



Terre des hommes

aide directe à l'enfance meurtrie, sans préoccupation d'ordre politique, racial ou confessionnel

RAPPORT D'ÉVALUATION

Projet d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le département du Sud

Version Finale

Ridde Valéry
Consultant
Québec, Canada

Février 2004

Ce rapport a été produit à la demande de Terre des hommes et à l'aide du financement de la Commission européenne.
Les commentaires contenus dans ce rapport ne reflètent que les opinions du consultant.

Résumé

Introduction :

En mars 2004, la Commission européenne a répondu aux nouveaux besoins résultants de la déstabilisation sociale et des conflits en Haïti en allouant 1,8 millions d'euros à l'aide humanitaire d'urgence. L'évaluation dont il est question dans le présent rapport concerne un projet de prise en charge de la nutrition, conformément à la politique haïtienne de nutrition, qui s'inscrit dans la stratégie globale d'ECHO, et dans celle de Terre des hommes (TdH). Le projet se déroule dans le département du Sud (700.000 habitants). Le taux de malnutrition sévère aiguë des enfants de moins de cinq ans est estimé, en 2001, à 1,1%, soit un peu plus de 800 enfants. Conjointement avec le ministère de la santé publique et des populations (MSPP), TdH a proposé à ECHO de financer un projet visant à : 1) effectuer le transfert de l'Unité de Santé Nutritionnelle (USN), fonctionnant jusqu'alors exclusivement sous la responsabilité de TdH, au sein de l'Hôpital départemental (HIC) situé dans la ville des Cayes en vue de favoriser sa pérennité; 2) relancer le réseau de surveillance nutritionnelle qui regroupe 32 partenaires du système de santé dans le département ; 3) allouer une subvention (fonds d'urgence) pour payer le transport des centres de santé éloignés vers les Cayes des enfants malnutris dont les parents ne sont pas en mesure de payer le coût. Aussi, l'évaluation porte sur la pertinence et l'efficacité de ces trois objectifs d'intervention.

Méthodologie :

La phase préévaluative a permis au consultant et à TdH de préciser le mandat d'évaluation et la manière dont les résultats seront utilisés. La phase évaluative s'est déroulée durant 15 jours, en janvier 2005. La stratégie d'évaluation est pluraliste et centrée sur les utilisateurs potentiels. Autrement dit, il s'agit de prendre en compte les différents points de vue sur le projet et de s'assurer que les résultats de l'évaluation seront utiles et utilisés. Quatre méthodes de collecte de données ont été employées : les entrevues, l'observation, les questionnaires et la documentation. Au total, 52 personnes ont eu l'occasion de s'exprimer sur le projet. Un cadre d'analyse spécifique à la problématique de la pérennité des projets de promotion de la santé a été employé. Neuf centres de santé ont été visités. Des statistiques collectées par TdH ont été analysées.

Résultats :

Nous pouvons résumer (entre parenthèse) l'état actuel de la pérennité de l'USN située dans l'HIC au regard de quatre dimensions : la présence de ressources pour garder en mémoire les leçons apprises (inexistante), l'adaptation des activités (parfaite), la présence de croyances et codes partagés (faible), la définition de règles de décisions et d'actions (moyenne). Par conséquent, nous croyons avoir affaire, avec le transfert de l'USN vers l'HIC, à un niveau de pérennité faible, selon une échelle à cinq niveaux. Un grand nombre d'activités issues du programme de TdH sont encore mises en œuvre au sein de l'USN de la pédiatrie de l'HIC. Cependant, elles sont loin d'être intégrées dans le fonctionnement de la pédiatrie. La salle A (pédiatrie) et la salle B (USN), sont encore deux entités différentes. L'absence de ressources allouées par l'HIC est certainement le point le plus défavorable au processus de pérennisation. Cela étant dit, il ne faut pas se limiter à cette question de ressources, d'autres éléments, présents (e.g. protocole thérapeutique), sont indispensables à la routinisation des activités de l'USN et donc à sa pérennité.

