

Contrat Cadre EuropeAid/119860/C/SV/Multi – Lot 13 Aide Humanitaire, Gestion de crises et Assistance post-crises

Contrat Spécifique N° 2007/137545 – Version 2

Analyse de la situation humanitaire Evaluation Ex-Ante Haïti 2007

Rapport final d'évaluation Juin 2007

Pour la Direction Générale pour l'Aide Humanitaire
(DG ECHO)

Présenté par:

Particip GmbH – Membre du Consortium d'Agrisystems



Channel Research – Membre du Consortium d'Agrisystems



Budget global pour cette évaluation : € 185.304

Analyse de la situation humanitaire

Evaluation Ex-Ante Haïti 2007



Experts:

Claudio Schuftan, Channel Research

Annemarie Hoogendoorn, Particip GmbH

Pierre Capdegelle, Particip GmbH

Ce rapport a été établi à la demande et sur financement de la Commission Européenne. Les opinions et recommandations qu'il contient sont de la seule responsabilité des sociétés de conseil contractées pour cette mission, Particip GmbH et Channel Research.

Table des Matières

1. Introduction.....	1
2. Résumé.....	2
2.1. La Situation	2
2.2. Les Besoins	4
2.3. Conclusions	5
2.4. Recommandations	6
2.5. Recommandations plus ponctuelles	7
3. Situation humanitaire en Haïti et historique de la présence d'ECHO et d'autres instruments de la CE.....	8
4. Scénario de vulnérabilité et actions en cours	10
4.1. Sécurité alimentaire et nutrition	10
4.2. Santé.....	22
4.3. Eau, assainissement et hygiène	26
4.4. Thèmes transversaux	27
4.4.1. Préparation face aux désastres	27
4.4.2. Genre	27
4.4.3. VIH/SIDA.....	28
4.4.4. Environnement	28
5. Besoins essentiels dans l'humanitaire: Principaux défis à relever.....	29
5.1. Sécurité alimentaire et nutrition	29
5.2. Santé.....	32
5.3. Eau, assainissement et hygiène	33
5.4. Thèmes transversaux	33
5.4.1. Préparation face aux désastres	33
5.4.2. Genre	33
5.4.3. VIH/SIDA.....	34
5.4.4. Environnement	34
6. Conclusions et considérations sur le LARD.....	35
6.1. En général.....	35
6.2. Conclusions pour la sécurité alimentaire	36
6.3. Conclusions pour la nutrition.....	36
6.4. Conclusions pour la santé.....	37
6.5. Conclusions pour le secteur eau, assainissement et hygiène	37
6.6. Conclusions pour les différent thèmes transversaux	37

7. Recommandations (propositions pour une intervention ‘non-réactive’ d'ECHO et possibles actions de mitigation faisables à court et moyen terme)	38
7.1. Recommandations stratégiques	38
7.2. Recommandations opérationnelles.....	39
7.3. Recommandations d’éléments que les ONG partenaires pourraient prendre en considération quand elles soumettent des propositions de projet	39
7.4. Recommandations plus ponctuelles (à considérer surtout pour la décision ad-hoc recommandée ci-dessus).....	40
7.4.1. Sécurité alimentaire	40
7.4.2. Nutrition.....	40
7.4.3. Santé.....	41
7.4.4. Eau, assainissement et hygiène	42
7.4.5. Préparation face aux désastres	42
7.4.6. Autres aspects transversaux.....	42
7.4.7. Finalement	42
8. Risques et Hypothèses	44

Abréviations

AAA	Agroaction Allemande
ACF	Action Contre la Faim
ARV	Antirétroviraux
AVSI	ONG italienne
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CARICOM	Caribbean Common Market
CE	Commission Européenne
CNSA	Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire
CR	Croix Rouge
CRS/CARITAS	Catholic Relief Services (USA/ Europe)
DAP	Development Assistance Programme
DHS	Demographic Health Survey
DIPECHO	Disaster Preparedness ECHO
DRSP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
ECHO	European Commission Humanitarian Office
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ET	Ecart Type
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FED	Fond Européen de Développement
FEWS	Famine Early Warning System
FEWSNET	Famine Early Warning Systems Network
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
FSAU	Food Security Analysis Unit
FSIS	Food Security Information System
GdH	Gouvernement d'Haïti
ID	Initiative Développement
IPC	Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
LARD	Lien entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement
MdM	Médecins du Monde
MINPLAN	Ministère du Plan
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti

MOU	Memorandum of Understanding
MSPP	Ministère de la Santé Publique et la Population
NFI	Non-food items/biens non alimentaires
NU	Nations Unies
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PaP	Port au Prince
PEPFAR	US President Emergency Plan for AIDS Relief
PIN	Plan Indicatif National
PPA	Poids pour âge
PPT	Poids pour taille
PRSP	Poverty Reduction Strategy Papers
PSF	Pharmaciens sans Frontière
SA	Sécurité alimentaire
SC	Save the Children
SECAL	Unité de Travail « Sécurité Alimentaire » au sein de la CE
SENAC	Strengthening Emergency Needs Assessment Capacity
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TdH	Terre des Hommes
TPA	Taille pour âge
UCS	Unités Communales de Santé
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WV	World Vision

1. Introduction

Depuis déjà plus de deux ans, le Bureau d'ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo considère que la situation humanitaire en Haïti est précaire et se détériore de plus en plus après chaque désastre naturel. La sévérité de cette situation serait telle qu'il serait bien dans le mandat d'ECHO d'intervenir. Le siège d'ECHO à Bruxelles n'a jamais nié cette possibilité, mais a toujours maintenu que pour justifier une décision financière ad hoc, il fallait avoir une combinaison de deux facteurs: Plus de données solides et fiables pour quantifier l'envergure de la situation et une opinion professionnelle externe mettant ces données en contexte pour fournir à ECHO des éléments plus solides pour décider sur le besoin d'une telle intervention ad hoc.

A cet effet, ECHO a lancé un appel d'offres et recruté une équipe de consultants qui avait pour mission de recueillir plus des données sur le terrain et de visiter les trois départements ciblés afin de voir la situation sur place et de parler avec des experts locaux et des membres de la population affectée.

Trois objectifs ont été fixés pour cette mission:

- identifier les facteurs de vulnérabilité,
- évaluer le niveau de précarité des ménages, et
- identifier les mécanismes adoptés par les ménages affectés pour faire face à leurs besoins dans l'humanitaire.

L'équipe se compose de trois experts disposant d'une longue expérience dans plusieurs pays, entre autres avec ECHO: Claudio Schuftan, Pierre Capdegelle et Annemarie Hoogendoorn - deux médecins de santé publique et une nutritionniste. Cette équipe est appuyée par des personnes ressources des deux bureaux responsables de l'étude, Particip et Channel Research.

La structure du rapport d'évaluation de cette mission suit une ligne de pensée logique, à savoir :

- description de la situation humanitaire actuelle y compris le rôle qu'ECHO et la CE ont joué dans le passé en Haïti;
- description des vulnérabilités constatées en sécurité alimentaire et nutrition, en santé, en eau potable, assainissement et hygiène et en divers thèmes transversaux, et
- description des gaps et des besoins que les évaluateurs jugent nécessaires d'adresser lors d'une potentielle intervention d'ECHO dans le pays.

Ce scénario amène le lecteur à des conclusions et des recommandations proposées pour différents types d'intervention. Le rapport se termine par une analyse des risques et hypothèses qu'une potentielle intervention d'ECHO devra prendre en considération.

Une douzaine d'annexes complètent le texte du rapport.

2. Résumé

2.1. La situation

Haïti a connu une instabilité politique depuis le retour à la démocratie en 1986. Les dernières élections en 2006 ont marqué le début d'un nouveau départ vers un processus et un espoir de démocratie et de reconstruction nationale.

Les problèmes de santé et de sécurité alimentaire dans le pays sont liés à l'environnement, l'accès à l'eau potable, l'assainissement, la pauvreté et tout particulièrement aux problèmes démographiques. Dans ces conditions, pour les enfants, les maladies transmissibles dominent et les causes les plus fréquentes retrouvées sont les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et les fièvres (y compris le paludisme).

Le pays connaît des niveaux de plus en plus élevés de pauvreté chronique. Haïti est considéré comme le pays le plus pauvre du continent. 55% de la population vivent en dessous de la ligne de pauvreté extrême de 1 US\$ par personne et par jour et 71% vivent en dessous du seuil de pauvreté de 2 US\$ par personne et par jour. La pauvreté est d'abord et avant tout un phénomène rural avec 82% de la population rurale vivant en dessous de la ligne de pauvreté de 2 US\$ par jour.

Depuis 1998, ECHO a plutôt adopté une stratégie uniquement réactive pour Haïti; il n'y a pas eu un vrai plan d'action global pour 18 mois.

La succession de désastres en Haïti a continué à affecter négativement les efforts de développement et contribué à la progressive détérioration du niveau de vie des populations pauvres. A ce jour, après plusieurs années de projets de développement, le Bureau d'ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo est de l'avis qu'il existe toujours un besoin pour des interventions non-réactives d'ECHO. A savoir, il y a encore des vastes zones avec des besoins humanitaires - plusieurs d'entre elles sans aucun support des bailleurs ou des ONGs.

Le 10ème FED se concentrera sur les infrastructures routières. En conséquence, les opportunités pour la mise en œuvre du LARD avec des instruments de la CE sont, pour le moment, faibles (Notons que de son Enveloppe A de 232 million Euros, 24.8 millions du 10ème FED seront destinés à l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement, la culture et l'intégration régionale; la distribution plus exacte de ces fonds n'est pas encore décidée et, après l'évaluation, les différentes lignes de financement de ce FED pourront changer en considération des capacités d'absorption des différents secteurs).

Il est clair que le pays témoigne d'une décapitalisation sévère des paysans après chaque désastre naturel et après la crise politique des dernières années. Les populations vulnérables des trois départements visités font face à une situation extrême de besoins d'aide humanitaire. Il apparaît aussi que les interventions traditionnelles de coopération pour le développement n'ont pas encore donné des résultats suffisants. Haïti est donc un pays en sortie de crise ou la limite entre l'urgence et le développement est flou et il semble que le pays puisse basculer dans l'urgence d'un moment à l'autre. L'économie repose presque uniquement sur l'agriculture, qui doit faire face à de nombreux défis sur le terrain socio-économique et de la dégradation environnementale. On constate qu'on ne peut pas décrire la sécurité alimentaire seulement par des informations sur la production des récoltes et/ou du bétail conjointement avec des informations sur les prix de marché.

Les données sur l'emploi temporaire, les revenus obtenus par le petit commerce, les transferts de l'étranger ou autre aide familiale sont aussi indispensables pour une vraie compréhension de la capacité des ménages à faire face à un stress quelconque. Les ménages pauvres gagnent leur pain en vendant leur travail, c'est à dire, leur principal capital économique pour survivre. Par contre, les ménages à revenu moyen possèdent de la terre et du bétail (vaches, chèvres, etc.), et reçoivent souvent des fonds rapatriés qui leur permettent d'investir dans leur propre

production. Les pauvres qui ne possèdent pas de terres travaillent dans un système de métayage dans lequel les propriétaires fonciers gardent la moitié du revenu.

En Haïti, le taux de malnutrition aiguë au niveau national est de 9,1%, ce qui est plus ou moins près du seuil normalement adopté pour définir une crise humanitaire (10–15%). Surtout dans les départements de l'Artibonite et du Sud des enquêtes ont constaté d'urgents problèmes nutritionnels, parce que le taux de malnutrition aiguë y est de 18% et 12% respectivement. Il y a aussi une insuffisance en matière d'eau et d'assainissement et/ou l'hygiène. Par rapport à la situation de la malnutrition chronique, les problèmes sont les plus graves dans les départements Centre, Sud-est et Nord; la malnutrition chronique est restée plus ou moins au même niveau les 5 dernières années. Les données indiquent que les problèmes par rapport à la quantité et la qualité de la nourriture, en combinaison avec des infections fréquentes, sont les plus persistants.

En ce qui concerne le système de santé, dans le Département du Centre l'accessibilité à la santé est très faible ou faible pour 83% des ménages en milieu rural; pour la Grande Anse, le pourcentage est de 72% et pour le Sud de 61%. Faute de ressources humaines et de moyens financiers, peu d'unités communales de santé, qui regrouperont plusieurs communes, sont fonctionnelles. Les soins demeurent payants et difficilement accessibles à la majorité des habitants. Mais, plus que l'insuffisance des ressources humaines, c'est leur mauvaise répartition qui affecte la prestation de services de qualité. Les hôpitaux périphériques souffrent d'un manque patent de médecins spécialistes, d'où la nécessité pour le MSPP de faire largement appel à la coopération cubaine.

En ce qui concerne l'accès, le coût est la raison la plus fréquemment invoquée pour la non utilisation des services.

Le pays a été le champ d'application de nombreux projets verticaux de santé.

Les prérogatives du MSPP, tant dans le domaine normatif que le domaine régulateur, se sont érodées au fil des années de la crise en Haïti.

En ce qui concerne la santé des enfants, sur 1,000 naissances, 57 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Sur 1,000 enfants âgés d'un an, 31 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est donc de 86 pour mille.

Les trois premières causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans restent la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës qui représentent 55% des décès documentés dans cette tranche d'âge. Un enfant de 5 ans sur quatre (24%) a souffert de la diarrhée pendant les deux semaines précédant plusieurs enquêtes (il ressort aussi que 28% des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête). Il convient de noter que la réhydratation à domicile par des solutions ménagères d'eau salée-sucrée, n'est pas utilisée. Les mères se rendent au dispensaire pour acheter des sachets de sels de réhydratation orale. 62% des enfants âgés de 6 à 59 mois présentent un degré quelconque d'anémie. Celle-ci est sûrement liée à des carences nutritionnelles mais aussi à des causes parasitaires. Une autre enquête menée dans les écoles a montré une prévalence des parasitoses intestinales de 32%. La couverture vaccinale (enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés) est passée de 34% en 2000 à 41% en 2005. Notons cependant qu'un tel niveau demeure dramatiquement bas.

En ce qui concerne la santé des mères, le taux de mortalité maternelle est de 630 décès pour 100,000 naissances vivantes pour la période 0-6 ans précédent l'enquête EMMUS IV alors que ce taux était estimé à 523 par l'enquête EMMUS III en 2000. Aujourd'hui, en Haïti, une femme court un risque de 1 sur 38 de décéder par cause maternelle pendant les âges de procréation.

74% des naissances vivantes des cinq dernières années ont été complètement ou partiellement protégées contre le tétanos néonatal. A ce jour, 46% des femmes présentent, à un degré

quelconque, un état d'anémie. En milieu rural, la majorité des accouchements (85%) ont lieu à domicile.

La situation actuelle de manque d'accès à l'eau potable est un problème grave et fortement ressenti par les populations. Il y a un nombre important de sources d'eau. Malgré cette richesse, la majorité de la population dans les zones rurales n'a pas accès à l'eau potable. La majorité ne connaît pas les procédés de traitement de l'eau à un moindre coût. Même si aménagées, les sources sont parfois mal entretenues par les usagers. Dans plus de 40 visites de ménages effectuées dans les trois départements, les enquêtes ont mentionné le problème d'eau et de latrines parmi les trois premières priorités pour des interventions ponctuelles en santé. L'équipe n'a pas trouvé de données sur l'hygiène mais pense qu'un haut rang de priorité devrait être assigné à des interventions visant à améliorer les conditions d'hygiène.

En Haïti, les désastres naturels sont récurrents; ils font en fait partie de la vie quotidienne. Il existe des actions préventives en cours, mais il y a eu un manque de capitalisation sur les 'leçons à tirer'. Une capacitation des comités locaux de prévention du risque a déjà commencé et la préparation des plans de contingence est en cours mais il manque des fonds pour des actions de mitigation.

La sexualité et la reproduction, les relations conjugales et les rapports inter genre restent peut touchés par les interventions explorées par les évaluateurs.

Cependant, en milieu rural, près du tiers des femmes devaient parcourir 15 kilomètres ou plus pour atteindre le centre de santé le plus proche. Aussi, une femme haïtienne courrait un risque de 1 sur 38 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation. Néanmoins, selon quelques interlocuteurs interviewés, la situation des femmes dans le sud serait meilleure à présent qu'elle ne l'était par le passé. La prévalence contraceptive a légèrement augmenté puisque 25% des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2005, alors qu'elles n'étaient que 22% en 2000.

En Haïti, les maladies infectieuses demeurent la première cause de mortalité générale, au rang desquelles le VIH/SIDA occupe la première place chez les adultes.

La vulnérabilité au VIH reste donc importante en Haïti tant au milieu urbain que rural. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans indique que 2,2% d'elles sont séropositives pour 2% chez les hommes.

La situation préoccupante de la dégradation de l'environnement en Haïti est bien connue et ne sera pas décrite de manière plus détaillée dans ce rapport. Elle est liée à la collecte de bois comme carburant et à la production de charbon pour la vente.

2.2. Les besoins

Il semble clair que dans le secteur de la sécurité alimentaire, il faudra se concentrer sur l'Artibonite et le département du Sud. Les actions appropriées seront notamment: La protection urgente des groupes les plus vulnérables (surtout les femmes enceintes et les jeunes enfants); des interventions complémentaires pour améliorer l'accès à la nourriture (étendre les options pour les pauvres à gagner leur pain); la protection des modes de vie pour éviter une perte complète des ressources; et la recherche d'opportunités pour attaquer les causes structurelles.

Un point crucial dans le faible taux de fréquentation des établissements est aussi le manque de disponibilité des médicaments essentiels. Si toutefois ceux-ci sont présents, ils parviennent à un coût souvent prohibitif pour l'utilisateur. Il est pratique courante pour les agents de santé de s'approvisionner dans le secteur privé et de revendre ces médicaments dans les formations sanitaires. Par ailleurs, la poly-pharmacie et la prescription de produits d'efficacité douteuse sont fréquentes.

Les agents de santé communautaire et les matrones ne bénéficient que de très peu d'encadrement. Leur rôle serait pourtant déterminant dans les zones rurales où l'accès

géographique aux centres de santé est limité. La plupart des centres de santé ne sont pas en mesure de faire face à une urgence obstétricale. Considérant l'accès difficile à des sachets de réhydratation orale, il serait opportun de discuter avec les autorités sanitaires du bien fondé de recommandations sur la préparation de solutions ménagères (eau salée sucrée). Il serait aussi souhaitable que des recherches opérationnelles soient menées afin de déterminer la prévalence du paludisme aujourd'hui et les meilleures actions préventives.

Les besoins en construction de latrines et en pratique de l'hygiène ne sont pas moindres. Selon l'opinion des évaluateurs, une potentielle intervention d'ECHO devra inclure ce volet. L'équipe est de l'avis qu'une convergence des interventions dans tous les volets de l'humanitaire et dans les mêmes endroits géographiques est hautement souhaitable. De plus, la mobilisation sociale et l'organisation des communautés qui bénéficieront d'actions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont considérées comme indispensables.

Un des défis majeurs pour ECHO est, maintenant, de lier la prévention des désastres avec la réhabilitation post-désastre dans laquelle ECHO a déjà été engagée. Par ailleurs, les moyens économiques pour entreprendre des actions de génie civil qui permettraient d'atténuer les risques, surtout ceux d'inondations liées à l'érosion des sols, font défaut.

Les lacunes d'information sur les diverses aspects de genre sont aussi grandes. Il y a encore un manque des données sur la situation et les besoins les plus urgents des femmes, surtout en milieu rural. D'autre part, les femmes devront être impliquées plus activement dans les activités économiques, y compris les activités de préparation aux désastres. Les ONG partenaires devront mieux intégrer dans leurs propositions des activités qui valorisent le rôle des femmes et qui considèrent des options de génération de revenus aussi pour les hommes.

Des interventions domiciliaires ciblées sur les femmes, dans des domaines tels que le petit élevage ou les jardins potagers, devraient avoir une influence positive sur les moyens de vie des ménages. Ils permettraient aux mères de percevoir un revenu, en leur laissant la possibilité de rester à la maison et s'occuper de leurs enfants.

