ODO. Operations Department
TILLMAN	Charisse	Programme Officer. Emergency Needs Assessment Unit.
TUTTINGHOFF	Hildegard	Programme Advisor. ODO. Operations Department

### PAM/Bureau Pays - Haïti

MBAYE	Mamadou	Représentant et Directeur de Pays
BENOIT	Elise	Directrice Adjointe
BAGNOLI	Andrea	Chef sous bureau PAM du Cap Haïtien
ROUAMBA	Jules	Responsable Administration et Finances.
CHUINARD	Raphaël	Chargé de Programme. Responsable du Suivi-Evaluation
VAN ROEY	Willem	Logisticien Port-au-Prince
CHERFI	Mohamed	Logisticien sous bureau du Cap Haïtien
Dr PIERRE	Marie-Josette	Chargé de Programme Santé
JEAN LOUIS	Nelta	Chargée de Programme. Cap Haïtien
NORCEIDE	Jean-Carrel	Chargé de Programme Cap-Haïtien
HENRY	Gummel	Moniteur Senior en charge du suivi-évaluation
AMULI	Guillaume	Chargé de Programme (ICT)
POULSEN	Anne	Consultante Long Terme (L.T.)/Relations publiques
MESSIER	Marie-Chantal	Consultante L.T./Nutritionniste
LOOSLI	Clarence	Consultante L.T. Spécialiste VIH/SIDA
MATHIEU	Garry	Consultant national PAM auprès de la CNSA
TECHERA	Jesus	Officier de Sécurité

Les deux équipes de moniteurs (9 personnes) du Port au Prince (3) et du Cap-Haïtien (6) ainsi que l'ensemble du personnel PAM (logistique, Wing, IEC, secrétariat....)

### SYSTEME NATIONS UNIES/Haïti

ACHIENG	Maureen	Chef de mission. OIM
ADRIEN	Paul	Conseiller Santé / FNUAP
DELORME Dr	Patrick	Projet Santé Maternelle. UNICEF
DESINORY	van Olberg (Dr)	Bureau Santé et Nutrition - USAID
ERGIN	Erdem	Conseiller. Unité de gestion des Risques et des Désastres
GONZALEZ	Manuela	Head of Office. OCHA
GRIL	Carlos E. (Dr)	Conseiller en Santé maternelle / OPS-OMS Haïti
M BAYE	Mamadou A. (Dr)	Représentant ONUSIDA – Haïti
MUBALAMA	Jean Claude (Dr)	Administrateur Programme Santé / UNICEF Haïti
MUDERHWA	Jacques	Nutritionniste UNICEF



ROSA-BERLANGA Narciso Associate Humanitarian Affairs Officer. OCHA  
SIROIS Romain Bureau Régional PAM/Panama.

#### **Niveau Institutionnel /Haïti**

ALEXIS Jean-Marc Chargé de mission. Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (MPCE)  
AVIN Danielle Coordinatrice du CNSA  
DELPE Carole (Dr) Point focal PAM / Direction de Nutrition – MSPP  
DORLEAN Fortuné Directeur adjoint des Affaires juridiques. Ministère des Affaires Etrangères  
JASMIN Ernst Robert (Dr) Directeur / Départemental Sanitaire du Nord  
JEAN Yves Robert Directeur Général. M.P.C.E.  
Louissaint Edieu (Dr) Responsable Suivi Évaluation/Unité de Coordination et de Contrôle Programme de Lutte contre le VIH/SIDA-MSPP  
MICHEL Henrik Directeur Adjoint Promotion monde rural/ MARNDR.  
THIMOTHE Dr Gabriel Directeur Général. M.S.P.P.  
SCHMIDT Gerber Directeur de la Coopération Externe. M.P.C.E.

#### **Donateurs et Agences de Coopération /Haïti**

SANANES Ouafane Attachée de Coopération chargée du Développement  
Ambassade de France  
CADET Florence Deputy Food for Peace officer. USAID  
JOSUE Marc Conseiller en Développement Rural. ACDI  
RATO GILLY Marco Responsable de la Coopération Suisse en Haïti.

#### **ONG /Haïti**

CHARLES Émile Hérald (Dr) Directeur Exécutif / Fondation Sogebank - GFMTA  
DESPAGNE Pierre Directeur Exécutif C.D.S.  
ESTALIEN Jean Secrétaire Général. AFE NEG COMBITE  
FRANÇOIS Carl Responsable Santé PESADEV  
GUILLAUME D. Florence (Dr) Assistant chef de mission / MSH – HS2007  
LAGUERRE Steeve Manager Programme VIH / Catholic Relief Services  
MICHAUD Lesly (Dr) Responsable de Programme MCH – World Vision Haïti  
QUEUILLE Ludovic Délégué pour Haïti. Terre des Hommes  
SYLVAIN Mireille Manager Secteur Santé CARE