L'organisation du réseau de surveillance date de 1999 et implique la mise en place d'Unités de Récupération Nutritionnelle. Le manque de ressources du MSPP a provoqué l'arrêt des activités. La réactivation du réseau a été effectuée en septembre 2004 en vue d'accroître le nombre d'enfants transférés de la périphérie vers les Cayes. Une tournée de supervision, une journée de formation et une distribution de matériels constituent les activités de réactivation du réseau. On constate une certaine augmentation de la proportion des enfants provenant des centres de santé membres du réseau de surveillance en comparaison avec ceux se présentant spontanément à l'USN (qu'ils viennent de l'extérieur de la ville ou pas). En moyenne, cette proportion est passée de 19%, pour le troisième trimestre 2004, à 25%, pour le quatrième trimestre. Il semble bien que la tournée de supervision ainsi que la distribution de la subvention des frais de transport (fonds d'urgence) ont contribué à cette légère augmentation. On ne peut, en revanche, ni affirmer que 100% de cette augmentation sont dus à ces activités, ni préciser que l'une de ces actions a été plus utile que l'autre. Dans sa globalité, le système de référence ne fonctionne pas vraiment, pour de multiples raisons, dont notamment la très faible utilisation des services de santé par les populations. Les déterminants de la détection des enfants gravement malnutris sont nombreux, et TdH ne peut pas seul agir sur l'ensemble d'entre eux.

Concernant la subvention du transport pour les enfants éloignés des centres de santé, la problématique est la même. Le paiement du transport, seul, ne peut garantir une plus grande efficacité des transferts d'enfants vers l'USN. En outre, tant du côté de TdH que du MSPP et l'HIC, les positions stratégiques concernant les modes de financement des services de santé ne sont pas claires. Le système actuel de financement à l'hôpital et dans les centres de santé ne fonctionne pas. Il n'existe aucun système réellement efficace pour favoriser l'accès aux soins des indigents (exonérations). Si l'ensemble des formations sanitaires ont effectivement reçu le fonds d'urgence, entre octobre et décembre 2004, seulement 32 enfants ont profité de cette prise en charge du paiement du transport pour une somme totale de 1.550 Gourdes. Le centre de santé ayant transféré le plus grand nombre d'enfants (n=5) à l'aide de cette subvention est celui de Charpentier. Cela s'explique plus par sa très forte fréquentation que par le taux de malnutrition dans la région. Bien que l'aide apportée au transport des enfants provenant des centres de santé du réseau de surveillance a été utile pour accroître la proportion des bénéficiaires de l'extérieur des Cayes, l'activité de l'USN, dans son ensemble, n'a pas véritablement tiré profit de cette subvention. Le nombre moyen d'enfants pris en charge est passé de 26, en 2003, à 22, en 2004.

Conclusions :

En ce qui concerne l'efficacité du transfert de l'USN de TdH vers l'HIC, physiquement effectué il y a deux mois seulement, nous croyons avoir montré qu'elle reste très relative. Nous avons noté que le niveau actuel de pérennité de l'USN demeure faible, ce qui a été en partie expliqué par l'absence d'activité et d'événement propices à la routinisation. Cependant, de très bons acquis ont été réalisés grâce au projet en ce qui a trait à quelques caractéristiques de la pérennisation : l'adaptation au contexte, les procédures de prise en charge nutritionnelle, la description des tâches, le système de suivi (monitoring). L'efficacité du processus de transfert a été satisfaisante.

Les données existantes ne suffisent pas pour porter un jugement rigoureux sur l'efficacité du programme de subvention du transport et de réactivation du réseau de surveillance. Cette situation n'est pas spécifique à TdH puisque, à notre connaissance, il n'existe aucune donnée probante permettant d'affirmer l'efficacité d'un système de subvention des coûts du transport. La détection des cas de malnutrition par l'intermédiaire des centres de santé ne sera efficace, en grande partie, que dans la mesure où les communautés utilisent les centres de santé. Or, les déterminants de l'utilisation des services sont nombreux, tant du côté de la demande que de l'offre. Une intervention uniquement sur les frais de transport (demande), la formation, l'équipement et une supervision semestrielle (l'offre) n'est assurément pas suffisante pour favoriser la rencontre de l'offre et de la demande. Cette précision rend donc intelligible les données collectées au sein du projet de l'ONG. Pour se limiter à l'offre, la détection des cas ne sera pas aisée tant que la population ne fera pas confiance aux centres de santé, que des médicaments ne seront pas fournis à moindre coût, que le personnel ne sera pas à son poste et payer à temps, que le paiement des soins et des médicaments ne seront pas gérés en toute transparence.