ECHO a produit un rapport global exhaustif avec des 'guidelines' sur les options d'action sur ce thème. Celui-ci sera complété en décembre 2007 et devra servir de base aux ONG partenaires qui envisagent des actions VIH/SIDA, lorsqu'ils soumettront des propositions.

Il faut se poser la question si des actions palliatives pourront régénérer un environnement déjà moribond. Puisque ceci ne peut être garanti, il conviendrait plus d'entreprendre un important travail éducatif et de sensibilisation auprès des enfants et de la jeunesse.

2.3. Conclusions

Face aux pénuries de multiples natures, les mécanismes de survie de ces ménages semblent à l'extrême limite de leur épuisement. En plus, notons que les appuis à la subsistance de ces ménages vulnérables sont insuffisants. Une intervention humanitaire non réactive d'ECHO en Haïti est donc jugée nécessaire et justifiée comme complément à d'autres actions menées par la CE. ECHO devrait vraiment jouer un rôle, même modeste, en Haïti pour soutenir la transition de l'aide vers le développement.

Le pays est vraiment au bord d'une potentielle crise humanitaire: possibilité d'épidémies qui pourraient être évitées par la vaccination, de taux de malnutrition aigüe qui demanderaient une aide alimentaire immédiate, entre autres.

Les problèmes de vulnérabilité en sécurité alimentaire, en nutrition, en santé et en eau/assainissement/hygiène sont, en effet, majoritairement d'ordre structurel et concernent tous les aspects de la politique de développement du pays. Pourtant, il apparaît clairement aux évaluateurs qu'une institution seule ne pourra résoudre toutes les dimensions des problèmes de vulnérabilités dans les départements à couvrir. Il conviendra de rechercher des opportunités de

synergie avec une gamme de partenaires, surtout si l'on considère la durée limitée des interventions d'ECHO.

Une amélioration des moyens de vie, la création d'emplois et d'activités rémunératrices est considérée plus importante pour les ménages les plus pauvres en zones rurales que l'augmentation de la production d'aliments. Aussi, la réhabilitation nutritionnelle des enfants affectés de malnutrition sévère, sans une intervention parallèle pour la prévention de la malnutrition, semble être une intervention incomplète car elle ne s'adresse pas aux causes sous-jacentes de la malnutrition.

La malnutrition trouvée dans le pays inclut des aspects macro et micro nutritionnels. Les problèmes de stunting et de malnutrition aigüe, ainsi que le kwashiorkor sont d'une ampleur telle en Haïti qu'ils demandent une action de réponse humanitaire. Les problèmes de manque de fer et d'iode ne sont pas moins préoccupants.

Les actions curatives pour résoudre les problèmes ci-dessus sont nettement insuffisantes parce qu'elles ne s'attaquent pas aux problèmes structurels sous-jacents.

Un taux de mortalité infantile de 86 pour mille témoigne d'une grave situation sociale et sanitaire. A ce jour, l'état de santé de la population haïtienne demeure la plus précaire parmi les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes. La réactivation du système sanitaire haïtien passe par de profondes restructurations, le développement et redéploiement des ressources humaines, la réhabilitation des structures, une politique d'accès aux médicaments essentiels, l'amélioration du système d'information sanitaire, et la révision des outils de gestion et de tarification des services.

Comme déjà mentionné ci-dessus, les problèmes dans le domaine de l'eau/assainissement sont de grande magnitude. Une potentielle action d'ECHO ne pourra pas les ignorer.

2.4. Recommandations

La situation présente mérite deux types d'intervention :

- une intervention assez urgente pour atténuer les conséquences de la situation actuelle et qui devra être gérée par une décision ad hoc, et
- la préparation par le Bureau d'ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo d'une stratégie à moyen terme plus structurée et raisonnée qui sera appliquée en phases dans le futur.

Etant donné la vulnérabilité en Haïti, les partenaires devront être appelés à intégrer - en tant que valeur ajoutée - des actions de prévention et d'atténuation des désastres dans n'importe quel type d'intervention qu'ils proposent pour un financement ECHO. Pourtant, ECHO devrait s'engager à protéger et soutenir les moyens de vie en Haïti dans la post-crise – tout en préparant les populations à de possibles crises à venir.

La potentielle stratégie à moyen terme devrait être complémentaire de la stratégie de la Délégation de la CE en Haïti. Si possible, chaque intervention potentielle d'ECHO devrait être suivie d'une opération du LARD. ECHO pourrait obtenir un plus grand impact, surtout à court terme, si le financement des projets humanitaires non réactifs pouvait avoir une convergence géographique.

Etant donné le manque des données fiables, tout futur projet des partenaires d'ECHO en Haïti (sauf les projets d'urgence) devra inclure - si possible – une monographie de référence ('baseline survey') et une stratégie de sortie ('exit strategy') bien définies; une analyse de la possibilité de reproduire de tels projets serait également souhaitable.

Dans l'esprit d'une plus grande responsabilisation des structures de l'état, les partenaires d'ECHO devraient continuer à s'impliquer formellement avec les autorités locales (avec des 'MOUs' ou des contrats) dans l'articulation des plans humanitaires départementaux et communaux. La participation des représentants de la communauté, par l'utilisation d'une

approche décentralisée et participative pour des plans locaux, est aussi considérée comme vitale. Par conséquent, les budgets des projets ad hoc des partenaires devraient inclure des fonds pour un renforcement institutionnel des structures du gouvernement local et des organisations locales de la société civile avec lesquelles ils sont appelés à travailler.

2.5. Recommandations plus ponctuelles

Le ciblage des actions humanitaires d'ECHO devra s'effectuer sur la base des zones agro-écologiques. En plus, des méthodes simples devront être appliquées au niveau de la communauté pour classer les ménages pauvres et les plus pauvres devant être ciblés.

Les options prioritaires à considérer par ECHO et ses partenaires (et autres instruments de la CE) pour améliorer la disponibilité et l'accès à la nourriture pour les plus pauvres sont les suivantes: Création d'emplois préféablement sous forme d'une combinaison de « *food for work* » et de « *cash for work* »; lancement de petites activités génératrices de revenus; amélioration de l'accès aux facteurs de production; et amélioration de la productivité agricole ainsi que réduction des pertes à la suite des récoltes.

Si des projets d'aide alimentaire sont proposés, ceux-ci devront être accompagnés d'actions qui, tout à la fois, renforcent le revenu des ménages ainsi que leur sécurité alimentaire et leur état nutritionnel et de santé; les partenaires d'ECHO pourront s'associer en consortia pour aboutir à cet objectif de convergence.

Les partenaires devront intensifier l'éducation nutritionnelle. Aussi, ils devront multiplier des points de rassemblement afin d'identifier plus d'enfants souffrant de malnutrition dans les villages. Ils devront mettre en place des programmes à l'intérieur des communautés pour apporter un soutien aux enfants souffrant de malnutrition modérée. Ils devront aussi mettre en œuvre des actions qui visent à s'attaquer aux problèmes de manque de micronutriments comme le fer et l'iode.

En santé, ECHO pourrait intervenir avec succès sur trois axes: l'amélioration de la couverture vaccinale; l'amélioration de l'accessibilité financière des services de santé; et l'amélioration de l'accessibilité géographique.

Notons, enfin, qu'Haïti a recouvré une certaine stabilité et les actions des partenaires d'ECHO devront impérativement s'inscrire dans la ligne que s'est tracé le MSPP.

Les partenaires devront s'axer aussi sur:

- La construction des citernes/réceptacles pour la collection d'eau des pluies.
- L'adduction de nouvelles sources et protection des sources d'eau potable existantes.
- La fourniture d'eau potable et la construction des latrines dans des écoles et des établissements de santé.

Dans le domaine de la préparation face aux désastres, il faudra:

- Financer des petits projets communautaires des travaux publics de mitigation.
- Améliorer la gestion des stocks prépositionnés.
- Donner du support à la finalisation de la politique nationale de prévention du risque et surtout des plans de contingence au niveau local.

Pour les autres aspects transversaux, il faudra considérer:

- La création, le support et le suivi des clubs de mères.
- Le lancement des activités de génération de revenus dirigées aussi bien vers les femmes que vers les hommes.

Finalement, les mesures préventives à prendre pour éviter des risques dans la potentielle mise en œuvre d'un projet ECHO demandent une vision et une stratégie partagées par le siège, le Bureau d'ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo et la Délégation - une stratégie qui sera aussi clairement transmise à tous les partenaires internationaux et locaux. Les tactiques ponctuelles à suivre devraient être basées sur cette stratégie partagée.

3. Situation humanitaire en Haïti et historique de la présence d'ECHO et d'autres instruments de la CE

¹ Haïti a connu une instabilité politique chronique depuis le retour à la démocratie en 1986. Les dernières élections présidentielles et parlementaires au premier trimestre 2006 ont marqué un nouveau départ vers un processus et un espoir de démocratie et de reconstruction nationale.

² La population haïtienne fait face à un fort défi démographique. Le taux moyen annuel de croissance de la population est de 1,9 %. L'espérance de vie à la naissance est de 52 ans. Le taux de fertilité est de 4,4 %. La population demeure majoritairement rurale (62 %) mais la migration des zones rurales vers les villes est de toute évidence importante bien que difficile à chiffrer avec précision. 46 % des Haïtiens ont moins de 18 ans et 3,9 % ont plus de 65 ans. La taille moyenne des ménages est de 4,6 personnes. Elle est plus élevée en milieu urbain.

³ L'espérance de vie à la naissance a chuté de 3 ans au cours des 5 dernières années. Les causes de mortalité chez les enfants sont les maladies transmissibles non détectées, ainsi que des plus rares maladies chroniques de l'enfance. Il y a également des maladies carentielles liées à la pauvreté et aux déficiences alimentaires qui en résultent (anémie, carence en iodé, malnutrition). La mortalité infantile et juvénile est de 86 pour 1 000. Dans 60% des cas, elle est due à la malnutrition, aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës (IRA). Les maladies diarrhéiques représentent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants. Chaque enfant de moins de 5 ans connaît en moyenne 7 épisodes diarrhéiques par an¹.

⁴ Selon le rapport 'DRSP I' de la Banque Mondiale, l'espérance de vie en 2005 était de 53 ans, la mortalité infantile de 76 pour mille. Seulement 28% de la population a accès à la santé; moins de 50% de la population a un accès physique aux services de santé; 30% des institutions de santé sont publiques; 70% des services de santé dans le milieu rural sont donnés par des ONGs. La capacité du MSPP est donc faible.

⁵ La mortalité infantile est en partie due à des problèmes de grossesse et d'accouchement. La mortalité maternelle est d'environ 600 pour 100 000 liée, en partie, à un faible accès aux soins pour les grossesses compliquées avec des centres disposant de faibles capacités d'intervention. Les études récentes ont montré que de 2% à 4.5% des Haïtiens sont infectés par le virus du SIDA. Cela va de pair avec l'augmentation de la tuberculose qui place Haïti parmi les pays avec la plus forte incidence de tuberculose². Le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 5 pour 1 000.

⁶ Les problèmes de santé et de sécurité alimentaire liés à l'environnement, l'accès à l'eau potable et l'assainissement, la pauvreté, aux problèmes démographiques et aux désastres récurrents sont particulièrement marqués. Dans ces conditions, les maladies transmissibles, liées à l'eau et à la grande taille des ménages, sont importantes et, comme dit, les causes les plus fréquentes retrouvées sont les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et les fièvres (y compris le paludisme). Le taux de prévalence du paludisme en Haïti est de 4 %³.

⁷ Haïti connaît des niveaux de plus en plus élevés de pauvreté chronique compte tenu des réductions des revenus, et donc du pouvoir d'achat, occasionnés, en partie, par des taux d'inflation élevés. Haïti est considéré comme le pays le plus pauvre du continent. Sur une population de 8,1 millions d'habitants, 55% vivent dans des ménages qui se situent en dessous de la ligne de pauvreté extrême de 1 US\$ par personne et par jour et 71% vivent en dessous du seuil de pauvreté de 2US\$ par personne et par jour.⁴ La pauvreté est d'abord et avant tout un phénomène rural avec 82% de la population rurale vivant en dessous de la ligne de pauvreté de

¹ Analyse du secteur de la santé pour la réforme, MSPP, 2004.

² Idem

³ Plan stratégique National, MSPP, 2005.

⁴ Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti, 2004.

2 US\$ par jour. Le principal élément de blocage est la taille des exploitations agricoles et surtout l'absence d'autres facteurs de production et/ou de revenu.⁵

8. L'annexe 1 présente une vision plus approfondie de la situation générale et de santé en Haïti et dans le sud du pays.

9. Depuis 1998, ECHO a adopté une stratégie plutôt réactive pour Haïti; dans le passé, il n'y a pas eu de vrai plan d'action global de 18 mois. Après 2005, le siège d'ECHO a décidé de mettre en œuvre une stratégie de désengagement pour le pays sur l'argumentation qu'Haïti avait seulement besoin des financements pour le développement. Le Bureau d'ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo insistait sur le fait que les désastres naturels étant récurrents, cette succession de désastres continuait à affecter négativement les efforts de développement et contribuait à la progressive détérioration du niveau de vie des populations pauvres (surtout en Grande Anse et au Sud)⁶.

10. A ce jour, après plusieurs années de projets de développement, il existe toujours un besoin pour des interventions d'ECHO. Il y a en effet encore des vastes zones avec des besoins humanitaires - plusieurs d'entre elles sans aucun support des bailleurs ou des ONGs.

11. Depuis 2002, ECHO a accordé plus de 13 millions d'Euros en aide humanitaire pour faire face aux désastres en Haïti - pas seulement à travers DIPECHO mais aussi avec un financement additionnel de 6 millions d'Euros pour des actions dirigées vers la réduction du risque (négocié avec la Délégation en utilisant des fonds du 9ème FED). Avec des fonds de la ligne « fond thématique » accordés au PAM (SENAC : 'Strengthening Emergency Needs Assessment Capacity'), ECHO a aussi contribué à la réduction de la vulnérabilité des populations pauvres.⁷

12. DIPECHO 5 (avec neuf projets en Haïti) vient de se terminer et DIPECHO 6 commencera en Septembre 2007 pour une durée de 18 mois.

13. En ce qui concerne la présence d'autres instruments de la CE, en 2006-2007, l'Union Européenne a été le bailleur le plus important en Haïti (32 millions des dollars sur un total de 87 millions).

14. Il existe des fonds du 9ème FED qui n'ont pas encore été dépensés. La plupart des fonds seront consacrés aux infrastructures routières et à la gouvernance. Dans ce FED, il n'y a pas de fonds disponibles pour la sécurité alimentaire (SA) ou la santé. Ce FED a été suspendu pendant trois ans alors que le pays perdait 15% de ses fonds réservés chaque année. Dû à cette situation, le 9ème FED n'a jamais eu un document de stratégie; il sera évalué en 2009.

15. Le 10ème FED est en phase de discussion finale avec le gouvernement (232 millions d'Euros et 25% additionnels si le gouvernement finalise une proposition de gouvernance acceptable pour la CE). Le 10ème FED se concentre une fois de plus sur les infrastructures routières, la gouvernance, un soutien au budget, des actions de 'capacity building', un renforcement institutionnel et un renforcement des relations avec la République Dominicaine et le CARICOM. En conséquence, dans le sud et le centre, les opportunités pour la mise en œuvre du LARD avec des instruments de la CE sont, pour le moment, faibles. (Il est important de souligner que c'est le rôle d'ECHO d'assurer le LARD dans la récupération post-crise, que celle-ci soit aiguë ou chronique).

16. La Délégation de la CE a mis en œuvre un nombre d'interventions dans le Département du Centre incluant un programme de cantines scolaires (en phase de fermeture) et un programme de développement rural (qui couvre aussi les départements de la Grand Anse et du Sud) et qui doit être clôturé en décembre 2007, sans renouvellement.

⁵ Information tirée du document « Projet de Référence Haïti Grande Anse », Médecins du Monde, Mai 2007

⁶ Déjà en décembre 2003, ECHO avait envoyé en Haïti une mission interne (Heffinck, Spitz) pour évaluer la décision de l'agence de se retirer du pays. Ce rapport exprimait l'opinion qu'ECHO devait rester présent dans le pays. Par la suite, la situation politique du pays s'est dégradée et la CE a suspendu son aide, même si ECHO continuait à répondre à des situations d'urgence.

⁷ En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

4. Scénario de vulnérabilité et actions en cours⁸

17. Pour établir un diagnostic, l'équipe s'est entretenue avec une vingtaine d'ONGs partenaires et diverses agences internationales à Port au Prince et dans les trois départements visités. Les évaluateurs ont aussi parcouru le territoire des trois départements pour visiter les projets des partenaires d'ECHO. (voir Annexes 2 et 3).

18. Dans chaque département, il a été difficile de localiser de façon précise les poches de pauvreté extrême et/ou de grande vulnérabilité dans le domaine humanitaire. Il est clairement apparu que le pays a connu une décapitalisation sévère des paysans (et des pêcheurs) après chaque désastre naturel et après la crise politique des dernières années. En 2004, le revenu moyen dans les trois départements visités était de 12,000 Gourdes/an pour le Centre, de 10,500 Gourdes/an pour le Sud et de 9,200 Gourdes/an pour la Grande Anse.⁹

19. Les populations vulnérables des trois départements visités font face à une situation extrême de besoins d'aide humanitaire, plus particulièrement à la suite des désastres récents. Elles sont exposées à des facteurs de stress multiples à plusieurs niveaux parmi lesquels la situation agro-écologique fragile et la fragilité des structures de l'état jouent un rôle important. En plus, il est évident que chaque désastre a érodé les moyens de vie des populations affectées. Il apparaît aussi que les interventions traditionnelles de coopération pour le développement n'ont pas encore donné des résultats suffisants. Ceci met l'accent sur l'importance des opérations de LARD qui pourraient faire suite à de potentielles interventions d'ECHO.¹⁰

20. Haïti est donc un pays en sortie de crise où la limite entre l'urgence et le développement est flou et il semble que le pays puisse basculer dans l'urgence d'un moment à l'autre. En effet, les gens gèrent la crise de plus en plus au jour le jour et lorsqu'ils ne le peuvent plus, ils émigrent.¹¹ Il faut mentionner aussi la situation de sécurité dans le pays. Celle-ci s'est beaucoup améliorée avec la présence des forces des Nations Unies (MINUSTAH). Le pays était en calme depuis plusieurs mois avant cette mission. Ce fait est surtout vrai dans les zones rurales du pays (une exception isolée a été un attentat en zone urbaine de Port-au-Prince contre un véhicule de la CE qui a fait deux victimes du personnel local). La question d'une potentielle urgence est donc aussi liée à la présence continue des forces du MINUSTAH dans le pays. A la différence du Nord du pays, qui n'a pas connu de désastres pendant les trois dernières années, le Sud a connu plusieurs inondations d'envergure moyenne depuis 2004.

L'annexe 1 présente également d'autres aspects de ce scénario.

4.1. Sécurité alimentaire et nutrition

21. Haïti est un pays dont l'économie repose presque uniquement sur l'agriculture, et qui doit faire face à de nombreux défis sur le terrain socio-économique et de la dégradation environnementale. Le climat consiste en deux saisons pluvieuses et une saison sèche. Haïti se trouve sur la trajectoire des cyclones qui se dirigent régulièrement vers la presqu'île du Sud et la côte d'Ouest. Une analyse de la vulnérabilité et de la situation humanitaire doit donc inclure, logiquement, une analyse de la sécurité alimentaire. Il faut étudier avant tout la production agricole pour l'autoconsommation, l'accès aux aliments par l'achat au marché, et les systèmes existants de transferts et de prêts, soit 'in kind' (en nature), soit 'in cash' qui permet l'achat de nourriture.

22. Selon le Cadre Conceptuel des Causes de la Malnutrition (UNICEF 1990), une des causes clés qui détermine la situation nutritionnelle est la sécurité/consommation alimentaire au niveau

⁸ L'équipe a aussi lu le rapport de la mission de terrain en Haïti de Vicente Raimundo et Pedro L. Rojo du 14/03/06 et analysé le diagnostic de vulnérabilité qui y est fait et les commentaires qui y sont présentés.