#### **Volet VCT**

BELONY Frantz Technicien BAC/Ferrier. Drainage canaux  
BRUNOT (Père) Enorce Curé. Réhabilitation route Ste Suzanne - Dupity  
CARLO Napoleon Agronome. Responsable ONG MOCODER  
DOLNAI Pierre Agronome/BAC . Curage rivière Trou du Nord  
JOHNSON Dieujuste Directeur Adjoint A.A.A  
MARCELIN Théard Agronome BAC de Ferrier. Drainage canaux  
KEBREAU Alcina Agronome BAC. Réhabilitation route de Ranquette  
MONIQUE Napoléon Technicien agricole. MOCODER Fonds des Boudins  
RUSSAFOV Demeter Project Coordinator. AMURT  
SCMIDT Rainer Responsable Agro Action Allemande (A.A.A.)  
VULCIN Cinéus Technicien agricole. BAC de Pignon



### Volet LOGISTIQUE

BELIZAIRE	Pierre	P.D.G. Prestige Ship Services SA. Cap Haïtien
CAUCEDO	Dominique	G.M. Nadalsa Agent Maritime de ZIM /HL PaP
CELESTIN	Raoul	Line Manager Nadalsa Ag.Maritime ZIM/H.L. PaP
DUPERIER	Joseph	Transporteur CAP Haïtien
ETIENNE		Chef Magasinier BND Entrepôt
EUSTACHE	Henri	Officier Sanitaire Cap Haïtien
FERNANDES	Dimitro	Directeur CAP Terminal Cap Haïtien.
GARACHE		Responsable clientèle BND Entrepôt.
MAGLOIRE	Luc Jean	Transporteur Cap Haïtien
MEUS	Henriette	AGEMAR Agent maritime MAERSK Port au Prince
MONDY	Victor	Directeur ASC Haïti – Agent SGS
PADBERG	Rob	Directeur Général BND – Gérant Entrepôt
PAULA		Chef d’Agence Haiti Shipping Line
SAINT LOUIS	Yves	Transporteur Cap Haïtien
SAHYOUN	Karim	Représentant MSC Port au Prince.
SOUFFRANT	Jean	Agent en Douane agréé Port au Prince

### Volet Santé/Nutrition

ADRIEN	Josie	Auxiliaire hygiéniste / CMS Petite Place Cazeau
AMBOISE	M. Florence	Infirmière Responsable Santé Communautaire / Centre de Santé de Ouanaminthe
AMBOISE	Yanick	Infirmière / International Child Care Nord
AUGUSTE	Esméralda	Agent de suivi / Hôpital de Bienfaisance de Pignon
BINETTE	Mme	Infirmière Clinique TB/ Grace Children Hospital
CHALUMEAU	Bernès (Dr)	Directeur Médical / Hôpital de Milot
CHARLES	Marie Odine	Infirmière Unité CDV-ARV / Hôpital de Mirebalais
DELMONDE	Ismorin	Infirmière / CS Cabaret
DESIRE	... (Dr)	Médecin de famille / CS Lascahobas
FEDE	M. Manette	Auxiliaire infirmière / CS Arcahaie
HYACINTHE	Nacilia	Auxiliaire infirmière / CS Mont Organisé
JEAN	Amalia	Responsable Programme de supplémentation/REPIVH
JEAN	Guirlande	Infirmière / Dispensaire de Caracol
JEUNE	Mme	Infirmière CDV-ARV / Grace Children Hospital
LOUIS	Gary (Dr)	Directeur Santé Communautaire/ Hôpital de Pignon
MAXI	Raymonville (Dr)	Coordonnateur de Programme / Zanmi La Sante
METELLUS	Rose N.	Infirmière / Caritas Nord
MICHEL	Menita	Auxiliaire / CS de Bahon
MICHEL	Patrick	Agronome / Caritas Nord
MONDESTIN	Joanel (Dr)	Directeur / Bureau Régional Nord-Nord Est – CDS
PAUL	Jacqueline	Auxiliaire / Dispensaire Quartier Morin
PIERRE	Guirlène	Infirmière hygiéniste / Hôpital de Milot
ROMULUS	Jardelle	Infirmière / CS Cabaret
	Sr Léona	Infirmière / Dispensaire St Joseph de Dondon
SIMON	Mariette	Service nutritionnel Hôpital de Carrefour
TOUSSAINT	Jacqueline	Auxiliaire / Dispensaire de Carice
VILBIN	Frédéric (Dr)	Directeur médical / Grace Children Hospital
ELIE	Altgrasse	Auxiliaire Infirmière / CS Ferrier
EMMANUEL	Dorvil	Infirmière / CS Sainte Suzanne