Pour le transfert de l'USN, il nous paraît utile de distinguer la pertinence technique (*relevance*) de la pertinence contextuelle (*responsiveness*). D'un point de vue technique, bien que certaines approches nouvelles de prise en charge apparaissent (*community-based therapeutic care*), la contestation d'un tel transfert n'aurait pas beaucoup de sens. Malgré un taux de malnutrition sévère relativement peu préoccupant par rapport à d'autres pays, le département est situé au premier rang pour la prévalence et au troisième rang pour le nombre d'enfants les plus touchés dans le pays. En revanche, nous croyons que le contexte social et hospitalier n'étaient pas propices au transfert de l'USN. Voilà des années que TdH gère ce projet. Bien que le transfert ait été décidé avant les crises majeures des derniers mois et le protocole signé en janvier 2004, nous avons ressenti une impression d'obligation d'implanter ce transfert à tout prix. Les événements politiques majeurs et l'absence de direction à l'hôpital aurait pu être des facteurs justifiant un ajournement du processus. À tout le moins, on aurait pu, par exemple, attendre les élections de cette année 2005 pour enclencher un processus de transfert avec un gouvernement démocratiquement élu et reconnu internationalement.

À propos du réseau de surveillance, nous aurions tendance à croire qu'en l'état actuel de la situation du système de santé et des activités menées par TdH il ne paraît pas totalement pertinent d'investir dans l'organisation de la surveillance à l'échelle du département. Cela s'explique notamment par l'importance d'agir de manière concomitante sur de nombreux déterminants favorables à la détection des cas de malnutrition, ce que ne peut pas faire TdH à l'échelle du département.

La volonté de créer un système de financement des services de santé spécifique à la pédiatrie de l'HIC ne semble pas pertinente. Organiser ce système dans le seul service de pédiatre risque de le rendre inefficace du simple fait

que la moitié des malades devront recevoir une exonération. Il n'existe pas encore de service social à l'hôpital et de système d'exonération rigoureux et transparent envers les usagers. Il n'existe aucune expérience, à notre connaissance, qui ait démontré qu'un financement spécifique à un seul service fonctionne bien. Enfin, on risque de créer une enclave au sein de l'hôpital. Certains malades auraient accès à des services de qualité et à moindres coûts et d'autres, usant des autres services, pas. Or, il nous semble que l'équité et la justice sociale sont les fondements de la politique de santé haïtienne, à tout le moins, la politique de nutrition, et une telle option irait à l'encontre de ces valeurs cardinales.

Recommandations :

Les recommandations proposées tiennent compte du contexte stratégique d'interventions de TdH ainsi que des objectifs fixés en juin 2004 par le groupe thématique « santé et nutrition » du cadre de coopération intérimaire.

Pérennité du CREN au sein de l'HIC

Le protocole liant le MSPP et TdH :

1. Revoir le calendrier des dates
2. Décaler la date de l'évaluation externe du projet spécifique au transfert de l'USN à la fin de l'année 2005

La stabilisation des ressources :

3. Poursuivre le processus de plaidoyer en direction du MSPP de la part de TdH, de la DDS, de l'HIC et des bailleurs de fonds
4. L'HIC embauche le personnel de l'USN (contractuel) et ces salaires sont subventionnés par TdH jusqu'en décembre 2005
5. Le salaire du personnel anciennement TdH reste le même en attendant sa nomination par l'État

La prise de risques organisationnels :

6. Nommer une responsable des soins pour l'ensemble de la pédiatrie (salle A et B)
7. Organiser les routines de travail et les roulements de personnel regroupant l'ensemble du personnel soignant et de soutien
8. Partager l'ensemble des ressources matérielles entre les deux salles

Réseau de surveillance nutritionnelle

Au plan départemental :

9. En attendant que le système de santé retrouve une situation acceptable d'utilisation des services, TdH participe à une supervision semestrielle en collaboration obligatoire avec le MSPP
10. Selon le développement de la réhabilitation du système de santé, TdH envisage rapidement l'intégration de cette supervision nutritionnelle dans les activités de supervision intégrée du MSPP