⁹ Carte de la Pauvreté en Haïti ; MinPlan/BID, 2004

¹⁰ En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

¹¹ Idem

des ménages (en plus des maladies infectieuses, de la qualité des soins donnés à l'enfant et à la mère, de la santé de l'enfant et de la qualité de l'assainissement de l'environnement).¹²

²³. Une 'lentille' à travers laquelle on fait couramment des études du statut de sécurité alimentaire et de l'économie des ménages est le modèle des profils de modes de vie durables ('sustainable livelihoods') qui utilise les concepts clés suivants: le contexte de vulnérabilité (par exemple des périodes de sécheresse), les cinq piliers de ressources disponibles au niveau ménage (des ressources humaines, financières, sociales, possessions des biens naturels et des biens physiques), et le contexte politique et institutionnel (voir Annexe 5).

²⁴. Le document 'Profils des Modes de Vie en Haïti' qui a été publié par USAID FEWSNET en Septembre 2005¹³, est une riche source d'information sur la sécurité alimentaire dans le pays. Un 'mode de vie' ('livelihood') se définit comme l'ensemble des façons par lesquelles les ménages obtiennent les choses nécessaires à la vie. Cette analyse des modes de vie en Haïti est basée sur un système de huit zones agro-écologiques (dans lesquelles les gens partagent, en gros, le même modèle de mode de vie - un même système de production et de commerce/échange). Donc, le modèle n'utilise pas les frontières administratives au niveau départemental ou communal. Par exemple, dans le département du Sud et de la Grande Anse, on trouve principalement des zones agro-écologiques 6 (zone sèche d'agriculture et de pêche) et 5 (zone agro-pastorale), et une grande partie de la Grande Anse est dans la zone 3 (montagne humide). Par contre, le département du Centre se caractérise par la zone 4 (plateau agro-pastorale).

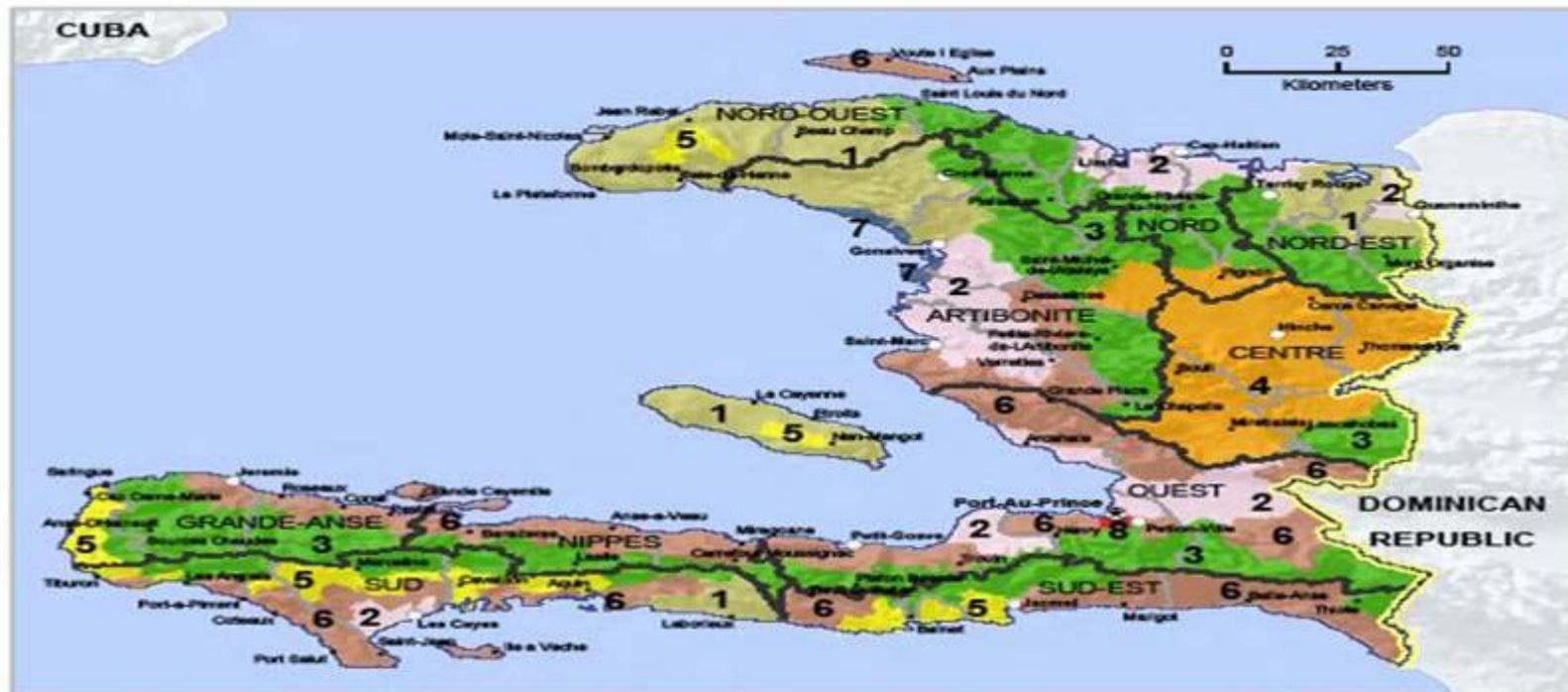
²⁵. En effet, les profils décrivent les caractéristiques importantes de chaque zone. On constate qu'on ne peut pas décrire la sécurité alimentaire seulement par des informations sur la production des récoltes et/ou du bétail conjointement avec des informations sur les prix de marché. Des données sur l'emploi temporaire, les revenus obtenus par le petit commerce, les transferts de l'étranger ou d'autre aide familiale sont aussi indispensables pour une vraie compréhension de la capacité des ménages à faire face à un stress quelconque. Cette approche semble être la plus adaptée pour mieux comprendre les conditions de vie dans les zones rurales, surtout pour mieux identifier ceux qui sont vulnérables, quels risques ils encourrent et pourquoi.

²⁶. En ce qui concerne les sources de nourriture, et les sources de revenu, il est généralement vrai que les ménages pauvres gagnent leur pain en vendant leur travail, i.e. leur principal capital économique pour survivre. Par contre, les ménages à revenu moyen possèdent de la terre et du bétail (vaches, chèvres, etc.), et reçoivent souvent des fonds rapatriés qui leur permettent d'investir dans leur propre production. Les pauvres qui ne possèdent pas de terres travaillent dans un système de métayage dans lequel les propriétaires fonciers gardent la moitié du revenu, soit en forme de récolte agricole ou, par exemple, en production de charbon. Par conséquent, le travail des pauvres en forme de métayage n'est pas très rentable. En outre, les cultures les plus lucratives comme le café ou le cacao ne sont pas possibles dans le système de métayage qui permet seulement des cultures à court terme. Le paradigme d'agriculture de subsistance ('on mange ce que l'on produit et l'on produit ce qu'on mange') n'est pas tout à fait valable dans ce contexte, parce que les plus pauvres achètent facilement entre 45% et 85% de leur alimentation.

¹² Pour un diagramme d'un Cadre Conceptuel de la Sécurité Alimentaire, voir Annexe 4

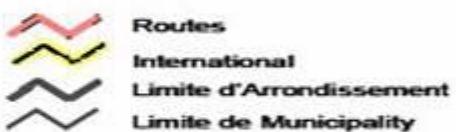
¹³ USAID FEWSNET (2005), Profils des Modes de Vie en Haïti, Port-au-Prince.

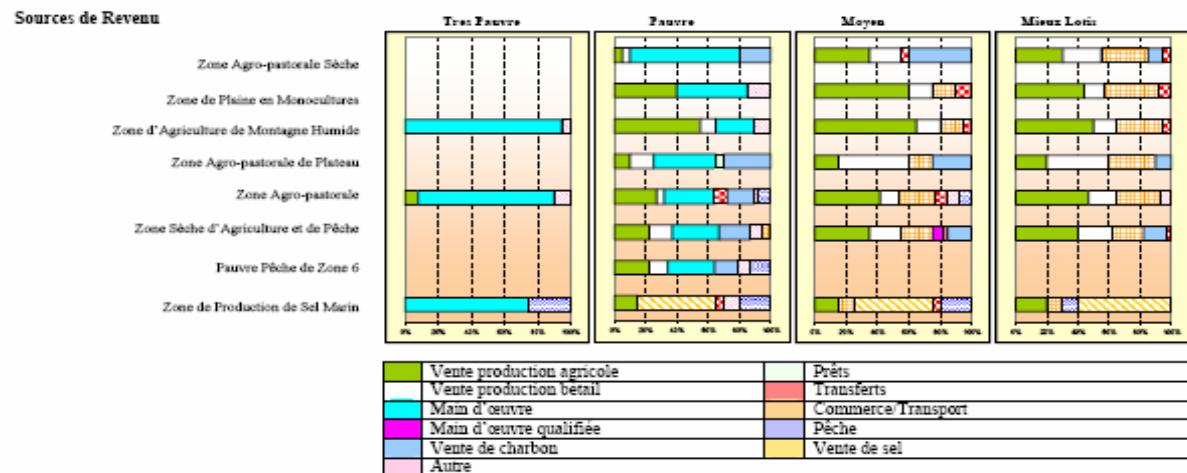
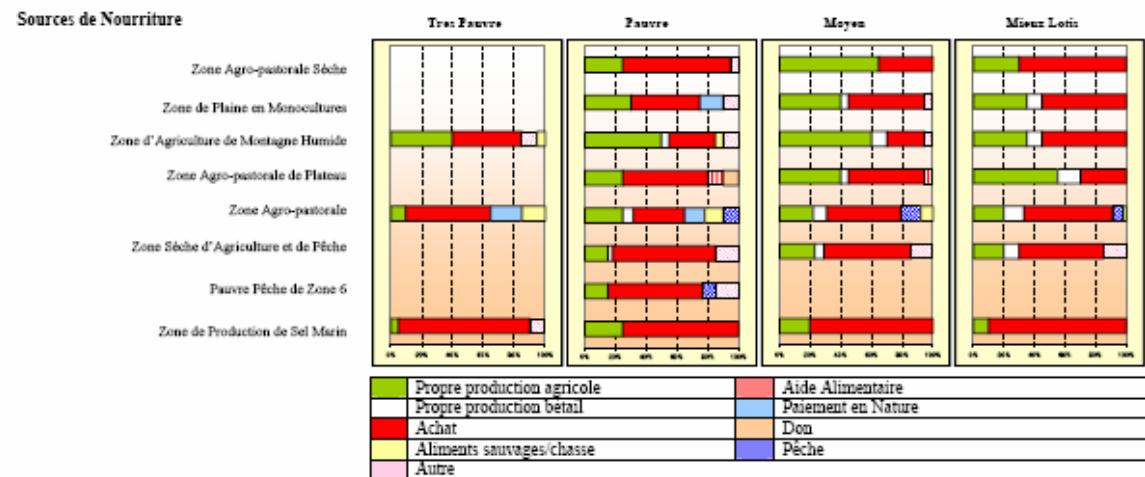
Zones des Modes de Vie Rurales



Zones d'économie alimentaire

- 1** Zone Agro-pastorale Sèche
- 2** Zone de Plaine en Monoculture
- 3** Zone d'agriculture de Montagne Humide
- 4** Zone Agro-pastorale de Plateau
- 5** Zone Agro-pastorale
- 6** Zone Sèche d'agriculture et de Pêche
- 7** Zone de Production de Sel Marin
- 8** Urban





27. Afin d'obtenir des informations directes dans les zones visitées, en ce qui concerne le niveau de précarité par rapport à la sécurité alimentaire, y compris les facteurs importants de vulnérabilité, l'équipe a réalisé une vingtaine d'enquêtes sur la sécurité alimentaire au niveau des ménages dans les communes ciblées. Il faut noter qu'il n'est pas certain que les ménages enquêtés soient vraiment représentatifs pour les communes ou même les départements dans leur ensemble. L'équipe a essentiellement utilisé les données des enquêtes au niveau des ménages pour illustrer, et d'une certaine façon pour vérifier, les résultats et conclusions présentés dans le document 'Profils de modes de vie en Haïti'. Généralement, les résultats des enquêtes de ménage soulignent les données des sources de nourritures et des sources de revenu comme décrites dans l'étude d'USAID FEWSNET. Le tableau ci-dessous présente un compte-rendu des données en forme narrative. Plus d'informations narratives sont disponibles dans l'annexe 6a.

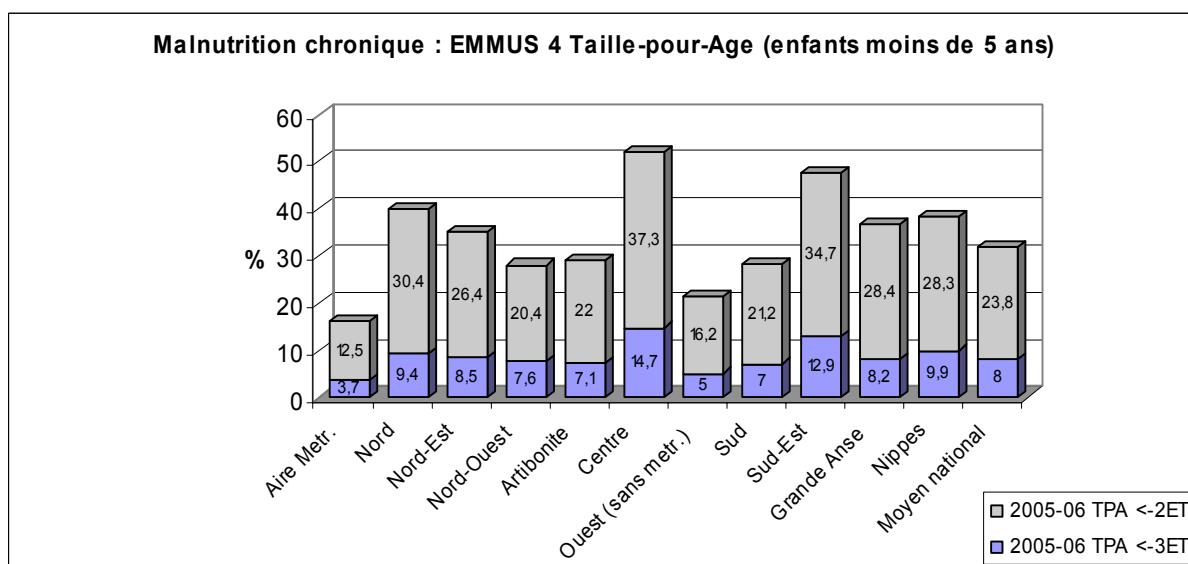
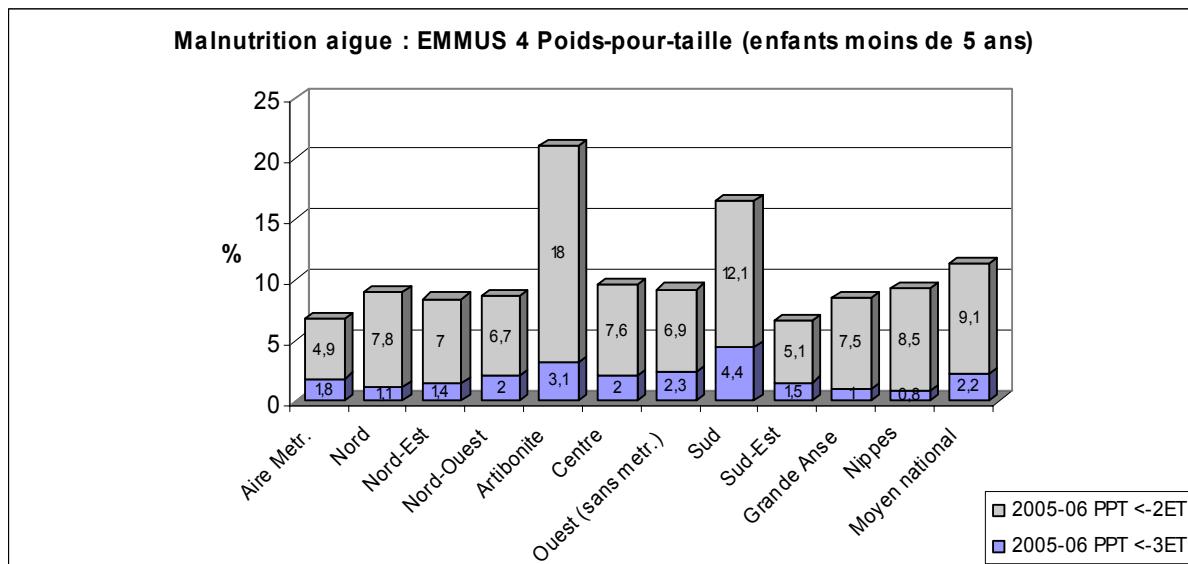
28. Résultats succincts des enquêtes au niveau ménage:

Composition et caractéristiques générales du ménage	9/20 des ménages sont composés de 6-9 personnes, 5/20 des ménages comprennent 4 ou 5 personnes, et 4/20 des ménages ont plus de 9 personnes. 6/20 des ménages sont des familles monoparentales.
Combustible utilisé	Toutes les familles utilisent du bois et/ou du charbon
Niveau d'alphabétisation et scolarisation	Un quart des chefs de ménage ne sont pas alphabétisés. Un quart des ménages avec des enfants en âge scolaire ont des enfants qui ne vont pas à l'école.
Possession des moyens matériels	La grande majorité possède une chaise, une table et un lit, mais la possession d'une bicyclette et/ou une radio n'est pas très commune (seulement un quart/un tiers des ménages).
Possession de bétail	La moitié des ménages n'ont pas de poules, les autres généralement n'en ont qu'une seule ou deux. 11/20 des ménages n'ont pas de cochons, les autres n'en ont généralement qu'un. Un quart des ménages ont des chèvres, ils se trouvent surtout dans le département du Centre. Seulement 3/20 ont une vache, mais aucun ménage dans le département du Centre (la zone agro-pastorale) ne possède une vache. La possession d'un cheval a été mentionnée dans seulement une famille enquêtée.
Accès au terrain à cultiver	7/20 des ménages enquêtés ne cultivent pas du tout (surtout familles périurbaines) ; 9/20 sont propriétaires de terre, et 4/20 sont impliqués dans la culture en métayage.
Sources de revenus	Deux tiers (14/20) dépendent des rémunérations irrégulières, obtenues par le travail entrepris par le père et/ou la mère; un quart dépendent de petit commerce surtout fait par des femmes, tandis que 2/20 (seulement rencontrés dans le département Centre) ont des revenus par la vente des produits agricoles. Pour la deuxième source de revenus, il y a le petit commerce et de la production de charbon par des femmes. Quelques ménages dans le Centre vendent des produits agricoles comme deuxième catégorie de revenus. Dans l'échantillon il y a un seul cas de pêche par le père. Dans quelques ménages, la troisième source de revenus est formée par la vente de produits agricoles, ce qui dépend de la saison et généralement est à très petite échelle.
Dépenses	8/20 dépensent plus que 75% de leurs revenus pour la nourriture, seulement deux ménages enquêtés en Grande Anse dépensent <50% pour la nourriture. 11/20 des ménages ont des dettes, qui étaient nécessaires pour faire face aux situations précaires causées