### Annexe 3 : Liste des Sites Visités

Liste des institutions de santé visitées								
Département	Localité	Nom de l'institution	Partenaire	Catégories de bénéficiaires				
				FE	FA	E	TB	VIH
<b>Ouest</b>	Delmas	Petite Place Cazeau	CDS	✓	✓	✓		✓
	Delmas	Grace Children Hospital	MSPP	✓	✓	✓	✓	
	Arcahaie	CDS Nicolas Armand	MSPP	✓	✓	✓		
	Cabaret	CDS de Cabaret	MSPP	✓	✓	✓	✓	
	Carrefour	Hôpital public	MSPP	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Nord</b>	Dondon	Dispensaire St-Joseph	CARITAS		✓	✓	✓	✓
	Pignon	Hôpital de Bienfaisance	CBP					
	Bahon	Dispensaire St Joseph	CARITAS	✓	✓	✓	✓	✓
	Quartier Morin	Dispensaire ST Bernadette de Cardouche	CARITAS	✓	✓	✓	✓	✓
	Milot	Hôpital Sacré Coeur	CARITAS	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Nord-Est</b>	Caracol	Dispensaire Caracol	CDS	✓	✓	✓	✓	
	Trou su Nord	CAL du Trou du Nord	CDS					
	Ste Suzanne	Dispensaire Ste Suzanne	CDS	✓	✓	✓		
	Ferrier	Dispensaire Ferrier	CDS	✓	✓	✓	✓	✓
	Capotille	Dispensaire Capotille	CDS	✓	✓	✓	✓	

CDS : centre de santé, FE : femme enceinte, FA : femme allaitante, E : enfants, TB : tuberculose





## Annexe 4 : Cadre Logique de L'IPSR

### Cadre logique IPSR 10386.0

#### PRIORITES STRATEGIQUES N°2 : PROTECTION DES CONDITIONS D'EXISTENCE DANS DES SITUATIONS DE CRISE

Résultats attendus n°1	Indicateurs de mesure des résultats attendus	cible	Hypothèses/Risques
capacité du PAM à répondre de façon adéquate et en temps à l'urgence (instabilité, catastrophe naturelle)	pourcentage de ménages affectés ayant reçu une ration d'urgence pendant la durée de l'intervention (par activité et par type de vivre) capacité du PAM à répondre à une situation d'urgence dans un délais de 72 heures.	80%  100 %	suffisance des ressources.  l'aggravation de la situation de sécurité n'affecte pas l'accès aux bénéficiaires identifiés
<b>Extrants 1.1.1.</b>			
augmenter l'accès à la nourriture pour les groupes les plus vulnérables en cas de catastrophe naturelle et d'instabilité politique	. quantité de vivres distribuées dans la composante urgence (par type de vivres) . nombre de bénéficiaires recevant une aide alimentaire immédiate du PAM (âge, groupe, genre) . nombre de bénéficiaires recevant une aide alimentaire de post urgence (âge, groupe, genre)	7 000 TM  115 000  100 000	les contributions en nature livrées en temps permettent un pré positionnement des stocks
<b>Résultats attendus n°2</b>			
accroître la capacité de faire face aux chocs, sécuriser les conditions de vie, établir les besoins alimentaires	augmentation de la fréquence et de la diversité de biens alimentaires consommés par les bénéficiaires proportion des dépenses alimentaires des ménages	50 % des ménages  baisse 10%	les bénéficiaires complètent leur régime avec d'autres apports nutritionnels
<b>Extrants 2.1.1.</b>			
les ménages ciblés en insécurité alimentaire créent des actifs via des activités VCT	. nombre de ménages impliqués dans la création d'actifs (âge, groupe, genre) . quantité de vivres distribuée pour la composante réhabilitation (par type de vivres) . nombre d'actifs créés (par catégorie)	16 000  4 400 T  A déterminer	les partenaires maîtrisent l'expertise technique et les intrants nécessaires  l'activité VCT devient fonctionnelle dans le pays
<b>Extrants 2.2.1.</b>			
améliorer la sécurité alimentaire des ménages affectés par le VIH/SIDA et la tuberculose (TB)	. nombre de ménages affectés (VIH et TB) recevant une aide alimentaire (âge, groupe, genre) . quantité de vivres distribuée à travers la composante VIH et	12 000  9 000 TM	



TB			
<b>° 3 : SOUTENIR L'AMELIORATION DE LA NUTRITION ET DE LA SANTE DES ENFANT, DES MERES ET DES AUTRES GROUPES VULNERABLES</b>			
<b>Résultats attendus n°3</b>	<b>Indicateurs de mesure des résultats attendus</b>	<b>Cible</b>	<b>Hypothèses/Risques</b>
améliorer l'état nutritionnel et la santé des enfants, des mères et des femmes allaitantes dans les départements sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> <li>. prévalence de la malnutrition des enfants de – 5ans (poids, âge et taille désagrégée par genre).</li> <li>. prévalence de l'anémie parmi les enfants, les mères et les autres femmes vulnérables (désagrégée par genre)</li> <li>. pourcentage de femmes pratiquant exclusivement l'allaitement</li> <li>. pourcentage de femmes enceintes et allaitantes, d'enfants de – 5 ans recevant une ration complète pendant la totalité de l'intervention</li> </ul>	baisse de 5% baisse de 15 % hausse de 10% 85 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>. ressourcement complet de l'opération</li> <li>. coopération forte avec les partenaires complémentaires</li> <li>. les partenaires fournissent un minimum d'intrants de santé (vitamines, fer, formations...)</li> </ul>
Extrants 3.1.1.			
accroître la participation des enfants, des mères et des femmes allaitantes dans les programmes nutritionnels au niveau des départements sélectionnés	nombre d'enfants de 6 à 24 mois atteints à travers le programme nutritionnel (désagrégé par genre) nombre d'enfants de 25 à 59 mois atteints à travers le programme nutritionnel (désagrégé par genre) nombre de femmes enceintes et allaitantes atteintes à travers le programme nutritionnel pourcentage de vivres du programme composé de micronutriments (désagrégé par type de vivres) quantité de vivres distribués dans la composante réhabilitation nutritionnelle communautaire (par type de vivre)	26 000 12 000 35 000 85 % 26 000 TM	<ul style="list-style-type: none"> <li>. disponibilité en temps et en quantité des rations de vivres enrichis</li> <li>. les partenaires mettent en place des séances éducatives adaptées en complément aux activités d'assistance nutritionnelle</li> </ul>
Extrants 3.2.1.			
accroître l'accès des groupes cible à des sessions éducatives sur la santé, la nutrition et l'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> <li>. pourcentage de femmes suivant des sessions d'éducation nutritionnelle (activité nutrition communautaire)</li> <li>. nombre de sessions d'éducation nutritionnelle effectué par les partenaires en faveur des populations cible</li> <li>. nombre de supports de formation (nutrition, santé, hygiène, allaitement, etc) préparé et mis en œuvre par thème</li> </ul>	40 % 200 3	