Dans les communes de Torbek et Camp-Perrin

11. Renforcer la collaboration intersectorielle entre l'équipe TdH de prévention et celle de développement communautaire en vue d'accroître les actions auprès des familles et des communautés
12. Intervenir de manière directe ou en collaboration avec certains partenaires (e.g. PSF-CI) pour améliorer l'offre des services de santé des deux communes (accès aux médicaments essentiels génériques, gestion communautaire, etc)

Financement des services

Accessibilité géographique à l'USN

13. Subventionner de manière systématique, sous la forme d'une avance attribuée aux centres de santé, le voyage aller-retour des enfants sévèrement malnutris des centres partenaires du réseau
14. Collaborer avec les partenaires du MSPP (e.g. PSF-CI) pour la réorganisation du système de santé périphérique afin d'informer les communautés de l'existence de cette subvention et envisager à moyen terme l'inclusion de cette subvention dans le système de recouvrement des coûts avec gestion communautaire

Système de financement de l'hôpital

15. Profiter de la remise en fonction de la pharmacie de l'hôpital, de l'expertise technique de PSF-CI, des travaux du comité de pilotage concernant le plan de gestion de la pédiatrie pour mettre en oeuvre un système de financement pour l'ensemble de l'hôpital
16. S'assurer qu'un mécanisme efficace d'exonération du paiement pour les indigents soit obligatoirement implanté parallèlement au mécanisme de recouvrement des coûts (un fonds d'équité subventionné par TdH et géré par une entité externe à l'hôpital)

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	1
2	Contexte.....	1
2.1	Haïti et le département du Sud.....	1
2.2	Le programme dans le département du Sud.....	3
3	Méthodologie.....	5
3.1	La phase préévaluative.....	5
3.2	La stratégie évaluative et les questions d'évaluation.....	5
3.3	Les méthodes de collecte de données.....	6
3.4	Le résumé du plan d'évaluation.....	9
4	Résultats.....	11
4.1	La pérennité du CREN.....	11
4.1.1	Le protocole MSPP/TdH, l'hôpital et le contexte.....	11
4.1.2	La situation actuelle.....	12
4.1.3	Les événements passés selon les acteurs du projet.....	16
4.1.4	Les actions à entreprendre selon les acteurs du projet.....	18
4.2	Le réseau de surveillance nutritionnelle.....	18
4.2.1	Les activités du réseau :.....	18
4.2.2	L'évolution des transferts vers le CREN en 2004 :.....	19
4.2.3	Les causes du faible nombre de transferts :.....	21
4.2.4	Le système de référence et contre-référence :.....	22
4.2.5	La collaboration avec le MSPP :.....	22
4.3	Le système de financement des services.....	23
4.3.1	Ce que l'on sait du financement des services.....	23
4.3.2	Ce que TdH et le MSPP pensent du financement des services.....	24
4.3.3	L'organisation du fonds d'urgence.....	25
4.3.4	Le système de paiement des soins dans les formations sanitaires.....	27
5	Conclusions.....	31
5.1	Efficacité et pérennité.....	31
5.2	Pertinence.....	32
5.3	Liens entre urgence, réhabilitation, développement.....	33
6	Recommandations.....	34
6.1	Pérennité du CREN au sein de l'HIC.....	35
6.2	Réseau de surveillance nutritionnelle.....	36
6.3	Financement des services.....	37
7	Annexes.....	38