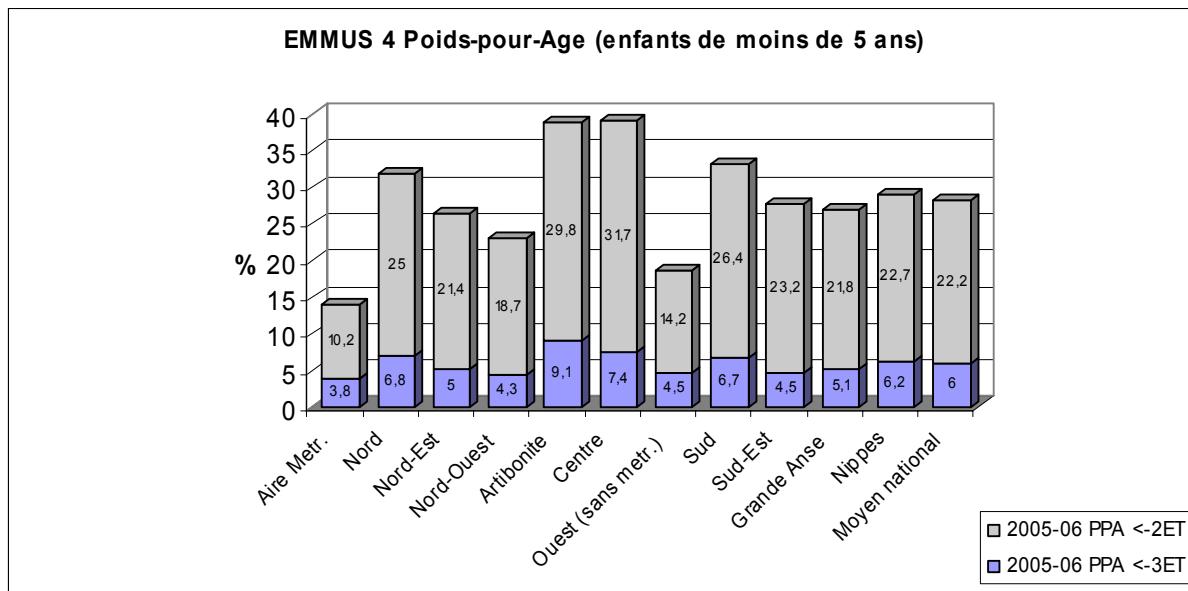
	par des désastres naturels comme des cyclones et inondations et par un besoin médical, comme des naissances compliquées.
Risques naturels et autres chocs externes	Les ménages ciblés généralement ne sont pas affectés par des sécheresses, mais 7/20 ont eu des inondations (mais pas dans le département du Centre) et 9/20 des ménages sont étés affectés par des cyclones (généralement avec beaucoup de dégâts).
	Les maladies phytosanitaires existent dans les zones ciblées, mais elles ne sont pas très communes. Par contre, 7/20 des ménages sont affectés par des maladies du bétail, surtout en ce qui concerne les poules, et plus souvent dans le département du Centre.
Nombre de repas par jour et variations saisonnières	Presque tous les ménages mangent seulement 2 fois par jour, seulement les ménages d'un revenu un peu plus élevé (plus fréquent dans le département Centre) mangent 3 fois. Il y a des périodes de soudure du mois de mars jusqu'à mai, parfois un ou deux mois en automne aussi.
Consommation alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - La grande majorité mange des céréales (la moitié en mange chaque jour et les autres 3 ou 4 fois par semaine); seulement une famille enquêtée n'en mange que 1 ou 2 fois par semaine.
	<ul style="list-style-type: none"> - Presque tous les ménages (19/20) mangent des légumineuses sèches très régulièrement, seulement une famille enquêtée n'en mange que 1 ou 2 fois par semaine.
	<ul style="list-style-type: none"> - 13/20 des ménages régulièrement mangent des tubercules et autres vivrières riches en hydrates de carbone (manioc, igname, fruit de pain, bananes, plantains, etc.).
	<ul style="list-style-type: none"> - La majorité (14/20) ne mange jamais ou seulement 1 ou 2 fois par semaine des produits animaux (lait, œufs, viande, poisson).
	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les ménages consomment de l'huile chaque jour.
	<ul style="list-style-type: none"> - Presque tous les ménages mangent du sucre ou du miel tous les jours, avec l'exception de 2 ménages dans le département Centre.
	<ul style="list-style-type: none"> - Trois quarts des ménages consomment des légumes, feuilles et fruits quotidiennement ; 3/20 les mangent 3-4 fois par semaine et 2/20 1-2 fois par semaine.
	<ul style="list-style-type: none"> - 11/20 des ménages consomment du pain et/ou des spaghetti tous les jours ; 3/20 des ménages les mangent seulement 1 ou 2 fois par semaine.
Allaitement au sein et pratique de sevrage	<ul style="list-style-type: none"> 13/20 des mères pratiquent l'allaitement exclusif (surtout rencontré dans les communes couvertes par un programme de santé d'un ONG internationale). Les autres donnent leur bébé un régime mixte (lait au sein, des biscuits, eau sucrée).
	<ul style="list-style-type: none"> 12/20 commencent le sevrage (introduction des aliments solides) à partir de 6 mois, le reste donne à son enfant des aliments solides à partir de la naissance ou beaucoup plus tard (dans un cas à partir de 24 mois).
Couverture par un programme de cantines scolaires	<ul style="list-style-type: none"> 8/14 des ménages avec des enfants qui sont à l'école bénéficient d'un programme de cantines scolaires, surtout dans le département Centre.

29. **En ce qui concerne la situation nutritionnelle** en Haïti, l'équipe a eu l'avantage de la publication du rapport final de l'EMMUS IV¹⁴ pendant l'exécution de la mission. Pour des données sur la santé et la nutrition, l'EMMUS est généralement la source la plus fiable au niveau national et départemental. Les enquêtes EMMUS ('DHS') sont toujours basées sur un échantillon stratifié et représentatif. La collecte de mesures anthropométriques pour l'EMMUS-IV était faite dans la période d'octobre 2005 jusqu'à juin 2006. Des études similaires précédentes étaient l'EMMUS III en 2000 et l'EMMUS II en 1994/1995. Sur la base de ces données, l'équipe a préparé les diagrammes ci-dessous qui permettent une vue synoptique du statut actuel et des tendances pour la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et la prévalence d'insuffisance pondérale. Il faut noter par contre que dans la méthodologie des enquêtes nutritionnelles telle qu'appliquées par ACF et d'autres ONGs, les cas de kwashiorkor (une condition qui n'est pas très rare en Haïti) ne sont pas inclus dans le chiffre pour la malnutrition aiguë.

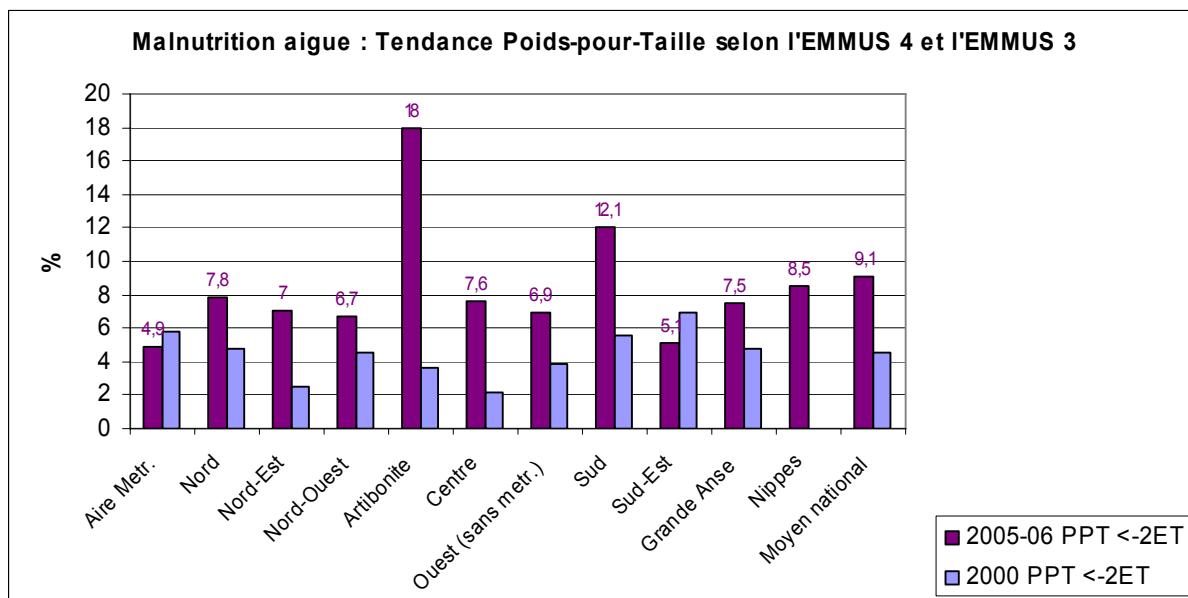
Malnutrition aiguë et chronique, et insuffisance pondérale dans l'enquête EMMUS-IV:

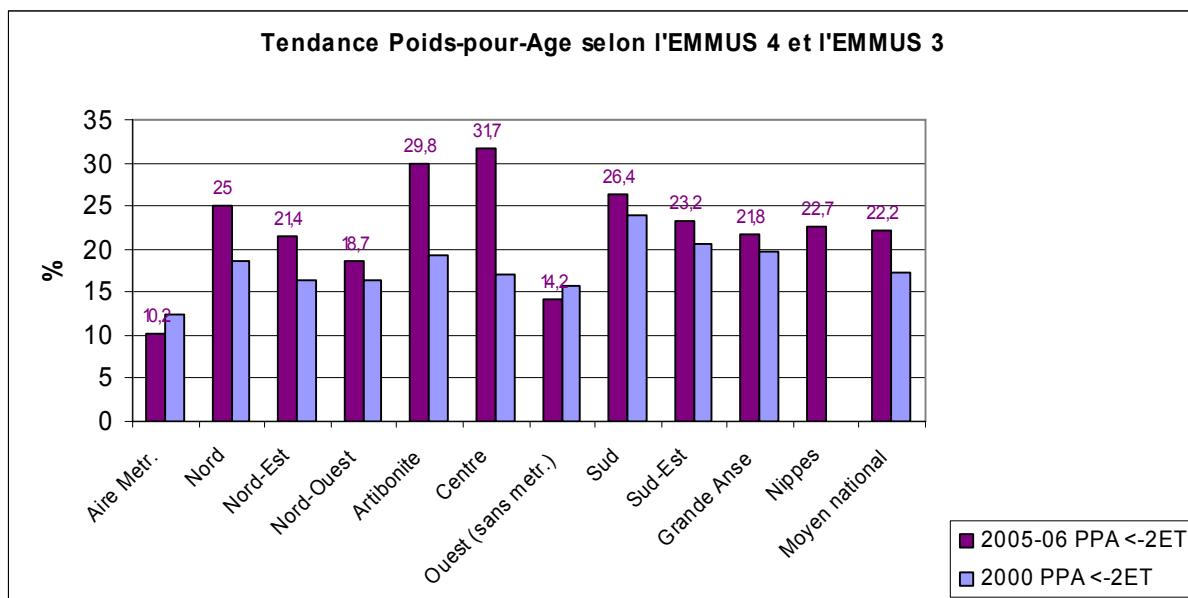
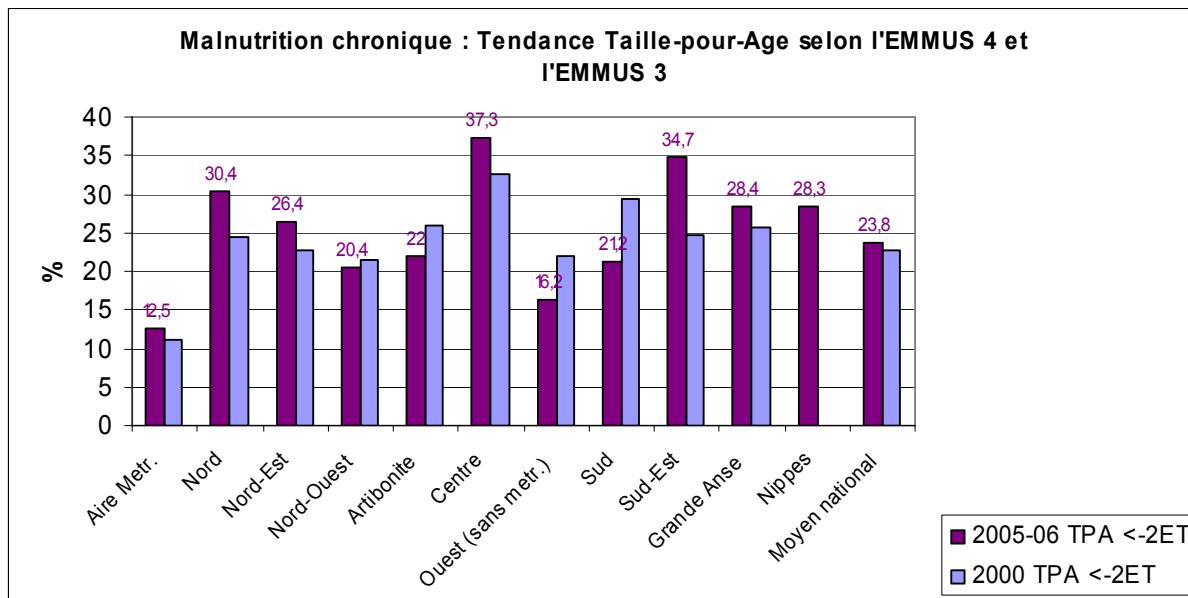


¹⁴ Cayemittes M, MF Placide, S Mariko et al (2007), Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006 EMMUS-IV, Institut Haïtien de l'Enfance / Macro International Inc., Pétion ville / Calverton MD.



Tendances de la malnutrition aigüe et chronique, et de l'insuffisance pondérale à partir de l'EMMUS-III vers l'EMMUS-IV:





³⁰. Comme établi dans les diagrammes qui sont fournis ci-dessus, il faut constater qu'en Haïti le taux de malnutrition aiguë au niveau national est de 9,1%, ce qui est plus ou moins près du seuil normalement adopté pour définir une crise humanitaire (10–15%). Quand on fait une comparaison avec les données de l'EMMUS-III, on ne peut que remarquer que la malnutrition aiguë ne fût pas tellement élevée en 2000. Surtout dans les départements de l'Artibonite et du Sud EMMUS IV a constaté d'urgents problèmes nutritionnels, parce que le taux de malnutrition aiguë là-bas est de 18% et 12% respectivement. L'EMMUS-IV a prouvé qu'en Artibonite il existe une fréquence relativement élevée pour la diarrhée (rapportée en Artibonite pour 36% des enfants pendant les 2 semaines précédentes de l'enquête, et pour 24% des enfants au niveau national), ce qui indique une insuffisance en ce qui concerne l'eau et l'assainissement et/ou hygiène. Mais il faut remarquer ici qu'une certaine influence des variations saisonnières aux chiffres de prévalence de diarrhée n'est pas impossible, parce que la collection des données pour l'EMMUS s'est étendue du mois de septembre au mois de juin, tandis que l'on faisait probablement l'enquête département par département.

³¹. Par rapport à la situation de la malnutrition chronique, les problèmes sont les plus graves dans les départements Centre, Sud-est et Nord, tandis que le taux au niveau national reste en-dessous le seuil généralement adopté (30%). En comparaison avec l'EMMUS-III, la malnutrition chronique est restée plus ou moins au même niveau, mais néanmoins il existe

une altération nette dans le département Sud-est où le taux de la malnutrition chronique est monté de 25% à 35% et dans le département Nord où on a constaté une augmentation de 24% à 30%. Les données indiquent que les problèmes par rapport à la qualité de la nourriture (et la pauvreté en général) en combinaison avec des infections fréquentes sont les plus persistants dans le département du Centre. En effet, dans ce département la mortalité pour les enfants de moins de 5 ans est aussi beaucoup plus élevée (155 %) que dans les autres départements¹⁵.

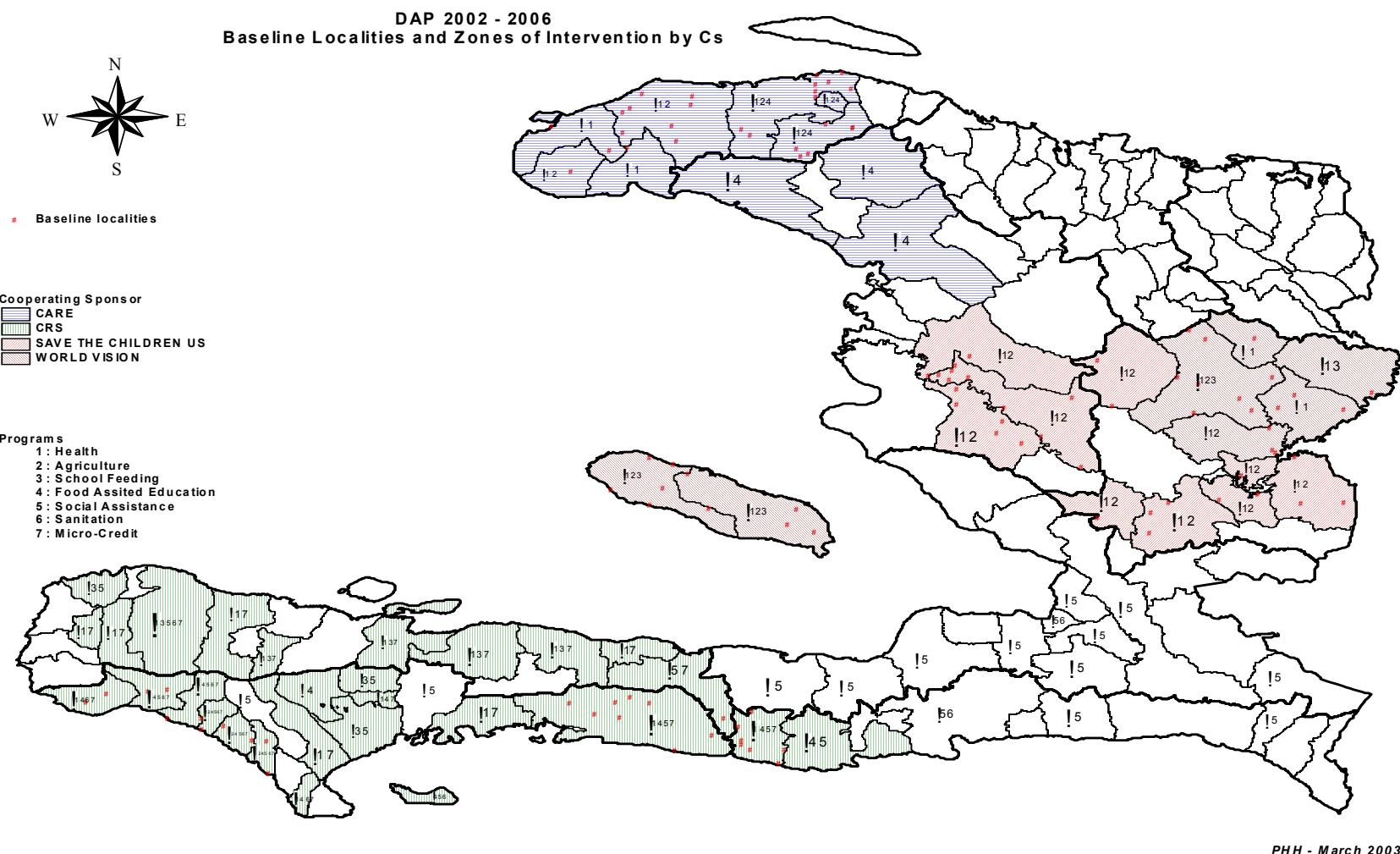
³². Une autre source de données sur le changement du statut nutritionnel en Haïti pendant les années passées est le rapport d'évaluation du programme en Haïti d'assistance en développement PL-480 Title II¹⁶ financé par l'USAID pendant le période 2002 - 2007¹⁷. L'objectif général de ce programme est l'amélioration de la sécurité alimentaire par des activités multisectorielles (en couvrant les secteurs de la santé et nutrition, l'agriculture, la gestion des ressources naturelles, des micro-crédits et de l'éducation primaire - y compris une composante des cantines scolaires).

³³. L'étude était faite dans les communes couvertes par le programme DAP ('Development Assistance Programme') mis en oeuvre par des ONGs américaines CARE, CRS, World Vision et Save the Children US. La couverture du programme est indiquée dans le plan fourni ci-dessous. Il faut noter que le programme est présent dans les trois départements ciblés par cette évaluation ex-ante commandée par ECHO, et couvre presque toutes les communes de ces départements.

¹⁵ La mortalité pour les enfants moins de 5 ans dans le département Ouest est aussi élevée à 132 %, tandis que les autres départements ont un taux de mortalité entre 59 % et 107 %.