## Annexe 5: Bibliographie

- Catholic Relief Services (CRS): Nutrition and Food security for People Living with HIV and AIDS. Baltimore. June 2006.
- CCI (2004) Groupe Thématique : Santé et Nutrition. Rapport Final
- Commission Européenne : Actes du séminaire de capitalisation « Bilan des observatoires de la sécurité alimentaire ». Port au Prince. Haïti. 30/31.05.06
- Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire : Plan National de sécurité alimentaire et de nutrition. Juin 1996.
- Document Cadre de l'Observatoire National de la Sécurité Alimentaire en Haïti. Mai 2006
- FAO/WHO/UNU (2004) Besoins énergétiques et besoins en protéines. – Rapport d'une consultation conjointe d'experts FAO/OMS/UNU Série de Rapports techniques No 724
- Groupe des Nations Unies de support au 3 X 5. : Rapport de Mission conjointe– Département Sanitaire du Nord Est. Novembre 2005.
- Groupe des Nations Unies de support au 3 X 5. Rapport de Mission conjointe– Département Sanitaire du Nord Ouest. (Non daté)
- Groupe technique de Coordination des Nations Unies pour l'accès universel. Rapport de Mission conjointe– Département Sanitaire de l'Artibonite. Mars 2006
- Groupe technique de Coordination des Nations Unies pour l'accès universel. Rapport de Mission conjointe– Département Sanitaire du Sud. Juin 2006.
- Institut Haïtien de l'Enfance. Enquête Morbidité, Mortalité, Utilisation des Services (EMMUS) III. Haïti 2000.
- Institut Haïtien de l'Enfance. Enquête Morbidité, Mortalité, Utilisation des Services (EMMUS) IV- Résultats préliminaires. Haïti, Juillet 2006.
- Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. Enquête Budget - Consommation des ménages (EBCM 1999-2000), Vol I & II. P au P, Haïti, Novembre 2000
- Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH-2001): Actes du séminaire - Atelier de présentation des premiers résultats, IHSI-FAFO, Février 2003
- Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. Les Comptes économiques en 2002. P au P, Haïti, Mars 2003.
- Le Moniteur (2005) Journal Officiel de la République d'Haïti. n°. 64.
- Jean-Baptiste Larissa – Dalencourt, Béatrice Turnier : Proposition d'encadrement et de suivi pour l'amélioration de la qualité des services en counselling VIH / SIDA . GRANDIR- FHI. Octobre 2005.
- Mathieu et al. : Cartes et étude de risques, de la vulnérabilité et des capacités de réponse en Haïti. OXFAM-GB, Mars 2002. Haïti
- Merlet, M. La participation politique des femmes en Haïti, quelques éléments d'analyse. Editions Fanm Yo La. 2002, Port-au-Prince, Haïti.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. Manuel de normes du Programme national de lutte contre la Tuberculose. P-au-P, Haïti ; Février 2000
- Ministère de la Santé Publique et de la Population : Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme
- Ministère de la Santé Publique et de la population (2003) : Plan National Stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle - Diagnostic Stratégique.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population : (1979) Manuel de Normes pour les Programmes d'Intervention Nutritionnelle (Bureau de Nutrition/MSPP)
- Ministère de la Santé Publique et de la Population : Plan stratégique national 2001-2006 pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti. Port-au-Prince, Haïti. Mars 2002
- Ministère de la Santé Publique et de la Population : Plan stratégique national pour la réforme du Secteur de la Santé. 2005-2010. PauP, Haïti ; Novembre 2005
- Ministère de la Santé Publique et de la Population : Politique Nationale de Nutrition. Octobre 2001.