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Évolution de quelques indicateurs sanitaires liés aux ODM en Haïti (source Banque Mondiale).....	2
Tableau 2 : Quelques indicateurs sociosanitaires du pays et du département du Sud	2
Tableau 3 : Nombre de personnes interrogées	6
Tableau 4 : Événements propices à la routinisation ou l'implantation des projets.....	8
Tableau 5 : Résumé du plan d'évaluation.....	10
Tableau 6 : Éléments empiriques concernant les quatre dimensions de la pérennité	14
Tableau 7 : Synthèse de la pérennité de l'USN	15
Tableau 8 : Événements passés favorables ou défavorables à la pérennisation (routinisation et implantation).....	17
Tableau 9 : Cadre logique de l'intervention de TdH, tel que donné à ECHO	41
Tableau 10 : Résumé du plan d'évaluation distribué lors de la réunion de présentation le 4 janvier 2005	42
Tableau 11 : Chronologie des événements liés au protocole TdH/MSPP et de la situation sociale et de l'hôpital	43
Tableau 12 : Informations relatives aux partenaires du réseau.....	44
Tableau 13 : Événements favorables ou défavorables selon six personnes interrogées	53
Figure 1 : Statistiques concernant la malnutrition sévère aiguë dans les départements d'Haïti en 2000 .	3
Figure 2 : Les 15 éléments de la pérennité d'un projet regroupés en quatre catégories	7
Figure 3 : Les cinq niveaux de pérennisation selon Pluye.....	8
Figure 4 : Résumé des activités de TdH concernant le réseau de surveillance.....	19
Figure 5 : Pourcentage d'enfants de l'USN transférés par des centres de santé membres du réseau de surveillance nutritionnelle entre juillet et décembre 2004.....	20
Figure 6 : Évolution et moyenne mensuelle du nombre d'admissions à l'USN en 2003 et 2004	26
Figure 7 : Comparaison de trois variables entre les bénéficiaires de l'USN de TdH et la population générale au plan national et rural	29
Figure 8 : Pourcentage d'enfants admis à l'USN ayant bénéficié d'une exonération de paiement.....	30
Figure 9 : Stratégie d'intervention de TdH en Haïti	35
Figure 10 : Schéma du fonds d'équité, adapté de (26).....	37
Figure 11 : La pérennité des projets selon une conceptualisation de processus concomitants, adapté de Pluye (15).....	47

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CCI :	Cadre de Coopération Intérimaire
CREN :	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle
DDS :	Direction Départementale de la Santé
ECHO :	Office Humanitaire de la Commission Européenne
HIC :	Hôpital Immaculé Conception (hôpital départemental)
KFA :	Kay Fanmy Ansante (agent de santé communautaire)
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODM :	Objectifs du Millénaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
P/T :	Rapport Poids/Taille
PR :	Poste de Rassemblement
TdH :	Terre des hommes
URN :	Unité de Récupération Nutritionnelle
USN :	Unité de Soins Nutritionnels
VIH :	Virus d'immuno-déficience humaine

1 Introduction

À l'heure où la Banque Mondiale vient, à grand renfort de publicités annoncer l'octroi d'un nouveau prêt à Haïti alors qu'en même temps Haïti reçoit un remboursement de sa dette d'une valeur très proche, l'évaluation du programme de la fondation Terre des hommes (TdH) mise en œuvre dans le département du Sud se déroule dans un contexte social fort particulier. L'année 2005 sera assurément une année de tous les espoirs pour le pays, car la population haïtienne attend avec impatience une normalisation de la situation, une élection démocratique et un retour à une vie plus paisible. En effet, force est de reconnaître que ces dernières années, notamment depuis 2000 et les élections contestées, n'ont pas épargné les habitants d'Haïti. Pour faire face à quelques-uns des problèmes vécus par les familles et surtout les enfants, TdH a mis en œuvre un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère infantile grâce à un financement d'ECHO. L'objet du présent rapport est de relater les résultats de l'évaluation de ce projet. Après avoir présenté sommairement le contexte de ce projet, nous décrivons l'ensemble de la démarche évaluative adoptée, les questions d'évaluation posées ainsi que la méthodologie employée. Puis, nous fournissons les résultats de la collecte de données dans une section organisée autour des trois thèmes étudiés. Enfin, dans la conclusion, nous posons un jugement global sur le projet et nous proposons des recommandations concrètes, en phase avec la stratégie générale d'intervention de TdH et celle de l'État haïtien.

2 Contexte

Haïti, qui compte un peu plus de 8 millions d'habitants dont 40% sont âgés de moins de 15 ans, est classé 153^{ème} sur 177 pays de l'indice du développement humain en 2004. Le Produit Intérieur Brut par habitant est estimé à 415 \$US en 2002. L'espérance de vie de la population est de 49,5 ans, soit seulement un an de plus qu'il y a 30 ans. Plus de la moitié de la population des plus de 15 ans est considérée comme analphabète. La prévalence du VIH est estimée, en 2003, à 5,6% (1). Dans le domaine de la santé, il est utile de savoir que les dépenses, environ 22\$ par personne et par an, sont effectuées à part quasi égale entre le gouvernement (53%) et le public (46%). L'OMS estime que 14% du budget de l'État sont consacrés au secteur de la santé (2). Autrement dit, les ménages supportent un lourd fardeau financier pour pouvoir se soigner.