¹⁶ Merritt CG, NL Frankel, P Hopstock & N Schlossman (2006), Draft Final Report of the 2006 evaluation of the PL-480 Program in Haiti, Development Associates, Arlington.

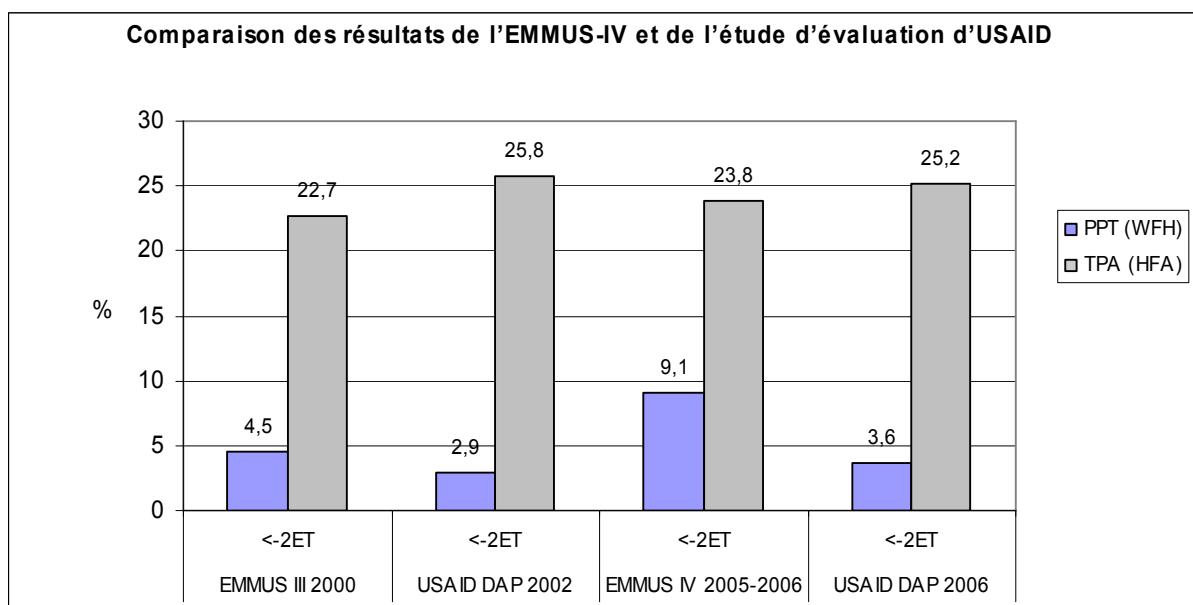
¹⁷ Le budget annuel du programme PL-480 Title II se montait à US\$ 22 million par an.



34. Le tableau suivant présente le résumé des données nutritionnelles de l'étude de base exécutée en 2002 avant le début des activités, et de l'évaluation finale du programme DAP en Haïti faite en 2006. Ce rapport d'évaluation concluait que le programme DAP n'a pas pu changer la prévalence de malnutrition dans les communes couvertes. Dans le rapport, il est supposé que ce résultat un peu décevant est causé par la persistance de l'insécurité alimentaire et par la haute prévalence des maladies comme la diarrhée et des infections respiratoires qui fréquemment touchent les enfants de moins de 5 ans.

	2002		2006	
	<-2ET	<-3ET	<-2ET	<-3ET
Poids pour taille	3 %	0,2 %	4 %	0,1 %
Taille pour âge	26 %	9 %	25 %	8 %
Poids pour âge	21 %	3,8 %	23 %	4,3%

35. Remarquablement, les résultats de cette étude du programme PL-480 Title II ne correspondent pas tout à fait aux données obtenues dans les études EMMUS-III et EMMUS-IV. Une visualisation de la comparaison des résultats de l'EMMUS-IV et les données de l'étude d'USAID est présentée ci-dessous. Il faut noter que la détérioration en ce qui concerne la malnutrition aiguë qui était trouvée dans l'EMMUS-IV n'est pas présente dans l'étude d'évaluation exécutée par USAID. Il n'est pas évident de comprendre pourquoi ces différences existent, et par quels facteurs elles sont causées. Une des explications pourrait être que les deux études ne sont pas tout à fait comparables parce qu'elles ne couvraient pas le même ensemble de communes. Il est possible que dans les communes couvertes par le programme d'USAID la situation nutritionnelle est restée la même, ce qui dans ce cas devrait être considéré comme un acquis important du programme DAP parce que, par contre, dans les autres communes qui n'étaient pas couvertes par le programme PL-480 Title II la sécurité alimentaire de la population rurale s'était beaucoup détériorée.



Comparaison du taux de malnutrition en Haïti au niveau national avec les seuils de signification santé publique et quelques pays pauvres dans des autres régions du monde:

Indicateur d'état nutritionnel	Seuils de signification santé publique (OMS)	EMMUS III Haïti 2000	EMMUS IV Haïti 2005/06	DHS Niger 2006	DHS Ethiopie 2005	DHS Zimbabwe Mai 2006
Taille de l'échantillon	-	6,176 (nat'l)	2,841 (nat'l)	4,185 (nat'l)	4,586 (nat'l)	4,860 (nat'l)
PPT (malnutrition aigüe)	> 15% ¹⁸	4.5%	9.1%	10.3%	10.5%	6.4%
TPA (malnutrition chronique)	> 30%	22.7%	23.8%	50.0%	46.5%	29.4%
PPA (sous poids)	> 20%	17.3%	22.2%	44.4%	38.4%	16.6%

4.2. Santé

³⁶. En ce qui concerne le système de santé, selon la Carte de la Pauvreté en Haïti (MinPlan/BID, 2004), dans le Département du Centre l'accessibilité à la santé est très faible ou faible pour 83% des ménages en milieu rural; pour la Grand Anse le pourcentage est de 72% et pour le Sud de 61%.

³⁷. Dans son Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme (août 2005), le MSPP énumère des objectifs ambitieux à l'horizon 2008. Peu de ceux-ci ont été atteints. En particulier, la révision du cadre légal et institutionnel pour la décentralisation demeure, à ce jour, lettre morte.

³⁸. Les UCS (Unités Communales de Santé), censées présenter une meilleure interface entre les communautés et le système de santé, tardent à se développer. Le MSPP, en partenariat avec la BID a identifié 12 UCS prioritaires dont la mise en place est à l'ordre du jour. Faute de ressources humaines et de moyens financiers, peu de ces UCS, qui regrouperont plusieurs communes, sont fonctionnelles.

³⁹. La mise à la disposition des populations d'un Paquet Minimum de Services, édicté par le Plan Stratégique, ne s'est pas matérialisée. Les soins demeurent payants et difficilement accessibles à la majorité des habitants. Une politique de recouvrement des coûts est en phase d'élaboration mais, à ce jour, le système de tarification apparaît très erratique et peu contrôlé.

⁴⁰. Les ressources humaines sont limitées; à savoir, 2.5 médecins, 1 infirmière et 2.5 auxiliaires de santé pour 10.000 habitants.

⁴¹. Mais, plus que l'insuffisance des ressources humaines, c'est leur mauvaise répartition qui affecte la prestation de services de qualité. Par exemple, on dénombre un taux de 1 médecin pour 1.600 habitants dans le Département de l'Ouest pour 1 médecin pour 67.000 habitants dans le Département de la Grande Anse.

⁴². Les hôpitaux périphériques souffrent d'un manque patent de médecins spécialistes, d'où la nécessité pour le MSSP de faire largement appel à la coopération cubaine (462 médecins cubains en Haïti).

⁴³. Le pays a été le champ d'application de nombreux projets verticaux: lutte contre la diarrhée, contre la malnutrition et plus récemment contre le SIDA. L'« approche projet » (de

¹⁸ Normalement, ce seuil de prévalence est appliqué pour le taux de malnutrition aigüe globale (en anglais 'GAM, global acute malnutrition') ce qui inclue les cas de PPT < -2 ET et les cas de kwashiorkor.

nature verticale) avec de substantiels apports de partenaires de la communauté internationale, prévaut. Cette approche s'effectue au détriment d'une intégration des différents axes prioritaires au niveau des structures de base (approche horizontale).

44. Un grief émis par le Chef de Service de la Gestion de la Coopération Externe du MSPP concerne la quasi anarchie dans laquelle les organisations étrangères viennent s'insérer dans le système de santé haïtien. Il a fait allusion aux compétences très inégales de ces organisations et au fait que ces dernières ne référaient souvent pas de leurs interventions aux instances départementales et nationales.

45. D'une façon générale, il semble réaliste de conclure que le potentiel local a été sous-utilisé (à présent, 45% des dépenses de santé vont au système sanitaire privé) et que, par voie de conséquence, les prérogatives du MSSP, tant dans le domaine normatif que le domaine régulateur, se sont érodées au fil des années de la crise en Haïti.

46. Les principaux bailleurs de fonds dans le domaine de la santé sont le Gouvernement des Etats-Unis, le Fonds Global et la BID.

47. L'USAID avec un budget de 31 millions de dollars finance les opérations de CARE, CRS, SC/US et WV. Ces programmes ne sont pas médicaux stricto sensu car leur principale composante est nutritionnelle, mais ils incluent des volets tels que la santé maternelle, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la santé de la reproduction, la tuberculose et le VIH/SIDA.

48. Le Fonds Global a alloué une subvention pour la lutte contre le paludisme (7,5 millions) et pour la lutte contre la tuberculose (6,5 millions).

49. La BID va, prochainement, consacrer 22 millions de dollars au renforcement de 11 UCS qui vont être équipée et réhabilitées. Dans 6 UCS, la BID financera aussi la prestation des services (salaires, médicaments). Dans quatre de ces dernières (Grand Goave, Jean Rabel, La Chapelle et Saint Marc), la BID passera un contrat avec des ONG. Dans les deux autres (Aquin et Port Salut), les fonds seront gérés par le MSPP.

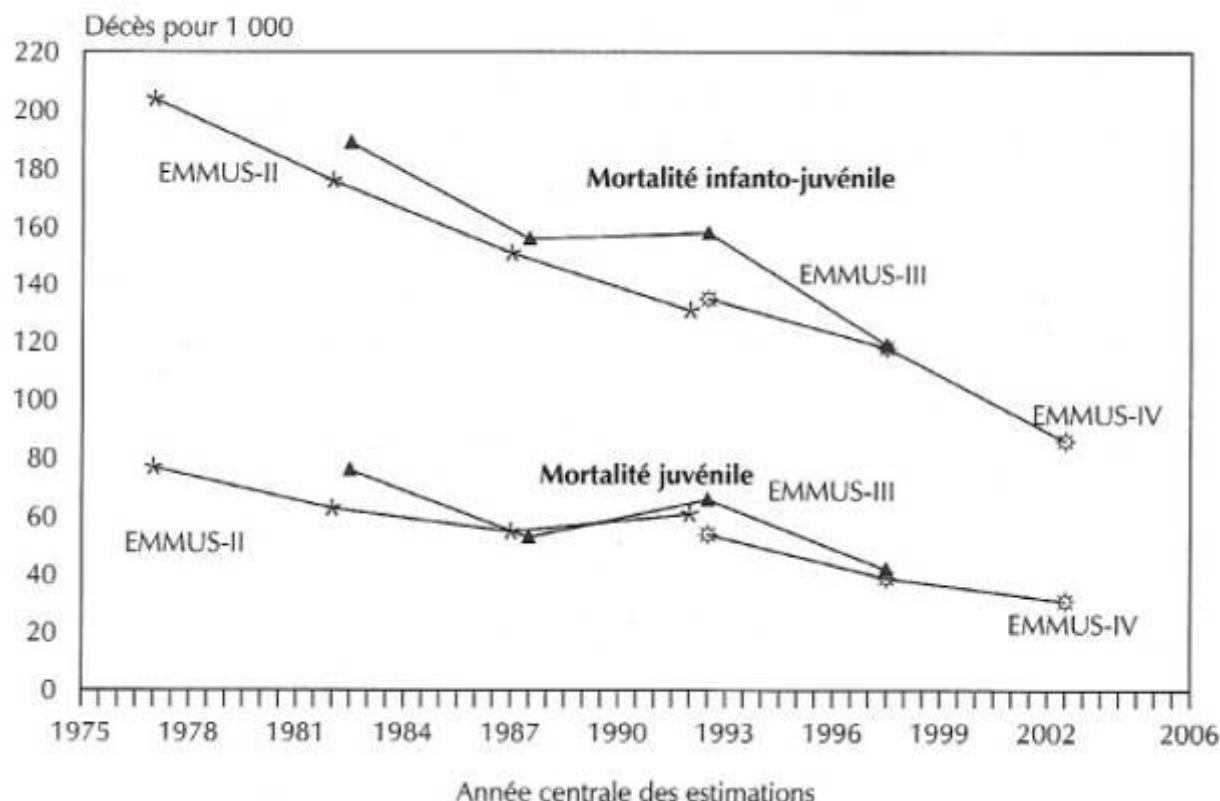
50. **En ce qui concerne l'état de santé des populations**, pour toutes les tranches d'âge, le pays est en dans une transition épidémiologique qui va des maladies infectieuses (surtout pour les enfants) aux maladies chroniques (accidents vasculaires cérébraux, diabète et cancer, surtout pour les adultes) comme les causes croissantes de mortalité. Notons aussi la fréquence de la tuberculose (prévalence de 132 cas pour 100.000 en 2005) bien qu'un recul de cette maladie, résultat des efforts déployés par le MSPP et le Fonds Global, soit indéniable (180 cas pour 100.000 en 2002).

51. Les autorités sanitaires, tant au niveau central qu'au niveau périphérique, n'ont pas été en mesure de fournir à l'équipe des données permettant d'établir un profil épidémiologique des populations et un descriptif sur l'utilisation des services. Toutefois, la visite de l'équipe a coïncidé avec la publication d'une « Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services » (EMMUS IV 2005-2006). Cette enquête est basée sur les Demographic Health Surveys pratiqués depuis deux décennies dans divers pays. De par la rigueur de la méthodologie et l'ampleur de l'échantillon, ce type d'enquête est considéré comme une base très fiable de données par les experts. Par ailleurs, ce type d'enquête qui a été répété tous les 5 ans en Haïti permet de dégager des tendances.

52. **En ce qui concerne la santé des enfants**, pour la période 0-4 ans, avant l'enquête EMMUS (2002-2006), les résultats montrent que sur 1.000 naissances, 57 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (mortalité infantile). Sur 1.000 enfants âgés d'un an, 31 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est donc de 86 pour mille (mortalité infanto-juvénile).

53. Rappelons que les trois premières causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans restent la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës qui représentent 55% des décès documentés dans cette tranche d'âge.

Tendances de la mortalité juvénile et infanto-juvénile selon l'EMMUS-II 1994-1995, l'EMMUS-III 2000 et l'EMMUS-IV 2005-2006



⁵⁴. Les données du tableau ci-dessus permettent de retracer la mortalité infantile et juvénile au cours des quinze dernières années. Bien que ces taux se situent encore parmi les plus élevés au monde, ils ont cependant diminué régulièrement depuis quinze ans. Globalement, entre 1986-1990 et 2000-2006, la probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire a baissé de 45%, passant de 156 à 86 pour 1.000. Il convient de noter l'apparent paradoxe entre une détérioration de l'état nutritionnel des enfants et l'amélioration de ce taux. Une relative amélioration des services de santé pourrait expliquer une telle évolution.

⁵⁵. Il ressort de cette étude qu'un enfant de 5 ans sur quatre (24%) avait souffert de la diarrhée pendant les deux semaines précédent l'enquête. La prévalence est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-23 mois (entre 38% et 41%). Pour seulement 21% d'enfants ayant eu la diarrhée, on a recherché un conseil ou un traitement.

⁵⁶. Il convient de noter que, hormis l'utilisation de tisanes, la réhydratation à domicile par des solutions ménagères d'eau salée-sucrée, n'est pas utilisée. Les mères se rendent au dispensaire pour acheter des sachets de sels de réhydratation orale.

⁵⁷. Il ressort aussi que 28% des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédent l'enquête, mais que seulement 35% ont été conduit auprès de personnel médical (16% et 12% respectivement pour les départements du Sud et des Nippes).

⁵⁸. 62% des enfants âgés de 6 à 59 mois présentent un degré quelconque d'anémie. Celle-ci est sûrement liée à des carences nutritionnelles mais aussi à des causes parasitaires. Une autre enquête menée dans les écoles a montré une prévalence des parasitoses intestinales de 32%. Les carences en iodé sont pauvrement documentées mais, selon l'UNICEF et le PAM restent préoccupantes. Des efforts sont en cours pour obtenir des chiffres représentatifs au niveau national et pour travailler avec l'industrie du sel pour arranger des actions de fortification. L'équipe a trouvé que seulement HHF à Jérémie était en train de distribuer des capsules de iodé huile.

⁵⁹ La couverture vaccinale (enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés) est passée de 34% en 2000 à 41% en 2005. Notons cependant qu'un tel niveau demeure dramatiquement bas.

⁶⁰ **En ce qui concerne la santé des mères**, le taux de mortalité maternelle est de 630 décès pour 100.000 naissances vivantes pour la période 0-6 ans précédent l'enquête alors que ce taux était estimé à 523 par l'enquête EMMUS III. Bien que les intervalles de confiance de ces deux valeurs se chevauchent, la différence entre les valeurs est telle que l'on peut conclure que la mortalité maternelle a certainement augmenté au cours des dernières années. Aujourd'hui, en Haïti, une femme court un risque de 1 sur 37 de décéder par cause maternelle pendant les âges de procréation. Une autre étude des « Besoins Obstétricaux Non Couverts » fait état d'un large déficit de prise en charge adéquate des femmes présentant des complications de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Suivant les départements, 32% à 69% des femmes pour lesquelles existait une indication formelle de référence n'ont pas été référées. Notons que le MSPP a fait de la réduction de la maternité maternelle sa première priorité.

⁶¹ Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 85% ont consulté un professionnel de santé pour la naissance la plus récente. La proportion des femmes ayant bénéficié de soins prénatals, qui était de 79% en 2000 (EMMUS III) a donc augmenté. 74% des naissances vivantes des cinq dernières années précédant l'enquête ont été complètement ou partiellement protégées contre le tétanos néonatal.

⁶² A ce jour, 46% des femmes présentent, à un degré quelconque, un état d'anémie.

⁶³ Toujours dans les cinq dernières années ayant précédé l'enquête, seule une naissance sur quatre a eu lieu dans un établissement sanitaire. Les disparités sont grandes si l'on considère le lieu de résidence et, en milieu rural, la majorité des accouchements (85%) ont lieu à domicile.

⁶⁴ En ce qui concerne l'utilisation des services, lors de l'enquête EMMUS IV, dans les ménages, 882 personnes sérieusement malades ou blessées ont été dénombrées. Dans 24% des cas, ces personnes n'ont pas été menées dans un établissement de santé.

⁶⁵ Le coût est la raison la plus fréquemment invoquée pour la non-utilisation des services: 71% des femmes en milieu urbain et 85% d'entre elles en milieu rural. En milieu rural, l'éloignement a été cité dans 26% des cas et le recours à un praticien traditionnel dans 19% des cas.

⁶⁶ Il vient d'être noté que l'éloignement est souvent une cause de non-utilisation des services et, en effet, en milieu rural le temps mis pour atteindre l'établissement de santé est supérieur à une heure dans 29% des cas et supérieur à deux heures dans 23% des cas. Il est cependant intéressant de noter que la qualité des soins joue un rôle prépondérant dans le choix de l'institution fréquentée. Près de la moitié des malades (49%) ont visité une institution différente de celle qui était la plus proche de leur domicile. Les raisons invoquées sont le meilleur équipement de l'établissement choisi (44%) et la plus grande compétence du personnel (44%). (Pour les réponses aux questionnaires posées aux mères de famille sur ces problèmes, voir Annexe 6b).

⁶⁷ Trois annexes additionnelles complètent cette section: l'Annexe 7 avec les détails des visites de terrain dans les trois départements; l'Annexe 8 sur l'accès aux services primaires de santé suivant la Carte de la Pauvreté; et l'Annexe 9 qui donne une idée des problèmes prioritaires de santé et des faiblesses des services de santé.