- Ministère de la Santé Publique et de la Population : Programme National de Lutte contre la Tuberculose : Plan quinquennal 2001-2006.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population/ Unité de Contrôle et de Coordination du Programme National de Lutte contre le VIH-SIDA. Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH. Port-au-Prince, Haïti ; Mars 2004
- MSPP/UCC. Normes et directives nationales pour le conseil et le dépistage volontaire dans les services CDV. Juillet 2004
- MSPP/Unité de Contrôle et de Coordination du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida. Dépistage volontaire du VIH – Manuel du conseiller. Juillet 2004.
- Ministère de l'Economie & des Finances – IHSI Mars 2005 : 4ieme Recensement Général de la Population d'Haïti. 2003 (RGPH-IV).
- Ministère de l'Economie & des Finances – PNUD. Juillet 2005. Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH-2001).
- Ministère de la Planification et de la Coopération Internationale : carte de la Pauvreté version 2004.
- Ministère de la Planification et de la Coopération Externe. Une fenêtre d'opportunité sur Haïti. Document de stratégie intérimaire de réduction de la pauvreté (DSPR-I). 2000.
- OMS (2003) Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach).
- PAM (2005) : Aide mémoire. Mission de formulation du Programme PAM de réhabilitation en Haïti. (21 janvier – 04 février 2005).
- PAM (2006) Initiative visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants : cadre d'action général (WFP/EB.2/2006/4-A)
- PAM (2003) : Manuel d'Alimentation et de Nutrition
- PAM (1998) : Alimentation complémentaire pour les mères et les enfants: directives opérationnelles
- PAM (1997) : Aider les mères et les enfants durant les périodes critiques de leur existence (WFP/EB.3/97/3-B)
- PAM (2005): Indicator Compendium – Biennium 2006-2007
- PAM. Janvier 2006 : SAPSAP Nord. Issue 1.
- PAM. Juillet 2006 : SAPSAP Nord & Nord Est. Issue 2
- PNUD (2004) : Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement.
- PNUD (2003) : La vision commune d'un centenaire de bien-être pour le peuple haïtien. Rapport national (2003) sur les objectifs du millénaire pour le développement.
- PNUD : Situation économique et sociale d'Haïti en 2005, Port au Prince, Haïti.
- PNUD : Exercice de Planification du système des Nations Unies : Vers une stratégie unifiée de stabilisation post électorale en Haïti. Conclusions et Recommandations préliminaires (Composante 1) « Impact sur les conditions de vie des populations ». 09/2006.
- PNUD : *Rapport* National sur les objectifs du millénaire 2004, Port au Prince, Haïti.
- PNUD : Vulnérabilité et Pauvreté en Haïti. Rapport sur le développement humain 2004/2005
- Pierre, Wedner. Rapport d'évaluation de 7 institutions délivrant les services CDV et PTME dans le Département Sanitaire du Sud ; Fondation Sogebank, Août 2005
- Policy Project. Les services institutionnels de prise en charge du VIH / SIDA –Localisation-Fonctionnalité – Caractéristiques des clients. Avril 2006.
- UNAIDS/World Health Organization : UNAIDS/WHO Policy statement on HIV Testing. June 2004
- UNICEF – IHE. Juillet 2005. Enquête sur les carences en vitamine A & en iode.
- World Food Programme. Getting started: HIV, AIDS and Gender in WFP Programmes. WFP. June 2006.
- World Food Programme. Getting started: WFP support to the prevention of Mother to child transmission of HIV and related programmes (Review and update, Dr Laurence Bequet). October 2006.
- World Health Organization. HIV Testing and counselling: the gateway to treatment, care and support. "Treat 3 million by 2005" program. WHO. 2003
- World Health Organization. The right to know: New approaches to HIV Testing and counselling. Family and Community Health Cluster. Department of HIV/AIDS. WHO/HIV/2003.08



## Annexe 6 : Indicateurs socio sanitaires essentiels – Haïti

Le système d'information sanitaire de routine ne permet quasiment pas de disposer de statistiques exhaustives et fiables. Certains programmes prioritaires comme le Programme Elargi de vaccination (PEV), le Programme de lutte contre la Tuberculose et certaines enquêtes spécifiques produisent de temps à autre quelques données de couverture de services, surtout pour les activités préventives. La situation relative à l'utilisation des services curatifs ambulatoires ou encore l'activité des facilités hospitalières sont par contre très mal connues du fait de l'absence de données de suivi.

Couverture prénatale chez les femmes ayant accouché (proportion des naissances)	79 % (2000) 84,5 % (2005)
Nombre médian de consultations pré natales (2000)	3,5/ femme vue en CPN
Couverture vaccinale complète à la Toxoïde Tétanique (2000)	52%
Accouchements assistés par du personnel formé (2005)	60%
Accouchements réalisés par matrone entraînée (2000)	33 %
Couverture vaccinale complète chez les 12-23 mois (2005)	41.3%
Couverture au BCG chez les moins d'un an (2005)	83 %
Couverture au vaccin anti rougeoleux chez les moins d'un an (2005)	57.7 %
Couverture au DTP-3 chez les moins d'un an (2005)	53 %
Couverture au vaccin anti Polio-3 chez les moins d'un an (2005)	51.5 %
Prévalence de l'allaitement maternel chez les 0-6 mois (2005)	40.7 %
Prévalence contraceptive (méthodes modernes/femmes 15-49 ans) (2005)	24.8 %
Indice synthétique de fécondité (2005)	4 enfants par femme
Taux brut de mortalité (2005)	10,72 pour 1000
Taux de mortalité infantile (2005)	57 pour 1000
Taux de mortalité infanto juvénile (2005)	86 pour 1000
Taux de mortalité néonatale (2005)	25 pour 1000
Espérance de vie brute à la naissance	52 ans
Taux de mortalité maternelle	523 pour 100.000
Incidence annuelle de la tuberculose	180 pour 100.000
Taux de séroprévalence du VIH-SIDA (2005)	2.2 %
Nombre total d'établissements de soins pour l'ensemble du pays (2003)	628

Sources :

- Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services 2000 (EMMUS III)
- Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services 2005-2006 (EMMUS IV)
- Plan Stratégique National pour la Réforme du secteur de la Santé 2005-2010





## **Annexe 7 : Résumé des Visites des Institutions de Santé**

### **- Volet Nutrition -**

La mission a visité douze institutions dans les départements de l'Ouest, Nord et Nord-Est où est mis en œuvre le volet Nutrition de l'IPSR. Les principales observations recueillies lors de ces visites sont présentées ci-dessous.

#### **1. Catégories d'institutions**

Le volet Nutrition de l'IPSR est mis en œuvre à travers différentes catégories d'institutions ayant des capacités très variables en ressources humaines (nombre et qualification du personnel), capacités d'accueil (nombre de salles disponibles) et services (laboratoire):

- Dispensaires du MSPP n'ayant que 5 personnels de santé sans laboratoire (comme à Caracol) et avec laboratoire (par exemple à Cabaret), et ayant en tout trois salles (salle d'accueil où se font les enrôlements et les pesées, salle pour les examens cliniques individuels nécessitant un espace privatif et un bureau).
- Dispensaires mixtes MSPP/ONG avec personnel supplémentaire rémunéré par l'ONG (par exemple Ste Suzanne gérée par CDS avec 24 personnels de santé dont 19 reçoivent leur salaire de l'ONG).
- Hôpitaux tels qu'à Pignon ou Milot qui offrent un éventail complet d'activités préventives et curatives.

#### **2. Disponibilité des consultations**

La disponibilité des consultations pré et postnatales ainsi que du suivi des enfants varie également d'un centre à l'autre. Dans les dispensaires ayant un nombre restreint de personnel et des capacités d'accueil limitées (une seule salle disponible pour les examens cliniques des patients), ces consultations sont programmées un jour par semaine par catégorie de patients (tels qu'à Bahon, Ferrier ou Ste Suzanne). Dans les institutions ayant plus de personnel et plus de facilités d'accueil, ces consultations sont disponibles quotidiennement.

#### **3. Gratuité des services**

Les consultations sont payantes dans tous les centres visités. Différents scénarios et niveaux de frais ont été relevés :

- Un seul paiement fait à la première consultation (par exemple 60 Gourdes à l'hôpital de Pignon).
- Toutes les consultations sont payantes (par exemple 15 Gourdes à la première consultation, puis 10 Gourdes pour chaque consultation suivante tel qu'à Quartier Morin).
- Consultations gratuites mais des frais allant de 150 à 200 Gourdes sont exigées lors de la première consultation pour une batterie d'examens (par exemple à Bahon et Ste Suzanne).
- Dans la majorité des cas, l'hémogramme est payant variant de 30 Gourdes par test (à Ste Suzanne) à 100 Gourdes (Petite Place Cazeau à Delmas).



#### 4. Assise Communautaire

Certains des centres visités organisent des consultations, surtout le suivi des enfants, à l'extérieur du centre : « postes de rassemblement » (tel qu'à Bahon, Capoti ou encore Quartier Morin), ou « points fixes » qui offrent aussi des consultations prénatale et générales (tel qu'à Trou du Nord). Ces activités, qui sont effectuées par les agents de santé, permettent d'étendre la disponibilité des services aux populations les plus éloignées.

Dans quelques centres, des comités de gestion de l'aide alimentaire ont été mis en place. Ils comprennent cinq membres qui ont de préférence une expérience préalable d'activités associatives. Leur participation aux distributions vise à limiter les risques de mauvaise gestion des vivres.

#### 5. Activités nutritionnelles

Les activités nutritionnelles sont très variables sur le plan organisationnel ainsi que contenu et qualité:

- *Le suivi nutritionnel des enfants* : les pesées sont disponibles quotidiennement dans certains centres (par exemple Petite Place Cazeau à Delmas) et une fois par mois dans d'autres centres tel que le dispensaire à Ferrier où les pesées des enfants sont organisées le même jour que la distribution des rations, soit une fois par mois. Peu de temps est ainsi disponible pour discuter avec les mères de l'évolution de la croissance de leur enfant.
- *Micronutriments fer et vitamine A* : les suppléments de vitamine A sont distribués gratuitement et sont généralement disponibles (à part des ruptures de stock d'un mois ou 2 tel qu'à Trou du Nord). Par contre des ruptures de stock très longues (plusieurs mois) ont été rapportées concernant les suppléments en fer. Ces suppléments sont disponibles dans quelques centres (tel qu'à Cabaret ou Dondon) mais ne sont pas distribués gratuitement.
- *L'éducation nutritionnelle, santé et hygiène*: certains centres de santé organisent des sessions quotidiennes (Petite Place de Cazeau), mais la majorité planifient une session sur un thème particulier (alimentation des nourrissons, planification familiale, etc.) le jour de la distribution des rations, soit une fois par mois (par exemple à Dondon ou Cabaret). Le manque si ce n'est l'absence totale de matériel didactique est quasi général.