Tableau comparatif basé sur les données du Rapport Mondial de la Santé de l'année 2005 (OMS) :

Pays	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
	Estimations pour 2003	Estimations pour 2000
Haïti	119	680
République Dominicaine	35	150
Costa Rica	10	25
Bolivie	66	420
Ethiopie	169	850
Zambie	182	750
Rép. Démoc. du Congo	205	990

Note : Les données pour Haïti sont antérieures à l'enquête EMMUS IV et sont donc différentes de celles mentionnées dans le corps du rapport

4.3. Eau, assainissement et hygiène

⁶⁸. La situation actuelle de manque d'accès à l'eau potable est un problème grave et fortement ressenti par les populations. Il est aussi bien connu par toutes les organisations d'aide.

⁶⁹. Il y a un nombre important de sources d'eau. Malgré cette richesse, la majorité de la population dans les zones rurales n'a pas accès à l'eau potable. La majorité ne connaît pas les procédés de traitement de l'eau à un moindre coût. Les problèmes posés par l'eau sont le plus souvent ceux liés à l'insalubrité et la pollution de l'environnement (proximité des bêtes, aires de jeu des enfants, etc.) Même aménagées, les sources sont parfois mal entretenues par les usagers. Pendant les saisons des pluies, la plupart de ces sources sont polluées par l'eau de ruissellement.¹⁹

⁷⁰. Dans plus de 40 visites de ménages effectuées dans les trois départements, les enquêtes ont mentionné le problème d'eau et de latrines parmi les trois premières priorités pour des interventions ponctuelles en santé. Nos questionnaires ont donc révélé qu'un très grand nombre de ménages considéraient l'accès à l'eau potable et, de façon plus surprenante, la construction de latrines comme des éléments prioritaires pour l'amélioration de la santé dans leur communauté.

⁷¹. Selon la Carte de la Pauvreté en Haïti (MinPlan/BID, 2004), l'accès à l'eau potable est très faible ou faible dans 9 communes sur 12 dans le Département du Centre; dans le Département du Sud, c'est le cas pour 8 communes sur 18 et dans le Département de la Grand Anse pour 14 communes sur 18. En ce qui concerne l'accès à l'assainissement 3 communes sur 12 dans le Centre ont un accès faible ou extrêmement faible; dans le Sud, c'est le cas pour 11 communes sur 18 et pour le Département de la Grand Anse 10 communes sur 18. L'équipe n'a pas trouvé de données sur l'hygiène mais pense qu'un haut rang de priorité devrait être assigné à des interventions visant à améliorer les conditions d'hygiène. (Rappelons que l'incidence de diarrhée est plus liée au manque hygiène qu'au manque d'eau).

⁷². Plusieurs ONGs partenaires ont travaillé sur le volet eau et assainissement (mais pas toujours sur le volet de l'hygiène), certaines avec des fonds de la CE. A présent, au moins trois d'entre elles (ACF, MdM et Protos) ont manifesté aux évaluateurs leur désir d'accroître leur présence dans ce secteur mais ne peuvent le faire par manque de fonds.

⁷³. World Vision mène un important projet d'eau et d'assainissement dans le Département du Centre; ce dernier s'achève en ce mois de juin. WV a développé un modèle de latrines très

¹⁹ Information tirée du document « Projet de Référence Haïti Grande Anse », Médecins du Monde, Mai 2007

approprié pour la région. Les évaluateurs ont visité ce projet sur le terrain. Il faut noter que WV n'a trouvé de l'eau que dans 50% des forages creusés.

4.4. Thèmes transversaux

4.4.1. Préparation face aux désastres

74. En Haïti, les désastres naturels sont récurrents; ils font partie de la vie quotidienne.
75. Il existe des actions préventives en cours, mais une évaluation de cinq années de projets de DIPECHO en Haïti avait démontré un manque de capitalisation sur les 'leçons à tirer'. Ce constat a débouché sur le lancement d'un projet de trois ans pour une meilleure gestion locale du risque avec la participation de la CE (Enveloppe B du PIN, 9eme FED), la BM, le PNUD, certaines ONGs et le GdH (Direction de la Protection Civile). Le projet souhaite renforcer la Direction de la Protection Civile et les localités des zones les plus vulnérables dans leur capacité technique pour réduire la vulnérabilité et l'impact des désastres. L'amélioration de la capacité des comités locaux a déjà commencé et la préparation des plans de contingence est en cours. La BM a des fonds disponibles pour de petits projets de génie civil pour prévenir les conséquences des désastres naturels (17.500 USD chacun), mais ce projet se termine fin 2007. Depuis l'an 2000, des comités de prévention du risque ont été créés jusqu'au niveau communal. Seulement quelques uns d'entre eux ont préparé des plans de contingence et des plans pour des petits travaux de génie civil; dans certains cas, il y a aussi eu un prépositionnement de biscuits et de 'non-food items' (NFIs). Néanmoins, dans nombre de communes, les comités n'ont pas fonctionné régulièrement; ces communes sont en train d'être ciblées pour revitaliser ces comités. Dans le Sud, CRS et CARITAS mettent en œuvre une grande partie de ce projet.
76. DIPECHO avait approuvé un projet avec la Croix Rouge Hollandaise dans le Département du Sud qui n'a jamais démarré. Pour l'instant, la FICR a une activité de prévention dans ce domaine dans le Département
77. FEWS se plaint d'avoir très peu d'ONG partenaires qui lui envoient des données de la région Sud; il existe une lacune à ce niveau.
78. L'OPS, en collaboration avec la Direction de la Protection Civile et le MSPP, est engagé dans la formation du personnel de santé aux procédures médico-chirurgicales, dans la formation ('capacity building') de la police, de la Croix Rouge locale et des pompiers; elle est aussi engagée dans la gestion des situations de désastre (y compris l'identification de bâtiments d'abri provisoire, la sensibilisation des enfants dans les écoles, les exercices de simulation et le recensement des ressources humaines et matériels disponibles en cas de désastre). L'OPS a aussi prépositionné des kits de médicaments pour 10.000 personnes dans le Sud (chez TdH et MdM).
79. L'USAID lance actuellement son prochain programme quinquennal (Octobre 2007) qui inclut une composante 'disaster prevention and mitigation'.
80. UNICEF aussi fait des prépositionnements de NFIs, biscuits protéines, laits thérapeutiques, génératrices, bidons pour l'eau, et autres articles.

4.4.2. Genre

81. La sexualité et la reproduction, les relations conjugales et les rapports inter-genre restent peu touchés par les interventions explorées par les évaluateurs. Les conséquences plus visibles sont les grossesses rapprochées de moins de 23 mois et l'absence de conseils et de traitement pour les infections des voies génitales (une source importante et négligée de pathologie chez les femmes). A peu près la moitié des femmes disposent d'un centre de santé dans un rayon de moins de 5 kilomètres. Cependant, en milieu rural, près du tiers des femmes doivent parcourir 15 kilomètres ou plus pour atteindre le centre de santé le plus proche. Dans presque 1 cas sur 7, les décès de femmes qui se produisent entre 15 et 49

ans en Haïti sont dus à des causes maternelles. Aussi, une femme haïtienne court un risque de 1 sur 38 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.^{20 21}

82. Néanmoins, selon quelques interlocuteurs interviewés, la situation des femmes dans le Sud serait meilleure à présent qu'elle ne l'était par le passé. Le nombre de groupes de femmes organisées a augmenté, même dans les zones rurales. Les évaluateurs ont participé à une réunion d'un club de mères à la Grande Anse et ont pu dialoguer avec elles. Contrairement, l'équipe n'a pas trouvé des groupes d'hommes organisés autour des actions de génération de revenus ou axés sur des aspects humanitaires proprement dits.

83. FAO a un projet d'agriculture périurbaine à Jérémie qui cible les groupes de femmes. Ils veulent ajouter un volet nutrition à ces activités courantes.

84. WV a été actif dans le Département du Centre dans la promotion de jardins potagers en travaillant avec des groupes de femmes au milieu rural.

85. L'équipe n'a pas non plus trouvé de projets des partenaires qui incluent des actions proactives de santé reproductive, sinon de modestes activités de planning familial.

86. La prévalence contraceptive a légèrement augmenté puisque 22% des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2000, alors qu'elles étaient 25% en 2005. Toutefois, on estime que seulement 46% de la demande potentielle en planification familiale pour les femmes en union est satisfaite.

4.4.3. VIH/SIDA

87. Comme dit, en Haïti, les maladies infectieuses demeurent la première cause de mortalité, au rang desquelles le VIH/SIDA occupe la première place chez les adultes.

88. La vulnérabilité au VIH reste donc importante en Haïti tant au milieu urbain que rural. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans indique que 2,2% d'elles sont séropositives pour 2% chez les hommes. Ce ratio de 1,15 qui démontre la plus grande vulnérabilité des femmes se retrouve dans de nombreuses enquêtes similaires.

89. Le « Fonds Global » a alloué deux subventions de 5 ans pour la lutte contre le SIDA (60 et 50 millions de dollars)

90. Le budget du plan opérationnel de « l'US President Emergency Plan for AIDS Relief » (PEPFAR) est de 75,5 millions de dollars pour 2007 et a pour objectif le traitement anti-rétroviral de 15 000 malades.

91. Parmi les ONGs contactées, CARE, avec des fonds de PEPFAR, est engagée dans des activités de dépistage volontaire du VIH; les activités portent aussi sur la protection des nouveaux nés de mères VIH (+), l'appui aux orphelins du SIDA et le traitement des patients VIH (+) avec des médicaments anti-rétroviraux.

4.4.4. Environnement

92. La situation préoccupante de la dégradation de l'environnement en Haïti est bien connue et ne sera pas décrite de manière plus détaillée dans ce rapport. Elle est liée à la collecte de bois comme carburant et à la production de charbon pour la vente (une importante source de revenus pour une partie de la population rurale); les mauvaises pratiques dans la culture des sols (absence de retenue d'eau) aggravent la situation.

93. Dans le sud, FAO et CARE mènent des projets visant à minimiser l'érosion du sol. En plus, AVSI et CARE ont entrepris de petits programmes de reboisement social dans le Département du Sud.

²⁰ Par rapport aux autres pays d'Amérique Latine et des Caraïbes, Haïti se caractérise par une très forte mortalité maternelle. En effet, son niveau actuel (630 pour 100,000) est plus élevé qu'en Bolivie en 1994; plus élevé qu'en République Dominicaine en 1996; plus élevé qu'au Brésil 1996) et, surtout, il est près de 18 fois plus élevé que dans les pays développés.

²¹ Information tirée du document « Projet de Référence Haïti Grande Anse », Médecins du Monde, Mai 2007

5. Besoins essentiels dans l'humanitaire: Principaux défis à relever

5.1. Sécurité alimentaire et nutrition

⁹⁴. Récemment, le FSAU ('Food Security Analysis Unit' qui s'occupe de la Somalie) a élaboré un cadre d'analyse de la sécurité alimentaire et des besoins humanitaires qui permet une analyse harmonisée et structurée de cette sécurité et est basé sur un processus transparent de prise de décisions stratégiques²². Le système de classification 'IPC' ('**Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification**') fournit un mécanisme pour faire un résumé de la situation humanitaire sur la base d'une liste d'indicateurs fixes et sur les produits - 'outcomes' (basés sur la situation d'urgence qui affecte les modes de vie et les vies mêmes de la population ciblée). Les indicateurs ont des valeurs seuil accordées, mais aussi il faut considérer des tendances temporelles ('trends'). L'ensemble des indicateurs porte sur la mortalité, la malnutrition aiguë, la prévalence des maladies, l'accès aux aliments et à l'eau, la possession des ressources des modes de vie, le statut de la sécurité civile, etc. Cette approche intégrée permet une triangulation et une certaine adaptabilité du système IPC aux différentes situations d'urgence. L'IPC propose cinq phases d'urgence qui vont d'une phase où la nourriture est assurée jusqu'à une phase de famine/catastrophe humanitaire (réf. la figure ci-dessous). Puis, le cadre stratégique de réponse s'utilise comme guide pour atteindre les objectifs suivants : 1) atténuer les résultats négatifs immédiats de la crise, 2) soutenir les modes de vie ; 3) s'attaquer aux causes structurelles qui sont à la base de la crise.

²² Food Security Analysis Unit – Somalia (2006), Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification: Technical Manual Version I, Technical Series, Report No. IV.11, Nairobi.

Phase Classification		Key Reference Outcomes (current or imminent outcomes on lives and livelihoods; based on convergence of evidence)	Strategic Response Framework (mitigate immediate outcomes, support livelihoods, and address underlying/structural causes)
1	Generally Food Secure	<p>Crude Mortality Rate < 0.5 / 10,000 / day</p> <p>Acute Malnutrition <3 % (w/h <-2 z-scores)</p> <p>Stunting <20% (w/age <-2 z-scores)</p> <p>Food Access/ Availability usually adequate (> 2,100 kcal ppp day), stable</p> <p>Dietary Diversity consistent quality and quantity of diversity</p> <p>Water Access/Avail. usually adequate (> 15 litres ppp day), stable</p> <p>Hazards moderate to low probability and vulnerability</p> <p>Civil Security prevailing and structural peace</p> <p>Livelihood Assets generally sustainable utilization (of 5 capitals)</p>	<p>Strategic assistance to pockets of food insecure groups</p> <p>Investment in food and economic production systems</p> <p>Enable development of livelihood systems based on principles of sustainability, justice, and equity</p> <p>Prevent emergence of structural hindrances to food security</p> <p>Advocacy</p>
2	Chronically Food Insecure	<p>Crude Mortality Rate <0.5/10,000/day; U5MR<1/10,000/day</p> <p>Acute Malnutrition >3% but <10 % (w/h <-2 z-score), usual range, stable</p> <p>Stunting >20% (w/age <-2 z-scores)</p> <p>Food Access/ Availability borderline adequate (2,100 kcal ppp day); unstable</p> <p>Dietary Diversity chronic dietary diversity deficit</p> <p>Water Access/Avail. borderline adequate (15 litres ppp day); unstable</p> <p>Hazards recurrent, with high livelihood vulnerability</p> <p>Civil Security Unstable; disruptive tension</p> <p>Coping 'insurance strategies'</p> <p>Livelihood Assets stressed and unsustainable utilization (of 5 capitals)</p> <p>Structural Pronounced underlying hindrances to food security</p>	<p>Design & implement strategies to increase stability, resistance and resilience of livelihood systems, thus reducing risk</p> <p>Provision of 'safety nets' to high risk groups</p> <p>Interventions for optimal and sustainable use of livelihood assets</p> <p>Create contingency plan</p> <p>Redress structural hindrances to food security</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Advocacy</p>
3	Acute Food and Livelihood Crisis	<p>Crude Mortality Rate 0.5-1 /10,000/day, U5MR 1-2/10,000/day</p> <p>Acute Malnutrition >10-15 % (w/h <-2 z-score), > than usual, increasing</p> <p>Disease epidemic; increasing</p> <p>Food Access/ Availability lack of entitlement, 2,100 kcal ppp day via asset stripping</p> <p>Dietary Diversity acute dietary diversity deficit</p> <p>Water Access/Avail. 7.5-15 litres ppp day, accessed via asset stripping</p> <p>Destitution/Displacement emerging; diffuse</p> <p>Civil Security limited spread, low intensity conflict</p> <p>Coping 'crisis strategies'; CSI > than reference; increasing</p> <p>Livelihood Assets accelerated and critical depletion or loss of access</p>	<p>Support livelihoods and protect vulnerable groups</p> <p>Strategic and complimentary interventions to immediately ↑ food access/availability AND support livelihoods</p> <p>Selected provision of complimentary sectoral support (e.g., water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Strategic interventions at community to national levels to create, stabilize, rehabilitate, or protect priority livelihood assets</p> <p>Create or implement contingency plan</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Use 'crisis as opportunity' to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>
4	Humanitarian Emergency	<p>Crude Mortality Rate 1-2 / 10,000 / day, >2x reference rate, increasing; U5MR > 2/10,000/day</p> <p>Acute Malnutrition >15 % (w/h <-2 z-score), > than usual, increasing</p> <p>Disease pandemic</p> <p>Food Access/ Availability severe entitlement gap; unable to meet 2,100 kcal ppp day</p> <p>Dietary Diversity Regularly 2-3 or fewer main food groups consumed</p> <p>Water Access/Avail. < 7.5 litres ppp day (human usage only)</p> <p>Destitution/Displacement concentrated; increasing</p> <p>Civil Security widespread, high intensity conflict</p> <p>Coping 'distress strategies'; CSI significantly > than reference</p> <p>Livelihood Assets near complete & irreversible depletion or loss of access</p>	<p>Urgent protection of vulnerable groups</p> <p>Urgently ↑ food access through complimentary interventions</p> <p>Selected provision of complimentary sectoral support (e.g., water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Protection against complete livelihood asset loss and/or advocacy for access</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Use 'crisis as opportunity' to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>
5	Famine / Humanitarian Catastrophe	<p>Crude Mortality Rate > 2/10,000 /day (example: 6,000 /1,000,000 /30 days)</p> <p>Acute Malnutrition > 30 % (w/h <-2 z-score)</p> <p>Disease pandemic</p> <p>Food Access/ Availability extreme entitlement gap; much below 2,100 kcal ppp day</p> <p>Water Access/Avail. < 4 litres ppp day (human usage only)</p> <p>Destitution/Displacement large scale, concentrated</p> <p>Civil Security widespread, high intensity conflict</p> <p>Livelihood Assets effectively complete loss; collapse</p>	<p>Critically urgent protection of human lives and vulnerable groups</p> <p>Comprehensive assistance with basic needs (e.g. food, water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Immediate policy/legal revisions where necessary</p> <p>Negotiations with varied political-economic interests</p> <p>Use 'crisis as opportunity' to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>

95. Au fond, il faut appliquer la méthodologie IPC en utilisant des données pour plusieurs des 'outcomes' de référence. Néanmoins, en Haïti, il est possible de classifier la situation humanitaire en donnant priorité aux chiffres sur la prévalence actuelle de la malnutrition et en utilisant l'information disponible sur les autres indicateurs d'une façon plus qualitative. Il est logique de prendre le rapport EMMUS-IV comme base principale des chiffres fiables sur la malnutrition au niveau national et départemental. Donc, on peut déduire que la situation en **Artibonite** se trouve dans une phase d'urgence humanitaire (phase 4), tandis que la population dans le **département Sud** fait face à une crise alimentaire et une crise des modes de vie (phase 3). Pour les autres départements, il y a apparemment moins de problèmes: quelques uns se trouvent dans la phase 2 d'insécurité alimentaire chronique --ce qui n'est pas tellement éligible à l'aide humanitaire - mais il y a d'autres départements qui sont dans la phase 1 (généralement assurés de la nourriture). **Les départements de La Grande Anse et du Centre** se placent dans phase 2, à cause d'une combinaison d'un taux

élevé de 'stunting' (taille-pour-âge)²³ avec un taux un peu élevé par rapport à la malnutrition aiguë (mais pas d'un niveau vraiment préoccupant).

96. Quand on suit le cadre stratégique de réponse de l'IPC comme guide pour atteindre les objectifs ci-dessus, il devient clair que dans le secteur de la sécurité alimentaire, il faudra se concentrer sur l'Artibonite et le département du Sud. Les interventions suggérées ci-dessus qui viennent directement de l'approche IPC, ne seront pas tous appropriées pour un financement par ECHO. Donc l'équipe a ajouté aux interventions de l'IPC certains exemples d'interventions appropriées à la situation spécifique des pauvres et des plus pauvres dans les départements concernés, a savoir:

97. Pour l'**Artibonite**, les actions appropriées sont les suivantes:

- Il serait recommandable de répéter l'enquête nutritionnelle pour confirmer le taux de malnutrition aigüe trouvé dans l'enquête EMMUS IV (18%) et pour voir si ce taux est le même pour les différentes zones agro-écologiques du département.
- En général, il faut urgentement protéger les groupes les plus vulnérables (surtout les femmes enceintes et les jeunes enfants).
- Des interventions complémentaires pour améliorer l'accès à la nourriture par achat au marché, à savoir, dans la zone agro-écologique 1 (agro-pastorale sèche) et la zone 2 (plaines en monoculture), étendre les options pour les ménages pauvres à gagner leur pain en vendant leur travail et/ou par des activités de petit commerce.
- Dans toutes les zones agro-écologiques mais surtout dans les zones 2 (plaines en monoculture) et 3 (agriculture de montagne humide) il faut promouvoir de nouvelles approches pour la production de denrées alimentaires, à savoir, des projets ménagères de petit bétail²⁴, de petit maraîchage et/ou d'arbres fruitiers.
- Des interventions complémentaires de soutien sectoriel (dans les domaines eau et assainissement et santé).
- La protection des modes de vie pour éviter une perte complète des ressources (par exemple, des actions qui considèrent l'introduction d'un système de micro-crédits dans toutes les zones agro-écologiques avec un taux d'intérêt plus favorable pour remplacer le système anachronique et usuraire existent).
- Le suivi de près de la situation humanitaire actuelle avec l'utilisation des indicateurs de processus et de 'outcome'.
- La recherche d'opportunités pour adresser les causes structurelles soujacentes, à savoir la promotion de la stabilité et de la sécurité dans le pays, les travaux d'infrastructure, la lutte contre l'érosion, etc.

98. Dans le **Département du Sud**, il faudra mener les actions suivantes:

- La protection des groupes les plus vulnérables (surtout les femmes enceintes et les jeunes enfants, y compris les soins curatifs pour les enfants mal nourris et les soins préventifs pour les mères et leurs nourrissons).
- Le soutien des modes de vie existants (surtout l'agriculture sèche et la pêche dans les zones côtières et l'agro pastoralisme dans la montagne).
- Dans les zones 2 (plaines en monoculture), 5 (agro pastorales) et 6 (agriculture sèche et pêche), des interventions complémentaires pour améliorer l'accès à la nourriture par achat au marché, à savoir, étendre les options pour les ménages pauvres à gagner leur pain en vendant leur travail et/ou par des activités de petit commerce.
- Promotion de nouvelles approches pour la production de denrées alimentaires dans le limite des opportunités disponibles dans chacune des zones 2, 5 et 6, à savoir, des projets ménagères de petit bétail²⁵, de petit maraîchage et/ou d'arbres fruitiers et, l'intensification de la pêche.
- Des interventions complémentaires de soutien sectoriel (dans les domaines eau et assainissement et santé).

²³ Ce taux élevé de 'stunting' en fait est présent dans tout le pays sauf le département Ouest.

²⁴ En assurant l'accès aux services vétérinaires

²⁵ En assurant l'accès aux services vétérinaires

- Des interventions stratégiques du niveau communautaire jusqu'au niveau national pour la création, stabilisation, réhabilitation ainsi que la protection des modes de vie prioritaires (par exemple, un plaidoyer en faveur d'une modification du système de métayage).
- La création ou la mise en œuvre d'un plan de contingence (surtout en relation avec les cyclones et les inondations) ;
- Le suivi de près de la situation humanitaire actuelle avec l'utilisation des indicateurs de processus et de '*outcome*'
- La recherche d'opportunités pour adresser les causes structurelles soujacentes, à savoir la promotion de la stabilité et de la sécurité dans le pays, les travaux d'infrastructure, la lutte contre l'érosion, etc.

Finalement, il est important de faire ressortir le fait que le processus en cours de préparation d'un PRSP pour Haïti ne mentionne pas du tout la sécurité alimentaire. Cela paraît particulièrement paradoxal étant donnée la situation du pays.

5.2. Santé

^{99.} Les lectures, les entretiens, les observations directes et les réponses aux questionnaires des évaluateurs ont mis en évidence des besoins importants:

^{100.} Hormis les localités où un forfait pour les soins était proposé, l'accès financier aux structures sanitaires était très limité. Ce point est confirmé par l'étude EMMUS et par nos visites sur le terrain qui ont montré la faible utilisation des centres de santé et des hôpitaux. Un point crucial dans le faible taux de fréquentation des établissements est aussi le manque de disponibilité des médicaments essentiels. Si toutefois ceux-ci sont présents, ils parviennent à un coût souvent prohibitif pour l'utilisateur, si l'on tient compte des marges réalisées par la centrale d'achat, les dépôts départementaux (15 à 20%) et les centres de santé (20%). Il est aussi pratique courante pour les agents de santé de s'approvisionner dans le secteur privé et de revendre ces médicaments dans les formations sanitaires. Par ailleurs, la poly-pharmacie et la prescription de produits d'efficacité douteuse sont fréquentes. Des prix de 200 – 300 Gourdes pour une consultation, les examens de laboratoire et les médicaments ont été souvent mentionnés, alors que le revenu moyen journalier en zone rurale est de 26 Gourdes.

^{101.} En raison du manque de personnel qualifié, les prestations sont très souvent de qualité médiocre tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. Les agents de santé communautaire et les matrones ne bénéficient que de très peu d'encadrement. Leur rôle serait pourtant déterminant dans les zones rurales où l'accès géographique aux centres de santé est limité. (voir Annexe 10)

^{102.} Les questionnaires ont montré que les accouchements à domicile sont la règle, fait corroboré par l'étude EMMUS. Il ne faut toutefois pas imputer à cette pratique seule le taux élevé de mortalité maternelle. La plupart des centres de santé ne sont pas en mesure de faire face à une urgence obstétricale. Seulement avec l'avènement d'UCS fonctionnelles, lorsque les femmes pourront être dirigées sur des structures où elles pourront bénéficier de soins obstétricaux d'urgence (transfusion sanguine, césarienne), la mortalité maternelle tendra à décroître.

^{103.} Les maladies diarrhéiques constituent une cause majeure de consultation aux centres de santé mais aussi d'hospitalisation des enfants. Les mères que nous avons rencontrées avaient des attitudes très variables concernant la conduite à tenir en cas de diarrhée chez leurs enfants tant en ce qui concerne la continuation de l'allaitement et de l'alimentation qu'en ce qui concerne l'administration de liquides.

^{104.} Nombre d'entre elles déclaraient avoir recours aux sachets de sels de réhydratation orale. Considérant l'accès difficile à ces sachets, il serait opportun de discuter avec les autorités sanitaires du bien fondé de recommandations sur la préparation de solutions ménagères (eau salée sucrée).

¹⁰⁵. Le paludisme semble incriminé dans de nombreux cas de fièvre chez l'enfant et l'adulte. Toutefois, l'équipe n'a pas pu obtenir de données détaillées sur cette affection. Une enquête en institutions, réalisée en 1995, faisait état d'une prévalence de 3,9% chez les cas fébriles. Il serait souhaitable que des recherches opérationnelles soient menées afin de déterminer la prévalence du (et les meilleures actions préventives contre) le paludisme aujourd'hui. Une prévalence élevée pourrait justifier des mesures préventives telles que le traitement intermittent contre le paludisme pendant la grossesse ou la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

5.3. Eau, assainissement et hygiène

¹⁰⁶. Les lacunes pour un accès universel à l'eau propre sont énormes. Les options pour les surmonter varient selon les zones agro-écologiques et les ONG partenaires les connaissent très bien. Les besoins en construction de latrines et en pratique de l'hygiène ne sont pas moindres. Selon l'opinion des évaluateurs, une potentielle intervention d'ECHO devra inclure ce volet. L'équipe est de l'avis qu'une convergence des interventions dans tous les volets de l'humanitaire et dans les mêmes endroits géographiques est hautement souhaitable.

¹⁰⁷. De plus, la mobilisation sociale et l'organisation des communautés qui bénéficieront d'actions sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont considérées comme indispensables.

¹⁰⁸. Il existe une priorité pour des actions d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la région côtière occidentale sèche du Département du Sud (de Port Salut à Tiburon, surtout à l'intérieur, ou même les écoles et établissements de santé manquent parfois d'eau et de latrines). L'équipe veut faire ressortir le fait que les communes sèches de Baradères et de L'Asile dans le Département de Nippes sont également vulnérables et nécessiteuses.

¹⁰⁹. Tant la BM que la BID et l'UNICEF financent, ou financeront bientôt, de nouveaux projets d'eau et assainissement dans le sud et le centre. Ceux-ci couvrent l'adduction d'eau et/ou la réalisation de forages ainsi que la construction de latrines pour des villes secondaires et pour de petits villages. Comme ces projets couvriront le Département du Centre, de la Grand Anse et des Nippes, il y aurait une priorité pour ECHO à se concentrer dans le Département du Sud.

5.4. Thèmes transversaux

5.4.1. Préparation face aux désastres

¹¹⁰. Il y a eu des progrès certains dans les travaux dans ce domaine, mais les tâches qui restent à accomplir relèvent du défi. Un certain nombre de comités de prévention du risque a été formé et il y a sur place des instruments de différents bailleurs qui travaillent avec eux. Mais ici, les aspects de 'capacity building' des communautés locales sont encore prioritaires.

¹¹¹. Maintenant, un des défis majeurs pour ECHO est de lier plus pro-activement et avec plus de moyens la prévention des désastres à la réhabilitation post-désastre dans laquelle ECHO a déjà été engagée.

¹¹². Il y a encore des faiblesses dans les actions dans ce volet. Il conviendrait de sensibiliser davantage les populations vulnérables et d'organiser celles-ci pour la survenue d'un éventuel désastre. Par ailleurs, les moyens économiques pour entreprendre des actions de génie civil qui permettraient d'atténuer les risques, surtout ceux d'inondations liées à l'érosion des sols, font défaut.

¹¹³. Comme pour les autres défis mentionnés ci-dessus et ci-dessous, les besoins considérés comme prioritaires par les évaluateurs seront repris dans les recommandations qui suivent.

5.4.2. Genre

¹¹⁴. Les lacunes ici sont aussi grandes. Il y a encore un manque d'informations concernant la situation et les besoins les plus urgents des femmes, surtout en milieu rural.

¹¹⁵. Par conséquent, dans de futures interventions d'ECHO, ce type d'études devra être encouragé. D'autre part, les femmes devront être impliquées plus activement dans les activités économiques et autres, y compris les activités de préparation aux désastres. Les ONG partenaires devront faire une part, dans leurs propositions, aux activités qui valorisent le rôle des femmes. D'autre part, il y a aussi des besoins dans la génération de revenus des hommes. Des activités de 'cash-for-work' et/ou de 'food-for-work' liées ou non-liées aux projets d'infrastructure routière ou autres (par exemple projets de génie civile liés à la prévention de désastres) sembleraient nécessaires et souhaitables.

¹¹⁶. Des interventions domiciliaires ciblées sur les femmes, dans des domaines tels que le petit élevage ou les jardins potagers, devraient avoir une influence positive sur les moyens de vie des ménages. Ils permettraient aux mères de percevoir un revenu, en leur laissant la possibilité de rester à la maison et s'occuper de leurs enfants.

5.4.3. VIH/SIDA

¹¹⁷. Haïti, n'est pas une exception dans le concert des nations sous développées en ce qui concerne la nécessité prioritaire d'actions robustes contre ce fléau.

¹¹⁸. ECHO a produit des 'global guidelines' sur les besoins et les options d'action sur ce thème. Celles-ci devront servir de base aux ONG partenaires qui considèrent des actions VIH/SIDA, lorsqu'ils soumettront des propositions.

5.4.4. Environnement

¹¹⁹. Il faut se poser la question de savoir si des actions palliatives pourront régénérer un environnement déjà moribond. Certains bailleurs et partenaires ont exprimé leur réticence à s'engager dans des activités de reboisement; ils craignent, à juste titre, que les surfaces reboisées soient rapidement exploitées pour la production de charbon.

¹²⁰. Il conviendrait d'entreprendre un important travail éducatif et de sensibilisation auprès des enfants et de la jeunesse.

6. Conclusions et considérations sur le LARD

6.1. En général

¹²¹ L'équipe a trouvé tous les éléments d'une économie précaire dans la quarantaine de ménages qu'elle a visités. Face aux pénuries de multiples natures, les mécanismes de survie de ces ménages semblent à l'extrême limite de leur épuisement. Notons qu'à l'intérieur des ménages il existe des vulnérabilités spécifiques en fonction de l'âge et du sexe.

¹²² Les appuis à la subsistance de ces ménages vulnérables sont insuffisants. L'équipe a constaté que bien des projets n'ont pas été en mesure d'entraîner l'adhésion et la collaboration active de la population. D'autre part, ces projets ne sont pas toujours exemplaires en termes de complémentarité et de convergence.

¹²³ Une intervention humanitaire non réactive d'ECHO en Haïti est donc jugée nécessaire et justifiée comme complément à d'autres actions menées par la CE.²⁶ ECHO devrait vraiment jouer un rôle – même modeste - en Haïti pour soutenir la transition de l'aide vers le développement. Il est donc davantage question d'assurer des moyens de survie que de sauver des vies.

¹²⁴ L'équipe est d'avis que les organisations des NU et les ONGs sont couramment beaucoup plus axées sur le développement que sur l'humanitaire. Ceci est en contradiction avec la situation réelle du pays dans presque tous les départements. Le pays est vraiment au bord d'une potentielle crise humanitaire: possibilité d'épidémies qui pourraient être évitées par la vaccination, taux de malnutrition aigüe qui demanderaient une aide alimentaire immédiate, pour ne citer que deux exemples. Après chaque désastre, les communautés sont devenues plus démunies et moins bien préparées à soutenir des chocs externes relativement prévisibles. Un sentiment de désespoir est palpable, surtout parmi les jeunes.²⁷

¹²⁵ Les problèmes de vulnérabilité en sécurité alimentaire, en nutrition, en santé et en eau/assainissement/hygiène sont, en effet, majoritairement d'ordre structurel et concernent tous les aspects de la politique de développement du pays. Pour ces raisons, il paraît opportun qu'ECHO, en collaboration avec la Délégation, devienne un protagoniste dans l'articulation des stratégies locales afin de résoudre ces problèmes.

¹²⁶ A ce jour, il conviendrait qu'ECHO fournit, surtout dans les trois départements visités un support stratégique et opérationnel afin de surmonter les crises alimentaires et de renforcer le soutien actuel aux opérations d'urgence.²⁸

¹²⁷ Une demande pour ce type d'actions non-réactives existe déjà. Des propositions ont été reçues par la Délégation. Il s'agissait parfois d'opérations humanitaires d'ampleur limitée, mais elles n'ont pas été financées car elles se situaient hors du champ d'intervention de la Délégation.²⁹

¹²⁸ Il convient de souligner que, lors de la réunion qui s'est tenue avec les partenaires d'ECHO le 15 Mai, ces derniers ont manifesté un vif intérêt pour un possible financement d'actions humanitaires non réactives d'ECHO. Il s'agit de MdM, TdH, CARE, AAA, ACF, OXFAM UK, PSF, ID, AVSI, la FICR, la CR Française, la CR Espagnole, FAO, OMS/OPS, et le PAM.

¹²⁹ Il apparaît clairement aux évaluateurs qu'une institution seule ne pourra résoudre toutes les dimensions des problèmes de vulnérabilités dans les trois départements visités. Il

²⁶ En partie tiré du rapport de mission en Haïti par Johan Hefflinck, décembre 2003

²⁷ L'équipe a aussi lu le rapport de la mission de terrain en Haïti de Vicente Raimundo et Pedro L. Rojo du 14/03/06 et ratifié le diagnostic de vulnérabilité qui y est fait et les commentaires qui y sont présentés.

²⁸ En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

²⁹ Idem

conviendra de rechercher des opportunités de synergie avec une gamme de partenaires, surtout si l'on considère la durée limitée des interventions d'ECHO.³⁰

¹³⁰. Le Bureau d'ECHO à Santo Domingo devra faire un suivi des différentes ONG qui se sont montrées intéressées par une participation à l'exécution d'une possible décision d'aide humanitaire. Les partenaires d'ECHO pourront s'associer en consortia pour aboutir aux objectifs de cette possible nouvelle intervention d'ECHO.

¹³¹. Une amélioration des moyens de vie et la création d'emplois et activités rémunératrices sont considérées plus importantes pour les ménages les plus pauvres en zones rurales que l'augmentation de la production d'aliments. Aussi, la réhabilitation nutritionnelle des enfants affectés de malnutrition sévère, sans une intervention parallèle pour la prévention de la malnutrition, semble aux évaluateurs être une intervention incomplète car elle ne s'adresse pas aux causes sous-jacentes de la malnutrition.

¹³². Pour le moment, à la différence du 9ème FED, le 10ème FED (2008-2013) a encore des chances de devenir une source d'activité de type LARD dans les départements du Sud et de la Grande Anse, tout en sachant que les fonds seront en grande partie (mais pas seulement) affectés aux infrastructures routières. D'autre part, la ligne de sécurité alimentaire vient de confirmer que, de 2007 à 2010, il y aura 6 millions d'Euros disponibles pour Haïti - un fait important pour des actions potentielles de LARD.

¹³³. Une planification conjointe entre ECHO et la Délégation est considérée indispensable pour éviter des décalages dans le démarrage d'activités de type LARD. (Notons qu'ici on ne fait pas mention des possibilités d'action de LARD en dehors des instruments de la CE).

6.2. Conclusions pour la sécurité alimentaire

¹³⁴. Pour le moment, il semblerait inapproprié de considérer une distribution alimentaire généralisée.

¹³⁵. Particulièrement pour les plus pauvres, l'accès à la nourriture est d'abord déterminé par le niveau des revenus (possibilité d'accès à un travail) - la production agricole n'est que secondaire pour leur propre consommation.

¹³⁶. Sur la base des résultats de l'EMMUS IV concernant la malnutrition, le Département du Sud serait en phase 3 (crise aiguë pour l'alimentation et les moyens d'existence), alors que l'Artibonite serait en phase 4 (urgence humanitaire). Le Centre et la Grande Anse seraient tous deux en phase 2 (insécurité alimentaire chronique).

¹³⁷. En 2008, à la clôture du Projet de Développement Rural (9ème FED), il n'y aura plus, ou très peu, de financements de la CE visant à réduire l'insécurité alimentaire chronique ou saisonnière, comme cela est souvent le cas. C'est à ce niveau qu'un financement ECHO pourrait jouer un rôle important, étant donné que l'ampleur de l'insécurité alimentaire persiste dans le pays et dans les trois départements visités.³¹ Une coupure abrupte de ce support ne constitue en aucune façon une stratégie de sortie appropriée.

¹³⁸. Principalement le programme de l'USAID pour la sécurité alimentaire (PL-480 Title II) continuera dans ce domaine; une proche collaboration des partenaires d'ECHO avec les quatre ONG des Etats-Unis qui mettront en œuvre ce programme est donc indispensable afin d'éviter des duplications et de s'assurer que les interventions soient complémentaires et cohérentes.

6.3. Conclusions pour la nutrition

¹³⁹. La malnutrition trouvée dans le pays inclut des aspects macro et micro-nutritionnels. Les problèmes de stunting et de malnutrition aigüe, tant que la kwashiorkor sont d'une magnitude telle en Haïti qu'ils demandent une action de réponse humanitaire. Les problèmes de manque de fer et d'iode ne sont pas moins préoccupants.

³⁰ En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

³¹ Idem

¹⁴⁰. Les actions curatives pour résoudre les problèmes ci-dessus sont nettement insuffisantes parce qu'elles n'attaquent pas les problèmes structurels sous-jacents.

6.4. Conclusions pour la santé

¹⁴¹. Suite à la lecture de la documentation, des réponses aux questionnaires, des entretiens tenus et des visites de terrain (voir annexes 6 et 11), les constats suivants ont été faits:

- Il persiste en Haïti une crise humanitaire chronique et un taux de mortalité infanto-juvénile de 86 pour mille témoigne d'une grave situation sociale et sanitaire; ce taux est le plus élevé de la région Amérique Latine - Caraïbes.
- Si certains progrès ont pu être enregistrés dans la prestation de certains services de santé, l'ensemble des indicateurs de santé dépeint une situation très préoccupante. A ce jour, l'état de santé de la population haïtienne demeure la plus précaire parmi les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes. En particulier, l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) de réduction de 75% de la mortalité maternelle apparaît d'ores et déjà fort compromis.
- Notons que l'analyse des résultats de santé de l'étude EMMUS ne fait pas apparaître de différences significatives entre les départements ciblés par les évaluateurs et les autres départements. Il en est de même pour l'accès aux services de santé (voir Annexe 8).
- Il y a, néanmoins, une croissante prise de conscience des aspects préventifs de la santé qui se traduit par l'engouement des Haïtiennes pour les consultations prénatales et pour les vaccinations. Les autorités sanitaires s'accordent à reconnaître que le faible taux de couverture vaccinale n'est dû qu'à la faiblesse de l'offre de ce service.