#### 6. Intégration de la supplémentation nutritionnelle dans le suivi des femmes et enfants

Dans certains centres de santé ayant du personnel adéquat en nombre et qualification, la supplémentation est intégrée aux consultations pré et post natales ainsi que les consultations des enfants sains. Ceci est le cas des centres où les consultations ainsi que les distributions des rations sont disponibles au moins trois fois par semaine. Dans d'autres centres, le personnel bien qu'insuffisant accorde le temps nécessaire pour les examens des femmes et enfants, la récolte des données et leurs transcriptions dans les registres (dispensaire de Ferrier). Mais il y a aussi des centres où la supplémentation est perçue comme une charge supplémentaire non intégrée dans le suivi des femmes.



## 7. Sélection des bénéficiaires

Les critères de sélection sont en général bien connus par le personnel de santé. La sélection est effectuée par l'infirmière ou l'auxiliaire responsable de l'activité. Pour les femmes, le personnel interrogé dit exiger l'hémogramme requis pour la sélection des femmes enceintes et allaitantes mais admet être souvent acculé à utiliser des critères plus subjectifs tels que les signes cliniques de l'anémie parce que les femmes n'ont pas les moyens d'en assumer le coût. Ceci est d'autant plus le cas dans des centres de santé qui n'ont pas de laboratoire.

Dans certains centres, il semblerait que les femmes allaitantes sont « automatiquement » intégrées dans le programme de supplémentation si elles étaient bénéficiaires durant la grossesse (par exemple à Bahun) alors que dans d'autres une re-sélection est effectuée.

La sélection des enfants est plus simple car se basant sur la courbe de croissance « chemin de la santé ».

Par contre, la mission a noté que dans certains centres, un système de quota est appliqué (par exemple à Delmas). Ce quota étant apparemment atteint dès le début du projet, l'admission de femmes ou enfants pourtant éligibles ne peut se faire qu'à la fin d'éligibilité de la cohorte déjà en cours.

## 8. Stockage et distribution des vivres

- *Dépôts* : dans la majorité des cas, surtout les dispensaires qui ont un espace limité, les conditions de stockage ne sont pas adéquates (manque de palettes, fenêtres non protégées, sacs de denrées mélangés, etc.) les critères de stockage ayant pourtant été l'objet de formation organisée annuellement par le bureau du PAM en Haïti.
- *Personnel responsable de la distribution* : dans la majorité des cas l'infirmière et ou auxiliaire responsable de la sélection des bénéficiaires et de leur suivi, est aussi chargée de la supervision de la distribution. Les employés administratifs et/ou manutentionnaires (servante) se chargent de la préparation des rations individuelles.
- *Fréquence des distributions* : cela varie de trois fois par semaine (tel qu'à Delmas) à une fois par mois (par exemple à Dondo). Dans certains centres la distribution est organisée par catégorie de bénéficiaires (un jour par mois pour les femmes et un autre jour par mois pour les enfants tel qu'à Ste Suzanne). Dans les centres couvrant une large population dans plusieurs communes, la distribution est organisée par localité (un jour par mois est attribué à tous les bénéficiaires, femmes et enfants d'une même localité).
- *Adéquation de l'approvisionnement* : dans la quasi-totalité des centres visités, le personnel a souligné les problèmes de ruptures de stock entraînant l'absence totale de distribution certains mois ou la distribution d'une ration incomplète.
- *Appréciations de la composition de la ration* : les plaintes les plus fréquentes concernent le pois dont le temps de cuisson est très long.



## **9. Suivi et évaluation**

Dans la majorité des centres visités, les registres sont à jour. Par contre, les données sont souvent incomplètes surtout à l'exeat (la visite de suivi dans le mois qui suit la réception par les bénéficiaires de leur dernière ration). Selon le personnel interviewé, les femmes ne viennent pas à cette dernière visite faute de moyens. Les coûts du transport et de l'hémogramme exigé à l'exeat sont dissuasifs surtout en l'absence de compensation que représentait la ration.



## Annexe 8 : Tableau de Resourcement de L'IPSR 10382.0

Au 31 octobre 2006

			Resource Level (US\$)			
<b>Donor</b>						
<b>CANADA</b>			17,915,726	US\$	45.77	%
<b>ICELAND</b>			17,330	US\$	0.04	%
<b>ITALY</b>			641,025	US\$	1.64	%
<b>NORWAY</b>			24,017	US\$	0.06	%
<b>POLAND</b>			37,279	US\$	0.10	%
<b>Private Donors</b>			579,204	US\$	1.48	%
<b>SPAIN</b>			1,518,086	US\$	3.88	%
<b>SWITZERLAND</b>			1,785,403	US\$	4.56	%
<b>TURKEY</b>			100,000	US\$	0.26	%
<b>U.S.A.</b>			2,175,620	US\$	5.56	%
<b>Multilateral</b>			1,704,737	US\$	4.36	%
<b>Carryover from previous operations</b>			3,104,184	US\$	7.93	%
<b>Total Received</b>			<b>29,602,611</b>	<b>US\$</b>		
<b>%</b>	<b>Against Appeal</b>		<b>75.63</b>	<b>%</b>		
<b>Shortfall</b>			<b>9,540,719</b>			
<b>%</b>	<b>Shortfall</b>		<b>24.37</b>	<b>%</b>		

Source : PAM/Rome, Novembre 2006





## Annexe 9 : Arrivage et Debarquement des vivres en Haiti pour le Programme IPSR 10.382

Tableau récapitulatif des quantités de vivres débarqués mensuellement aux ports de Port au Prince et Cap Haïtien.

MOIS	RIZ	CSB	BISCUIT FORTIF IE	SEL	HUILE VEG.	POIS HARICO TS	FECULE P.de T.	TOTAL MENSU EL DEBAR QUE
MAR 05	912							912
AVR 05	379							379
MAI 05								
JUIN 05								
JUIL 05								
AOÛT 05						495		495
SEPT 05		135		250		1164		1549
OCT 05	576					750		1326
NOV 05					1051	466		1517
DEC 05			300		1177			1477
JAN 06			126	266				392
FEV 06	998	579						1577
MAR 06								0
AVR 06								0
MAI 06	1198						20	1218
JUIN 06								0
JUIL 06		517			302			819
AOÛT 06		450			201			651
SEPT 06	125	1687		250				2062
OCT 06		2678						2678
<b>TOTAU X:</b>	<b>4188</b>	<b>6046</b>	<b>426</b>	<b>766</b>	<b>2731</b>	<b>2875</b>	<b>20</b>	<b>17052</b>

En tonnes de 1000 K. Toutes les consignations étaient chargées en conteneurs.

Commentaires :

- 1) Les quantités de riz réceptionnées durant les mois de mars et avril 2005 appartiennent en fait au projet IPSR 10.275 qui, précédant le projet IPSR 10.382, a été absorbé dans ce dernier.
- 2) Durant les trois premiers mois du programme ( mai – juin – juillet 2005) aucune consignation n'a été réceptionnée, ce qui n'est pas anormal considérant le temps requis à la mobilisation des fonds, la transmission des commandes et les délais de transport.
- 3) Pour le riz l'on a pu noter une certaine régularité des arrivages.
- 4) Pour les céréales (CSB), hormis l'arrivage d'un petit tonnage en septembre 2005, le premier arrivage n'a été reçu qu'en février 2006. Les gros arrivages n'ont été reçus qu'en septembre et octobre 2006, ce qui explique l'absence fréquente de cette denrée dans la ration mensuelle. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer ces délais
  - La rareté de la denrée CSB sur les marchés mondiaux ;



- L'achat de 4.365 T.M. de CSB sur le marché Sud-Africain aux conditions CIF ;
  - Le choix du transport maritime laissé aux fournisseurs le niveau du taux de fret prenant alors souvent le pas sur les délais de transit ( consignations transitant par et bloquées dans des ports israéliens durant la dernière guerre du Liban) ;
- 5) L'approvisionnement en biscuits fortifiés a été effectué uniquement en 2005 au départ de la Turquie ( 300 T.M.) et El Salvador (127 T.M.)
  - 6) Fin 2005 a connu des arrivages massifs d'huile végétale (2.228 T.M.) dépassant de loin les quantités trimestrielles requises pour le programme. Une bonne partie de ces consignations a séjourné ou séjourne encore dans les entrepôts du PAM pour des périodes de 300 à 365 jours. L'emballage ne résistant pas à un entreposage prolongé ( soudure en plastic lâchant au niveau du collier) le coulage est important nécessitant un important travail de reconditionnement des emballages.
  - 7) Depuis novembre 2005, soit durant plus de 12 mois, le PAM Haïti n'a enregistré aucun arrivage de légumineuse. La mission a pris connaissance d'un important échange de messages courriels en octobre 2006 entre le siège et le bureau pays d'où il ressort que la commande de légumineuse placée en février 2006 sur financement canadien est apparemment restée au niveau du siège en suspens durant de nombreux mois. Cet important délai n'est pas resté sans conséquence sur la composition de la ration mensuelle.
  - 8) Un arrivage de 20 T.M. de flocons de pommes de terre a été enregistré. Il s'agit d'un arrivage unique à caractère expérimental dans un nombre restreint de centre de santé.

Les tableaux ci-dessous reprennent de manière graphique pour chaque commodité la cadence de réception des vivres en Haïti.



Evaluation Haiti IPSR 10382.0: Assistance Alimentaire aux personnes vulnérables en situation de crise