¹⁴². Pourtant, la réactivation du système sanitaire haïtien passe par de profondes restructurations, le développement et redéploiement des ressources humaines, la réhabilitation des structures, une politique d'accès aux médicaments essentiels, l'amélioration du système d'information sanitaire, et la révision des outils de gestion et de tarification des services. Il est cependant évident que les transformations souhaitées n'interviendront qu'à moyen ou à long terme et que dans l'avenir proche les segments les plus vulnérables de la population demeureront privés de l'accès aux soins.

6.5. Conclusions pour le secteur eau, assainissement et hygiène

¹⁴³. Comme déjà mentionné précédemment, les problèmes dans ce domaine sont de grande magnitude. Une potentielle action d'ECHO ne pourra pas les ignorer. Il est inconcevable de mener des interventions dans ce secteur sans inclure deux éléments: une mobilisation sociale importante en appui aux activités et une forte concentration sur l'amélioration de l'hygiène à tous niveaux dans les zones d'intervention.

6.6. Conclusions pour les différents thèmes transversaux

¹⁴⁴. L'équipe a constaté qu'il y a des gaps importants dans les quatre thèmes transversaux touchés dans ce rapport. Par conséquent, les partenaires d'ECHO devront être (encore une fois) sensibilisés pour mieux intégrer les actions de type genre dans la préparation face aux désastres, dans le domaine du VIH/SIDA, dans l'environnement ainsi que dans n'importe quel type d'activité proposée quand ils soumettent des propositions de projet.

7. Recommandations (propositions pour une intervention ‘non-réactive’ d’ECHO et possibles actions de mitigation faisables à court et moyen terme)

¹⁴⁵ La situation présente mérite deux types d’interventions :

- une intervention assez urgente pour atténuer les conséquences de la situation actuelle et qui devra être gérée par une décision ad hoc *, et
- la préparation par le Bureau d’ECHO pour la Caraïbe à Santo Domingo d’une stratégie à moyen terme plus structurée et raisonnée qui sera appliquée en phases dans le futur. La même devra élaborer des critères de succès et de sortie qui permettront de décider du besoin de continuer ou d’arrêter cette action humanitaire non-réactive d’ECHO*. (Rappelons que Guyana et Grenada - mais pas Haïti - ont, par le passé, eu des décisions financières de suivi à des interventions ponctuelles d’ECHO).

¹⁴⁶ Les actions proposées dans ce scénario pourraient être financées par deux sources différentes avec des décisions financières séparées, à savoir, des fonds d’aide alimentaire et d’assistance au recouvrement des moyens de subsistance au profit des populations vulnérables (récemment transférés à ECHO et disponibles pour Haïti), ainsi que des fonds propres d’ECHO**.

¹⁴⁷ Etant donné la vulnérabilité en Haïti, les partenaires devront être sensibilisés ou amenées à intégrer - en tant que valeur ajouté - des actions de prévention et d’atténuation des désastres dans tout type d’intervention qu’ils proposent pour un financement ECHO; ces actions devront être basées sur une analyse des risques pour la zone spécifique dans laquelle ils proposent de travailler.

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d’influencer d’autres acteurs.

¹⁴⁸ Les éléments à considérer pour un appui d’ECHO aux besoins humanitaires de base en Haïti seraient les suivants (basés sur la visite de l’équipe dans trois départements parmi les plus vulnérables):

7.1. Recommandations stratégiques

- ECHO devrait s’engager à protéger et soutenir les moyens de vie en Haïti dans la post-crise – tout en préparant les populations à de possibles crises à venir*.
- Toute potentielle intervention non-réactive future d’ECHO devrait être complémentaire de la stratégie de la Délégation en Haïti. Elle devrait aussi être discutée avec OCHA qui coordonne les actions des bailleurs des Nations Unies. En même temps, étant donné la nouvelle responsabilité d’ECHO au niveau de l’aide alimentaire et des interventions du ‘thematic funding’ en sécurité alimentaire (SECAL), il est nécessaire d’établir des liens de coordination formels plus solides avec la Délégation*. ³²
- Dans la mesure du possible, chaque intervention potentielle d’ECHO devrait être suivie d’une opération de LARD en utilisant les différents fonds multi-annuels maintenant disponibles à la Délégation.*
- ECHO pourrait obtenir un plus grand impact, surtout à court terme, si le financement des projets humanitaires non-réactifs pouvaient avoir une convergence géographique, c’est à dire avec différents (ou les mêmes) partenaires couvrant différents aspects des besoins humanitaires considérés dans ce rapport d’évaluation dans les communautés où ils travailleront. *, **

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d’influencer d’autres acteurs.

³² En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

7.2. Recommandations opérationnelles

- ECHO devrait renforcer les liens avec le Food Security Information System (FSIS) du CNSA afin de mieux cibler et suivre l'impact des interventions possibles. Cela demandera d'ECHO d'établir une relation formelle et périodique (régulière) avec le CNSA*.³³
- ECHO devrait aussi établir une relation formelle et périodique (régulière) avec les 'clusters' d'OCHA*.³⁴
- ECHO devrait considérer le financement d'enquêtes d'identification plus précises des poches de vulnérabilité dans les départements les plus à risque de désastres*,**.³⁵
- ECHO pourrait reprendre le co-financement avec l'OPS/MSPP du système de vigilance épidémiologique en Haïti*.
- Les nouveaux conseillers de santé et de nutrition à Managua pourraient être invités à visiter Haïti pour faire le suivi technique des recommandations faites dans ce rapport de mission*.
- Les partenaires d'ECHO qui gagnent des contrats pour des opérations non-réactives pourraient avoir des réunions périodiques pour échanger des idées et des expériences**.

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

7.3. Recommandations d'éléments que les ONG partenaires pourraient prendre en considération quand elles soumettent des propositions de projet**

- Etant donné le manque des données fiables, n'importe quel futur projet des partenaires d'ECHO en Haïti (sauf les projets d'urgence) devra inclure une monographie de référence ('baseline survey') et une stratégie de sortie ('exit strategy') bien définies; une mention de la possibilité de reproduire de tels projets serait aussi souhaitable.
- Dans l'esprit d'une plus grande responsabilisation des structures de l'Etat, les partenaires d'ECHO devraient continuer à s'impliquer formellement avec les autorités locales (avec des 'MOUs' ou des contrats) dans l'articulation des plans humanitaires départementaux et communaux.
- La participation des représentants de la communauté, par l'utilisation d'une approche décentralisée et participative pour des plans locaux, est aussi considérée comme vitale. Dans les réponses des ONGs à un potentiel appel à propositions d'ECHO, une discussion et une prise de décisions participative sur la nature des problèmes humanitaires prioritaires dans les interventions des partenaires d'ECHO serait souhaitable.
- Par conséquent, les budgets des projets ad-hoc des partenaires devraient inclure des fonds pour un renforcement institutionnel des structures du gouvernement local (collectivités territoriales) et des organisations locales de la société civile avec lesquelles ils sont appelés à coopérer.³⁶
- Tous les partenaires d'ECHO devraient se joindre au système de rapports de FEWSNET/CNSA.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

³³ En partie tiré du rapport de mission du 21/04/07 de Vitor Serrano, Haïti, 16-26/01/07

³⁴ Idem

³⁵ Idem

³⁶ Idem

7.4. Recommandations plus ponctuelles (à considérer surtout pour la décision ad-hoc recommandée ci-dessus)

7.4.1. Sécurité alimentaire

¹⁴⁹. Parce qu'on observe de grandes variations dans les conditions de sécurité alimentaire par zone agro-écologique, les limites départementales ne reflètent pas les réalités du terrain ; il est donc recommandé que le ciblage des actions humanitaires d'ECHO s'effectue sur la base des zones agro-écologiques**.

¹⁵⁰. Etant donné que la sécurité alimentaire dans les zones rurales en Haïti varie considérablement en fonction des niveaux économiques des ménages, pour chaque zone agro-écologique, des méthodes simples devront être appliquées au niveau de la communauté pour classer les ménages pauvres et les plus pauvres à être cibles**.

¹⁵¹. Les options prioritaires à considérer par ECHO et ses partenaires (et autres instruments de la CE) pour améliorer la disponibilité et l'accès à la nourriture pour les plus pauvres sont les suivantes**:

- Création d'emplois, par exemple dans la protection des ressources naturelles (reboisement, protection des sources d'eau et du sol) et construction de routes, préférablement sous forme d'une combinaison de « food for work » et de « cash for work ». (On pourrait considérer une collaboration ECHO/Délégation/PAM/FAO pour combiner ces deux modalités d'emploi avec les travaux d'infrastructure).
- Lancement de petites activités génératrices de revenus, particulièrement pour les femmes (par l'intermédiaire d'ONGs)
- Amélioration de l'accès aux facteurs de production (fourniture d'intrants et de crédits, mais aussi accès à la terre en des termes plus favorables que l'actuel système de métayage)
- Amélioration de la productivité agricole (irrigation, recherche et développement) et réduction des pertes à la suite des récoltes (stockage, transformation des aliments).

¹⁵². Si des projets d'aide alimentaire sont proposés, ceux-ci devront être accompagnés d'actions qui dans le même temps renforcent le revenu des ménages ainsi que leur sécurité alimentaire et leur état nutritionnel et de santé; les partenaires d'ECHO pourront s'associer en consortia pour aboutir à cet objectif de convergence*, **.

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

7.4.2. Nutrition

¹⁵³. Dans le domaine de la nutrition, les recommandations sont les suivantes:

- Les partenaires devront intensifier l'éducation nutritionnelle de façon à renforcer les pratiques d'allaitement exclusif au sein et d'améliorer les pratiques d'introduction d'une alimentation complémentaire à partir de 6 mois**.
- De même, ils devront multiplier des points de rassemblement afin d'identifier plus d'enfants souffrant de malnutrition dans les villages**.
- Ils devront mettre en place des programmes à l'intérieur des communautés pour apporter un soutien aux enfants souffrant de malnutrition modérée (par le biais des clubs de femmes, par exemple)**.
- Ils devront aussi mettre en œuvre des actions s'attaquant aux problèmes de manque de micronutriments comme le fer et l'iode**.

- Ils devront mener des actions dans le domaine de la santé materno-infantile, les soins de santé primaire et l'eau et l'assainissement comme présentées dans les sections respectives de ce rapport**.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

7.4.3. Santé

¹⁵⁴. En santé, ECHO pourrait intervenir avec succès sur trois axes:

- **L'amélioration de la couverture vaccinale:** Bien qu'aucun cas de rougeole ou de poliomyélite n'ait été enregistré depuis 2001, la réintroduction de ces virus pourrait avoir des effets désastreux sur la population. Par ailleurs, les cas de tétanos néonatal et de diphtérie demeurent fréquents. En raison de la faiblesse de la couverture vaccinale une opération de « rattrapage » s'impose. Le MSSP avec le soutien de l'OPS envisage de mener une campagne de vaccination multi antigène au niveau national. Les bénéficiaires recevront le paquet de soins suivant: vaccin contre la rougeole et la rubéole (garçons et filles de 1 à 20 ans), vaccin contre la polio et vitamine A (enfants de 0 à 5ans), vaccin antitétanique (filles et femmes de 15 à 49 ans), albendazole (écoliers de moins de 15 ans). Au total, 71% de la population sera concernée. La phase de pilotage a commencé avec succès. La campagne débutera dans les départements frontaliers et s'achèvera au début de l'année prochaine dans les départements du Sud et de la Grande Anse. Des fonds devront être encore sollicités pour la mise en œuvre du programme dans les départements du Sud et de la Grande Anse: 600.274 dollars pour les coûts opérationnels pour le Sud et 372.893 dollars pour les mêmes coûts pour la Grande Anse. Notons que ces coûts pourraient être réduits si, comme il est envisagé, la MINUSTAH met ses véhicules à la disposition du programme*,**.
- **L'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé:** Leur coût élevé prive une large proportion de la population de l'accès aux soins. Il est donc proposé que ces derniers soient subventionnés (notons qu'ECHO mène déjà des opérations de ce type au Niger). Les formes de subvention à adopter pourront varier. Il pourra s'agir d'un forfait tel que pratiqué par MdM et qui s'est traduit par un accroissement considérable de la fréquentation des institutions sanitaires. Il pourra aussi s'agir d'une subvention sur un pourcentage du prix des médicaments. Quelque soit la méthode de tarification retenue, ce type d'intervention devra s'accompagner d'une formation à la prescription rationnelle des médicaments et d'une gestion rigoureuse de leur commande, de leur stockage et de leur utilisation. Pour des interventions dans ce domaine, ECHO pourrait considérer des opérations de co-financement avec les ONGs partenaires*,**.
- **L'amélioration de l'accessibilité géographique:** Les évaluateurs ont noté que les services des agents de santé communautaires sont largement sous-estimés. Ils pensent que sur la base d'un recyclage et d'une supervision intensive, ceux-ci seraient en mesure d'avoir un impact sur la mortalité infantile due aux maladies diarrhéiques, au paludisme et aux infections respiratoires aigues. A cet effet, ils devront être équipés d'un « kit » de base (chloroquine, antibiotique, paracétamol, sels de réhydratation orale). D'une façon générale, la relance d'une politique de Soins de Santé Primaires, d'une médecine et d'une éducation sanitaire de proximité semble s'imposer. De nombreuses études tendent à n'attribuer qu'un rôle marginal à la formation et au déploiement de matrones pour diminuer le taux de mortalité maternelle. Toutefois, à défaut d'autres options dans un futur proche, leur formation devra être renforcée et leur « kits » renouvelés (ce qui n'est souvent pas le cas)*,**.

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

¹⁵⁵. Notons, enfin, que Haïti a recouvré une certaine stabilité et les actions des partenaires d'ECHO devront impérativement s'inscrire dans la ligne que s'est tracé le MSPP: décentralisation et renforcement des UCS. Les possibles interventions ci-dessus mentionnées ne pourront être mise en œuvre qu'après avoir dûment consulté et passé des accords avec les autorités sanitaires départementales.

7.4.4. Eau, assainissement et hygiène

¹⁵⁶. Les partenaires devront s'axer sur**:

- La construction des citernes/réceptacles pour la collection d'eau des pluies.
- L'adduction de nouvelles sources et protection des sources d'eau potable existantes.
- La fourniture d'eau potable et la construction des latrines dans des écoles et des établissements de santé.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

¹⁵⁷. Ces actions seraient à prévoir en particulier dans le Département du Sud car des projets de la BM à la Grande Anse et Nippes et d'UNICEF à la Grande Anse et au Département du Centre sont déjà planifiés.

7.4.5. Préparation face aux désastres

¹⁵⁸. Dans le domaine de la préparation face aux désastres, il faudra:

- Financer de petits projets communautaires de travaux publics de mitigation*, **.
- Améliorer la gestion des stocks prépositionnés**.
- Donner du support à la finalisation de la politique nationale de prévention du risque et surtout aux plans de contingence au niveau local*, **.

*: Recommandation spécifique pour ECHO.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

7.4.6. Autres aspects transversaux

Concernant les autres aspects transversaux, il faudra :

- Considérer la création, le soutien financier et le suivi des clubs de mères qui seront acheminés pour s'occuper des différents aspects des besoins humanitaires dans les communautés où ils fonctionnent (ou fonctionneront)**, ***.
- Lancer des activités de génération de revenus dirigées vers les femmes (petit élevage, jardins maraîchers et autres) et vers les hommes (emploi dans les projets d'infrastructure et de mitigation des risques)**.

¹⁵⁹. En plus, les partenaires d'ECHO sont encouragés à lire les récentes 'guidelines' d'ECHO sur le VIH/SIDA afin d'inclure dans leur propositions de projets des éléments de cette politique**.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

***: Exemples incluent des activités de surveillance et d'éducation nutritionnelle, participation active dans des comités de gestion des dispensaires, des projets d'eau ou de préparation aux désastres.

7.4.7. Finalement

¹⁶⁰. En plus des interventions potentielles mentionnées ci-dessus, les partenaires d'ECHO pourraient proposer à ECHO de financer des actions dans les domaines suivants** : (liste incomplète mais indicative)

- protection civile (liées à une meilleure gestion des chocs externes et aussi au prépositionnement de certains besoins prévisibles),
- environnement,
- conservation de l'eau (digues/barrages),
- systèmes pour la collecte d'eau des pluies,
- vaccination du bétail,
- gestion des stocks de médicaments à différent niveaux,
- création de comités de gestion des dispensaires,
- foyers maternels pour les femmes enceintes à haut risque ou qui habitent dans des localités très enclavées,

- petits élevages,
- distribution d'intrants (semences, outils agricoles),
- opérations de stockage et de transformation des aliments,
- activités communautaires de prévention des maladies et de la malnutrition y compris le travail avec les élèves des écoles,
- déparasitage,
- cuisines améliorées qui diminuent la consommation de charbon.

**: Recommandation pour ECHO d'influencer d'autres acteurs.

8. Risques et Hypothèses

¹⁶¹. La première question est de savoir ce qu'il adviendrait si rien n'était fait pour répondre à la situation humanitaire préoccupante du pays présentée ci-dessus. La situation actuelle -avec des désastres à répétition - a été caractérisée comme une situation en « spirale descendante ». L'équipe pense que cette métaphore est juste. La condition des moyens de vie de la population que cette intervention non réactive d'ECHO est appelée à combler se détériore au fil des ans. Le but de l'intervention est donc d'arrêter cette descente et de préparer les populations vulnérables - au niveau physique, organisationnel et financier - à mieux faire face aux désastres qui sont récurrents. En bref, si rien n'est fait, ECHO risque de devoir mener de plus en plus d'actions de réponse d'urgence.

¹⁶². La réussite des interventions proposées dépendra d'une série d'hypothèses, entre autres:

- que la présence des forces du MINUSTAH continue dans le pays ou que la situation générale de paix après son départ reste stable.
- que le siège d'ECHO, le Bureau à Santo Domingo et la Délégation à Port-au-Prince reçoivent positivement les recommandations de ce rapport,
- que le montant assigné par ECHO à cette décision soit suffisant pour faire face aux besoins les plus urgents,
- que les partenaires d'ECHO répondent avec intérêt à un appel de propositions ad-hoc, et que ces réponses soient d'une qualité et d'un contenu acceptable pour ECHO,
- que les représentants des communautés cibles et les respectifs gouvernements locaux soient consultés par les partenaires et participent à la préparation des propositions,
- que les interventions retenues soient suivies régulièrement par les partenaires et que des corrections des contenus soient faites si/comme nécessaire.

¹⁶³. Les risques dans la mise en œuvre de ces interventions sont que les hypothèses ci-dessus mentionnées ne se matérialisent pas. D'autre part, un travail désarticulé avec les autorités des collectivités territoriales sera considéré comme un échec. De même, un travail mis en œuvre d'une façon 'top-down' sera considéré comme un échec. Un grand risque additionnel (et pérenne) est que les activités de LARD ne soient pas lancées pour donner une continuité dans le domaine de l'aide au développement. Dans un sens plus relatif, la possibilité qu'ECHO ne trouve pas de fonds pour une continuation de cette intervention non réactive dans le futur proche doit être considérée comme un risque.

¹⁶⁴. Les mesures préventives à prendre pour éviter ces risques demandent une vision et une stratégie partagées par le siège, le Bureau à Santo Domingo et la Délégation - une stratégie qui devrait être aussi clairement transmise à tous les partenaires internationaux et locaux. Les tactiques ponctuelles à suivre devraient se baser sur cette stratégie partagée. Cette stratégie devrait accorder une place plus importante à la sécurité alimentaire.