2.1 Haïti et le département du Sud

Après des années de conflits internes et de blocages institutionnels, le départ d'Aristide puis la mise en place d'un conseil des Sages permet, en mars 2004, la nomination d'un gouvernement intérimaire de transition. Fin avril, le Conseil de Sécurité des Nations Unies approuve la venue en juin de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (*MINUSTAH*). C'est à ce moment que démarre la réflexion visant à doter le pays d'une politique de coopération intérimaire en attendant les élections prévues à la fin de l'année 2005. L'objectif est de concevoir l'appui de la communauté internationale par la détermination conjointe des besoins et des programmes couvrant la période de transition allant de juillet 2004 à septembre 2006 (3). Il s'agit du Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) finalisé en juillet 2004. D'une manière globale, le CCI comporte quatre objectifs principaux :

1. améliorer la gouvernance politique et promouvoir un dialogue national ;
2. renforcer la gouvernance économique et promouvoir le développement institutionnel ;
3. promouvoir le redressement économique ;
4. améliorer l'accès aux services de base.

Plusieurs groupes thématiques ont travaillé pendant plusieurs semaines pour définir les stratégies à mettre en œuvre dans leur domaine respectif. En ce qui concerne la santé et la nutrition, à la suite du *Programme de Réhabilitation d'Urgence*, la *Stratégie Nationale Intérimaire*, quatre objectifs ont été fixés :

1. la disponibilité et l'accessibilité du Paquet Minimum de Services ;
2. le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé Publique et de Population ;
3. l'amélioration du financement de la santé et de la nutrition ;
4. la relance et l'intégration des programmes prioritaires.

Ces engagements du gouvernement haïtien doivent, dit-on, favoriser la poursuite des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) pour 2015. Il était, en effet, temps de s'atteler à cette tâche, car les indicateurs sanitaires d'Haïtien, en lien avec les ODM, sont alarmants.

	1990	1995	2001	2002
Prévalence de la malnutrition infantile	26.8	27.5	17.3	
Pourcentage de la population consommant moins que le minimum vital	65.0	60.0	49.0	
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000)	150.0	137.0	125.0	123.0
Taux de mortalité infantile (pour 1.000)	102.0	91.0	81.0	79.0
Pourcentage d'enfants de moins de 12 mois vaccinés contre la rougeole	31.0	49.0	53.0	53.0
Proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié	23.0	19.5	23.8	

Tableau 1 : Évolution de quelques indicateurs sanitaires liés aux ODM en Haïti (source Banque Mondiale)

Le projet dont il est question dans ce rapport se déroule dans le département du Sud, dont la capitale est la ville des Cayes (voir carte en annexe). Le tableau suivant fournit des indications comparatives, pour quelques indicateurs, avec l'ensemble du pays (4).

	Haïti	Département du Sud
Population totale (2000)	7 958 964	696 178
Taux global de fécondité (2000)	4,7	5,9
Taux de croissance (2000)	2,08	1,26
Proportion de la population de moins de 15 ans (2000)	39,9	41,8
Pauvreté extrême (1998)	18,5	12,8
Budget MSPP par habitant en Gourdes (1997)	54,6	41,3
Taux de malnutrition aigue (P/T) (2000)	4,5	5,6
Nombre de médecins pour 1000 habitants (1998)	2,37	0,55
Nombre de infirmières pour 1000 habitants (1996)	1,02	1,32
Nombre de lits pour 1000 habitants (2000)	0,81	0,83
Nombre de centres de santé et dispensaires (1997)	588	65
Taux d'accouchement avec un médecin ou une infirmière (2000)	23,8	9,3
Taux d'enfants de moins de 1 an vaccinés contre la rougeole (2001)	39,4	18,9
Taux d'enfants de moins de 1 an vaccinés BCG (2001)	37,3	35,5

Tableau 2 : Quelques indicateurs sociosanitaires du pays et du département du Sud

Les données issues de l'enquête nationale de 2000 (5), montrent que ce département est l'un des plus touchés par la malnutrition aiguë sévère en Haïti (figure suivante).

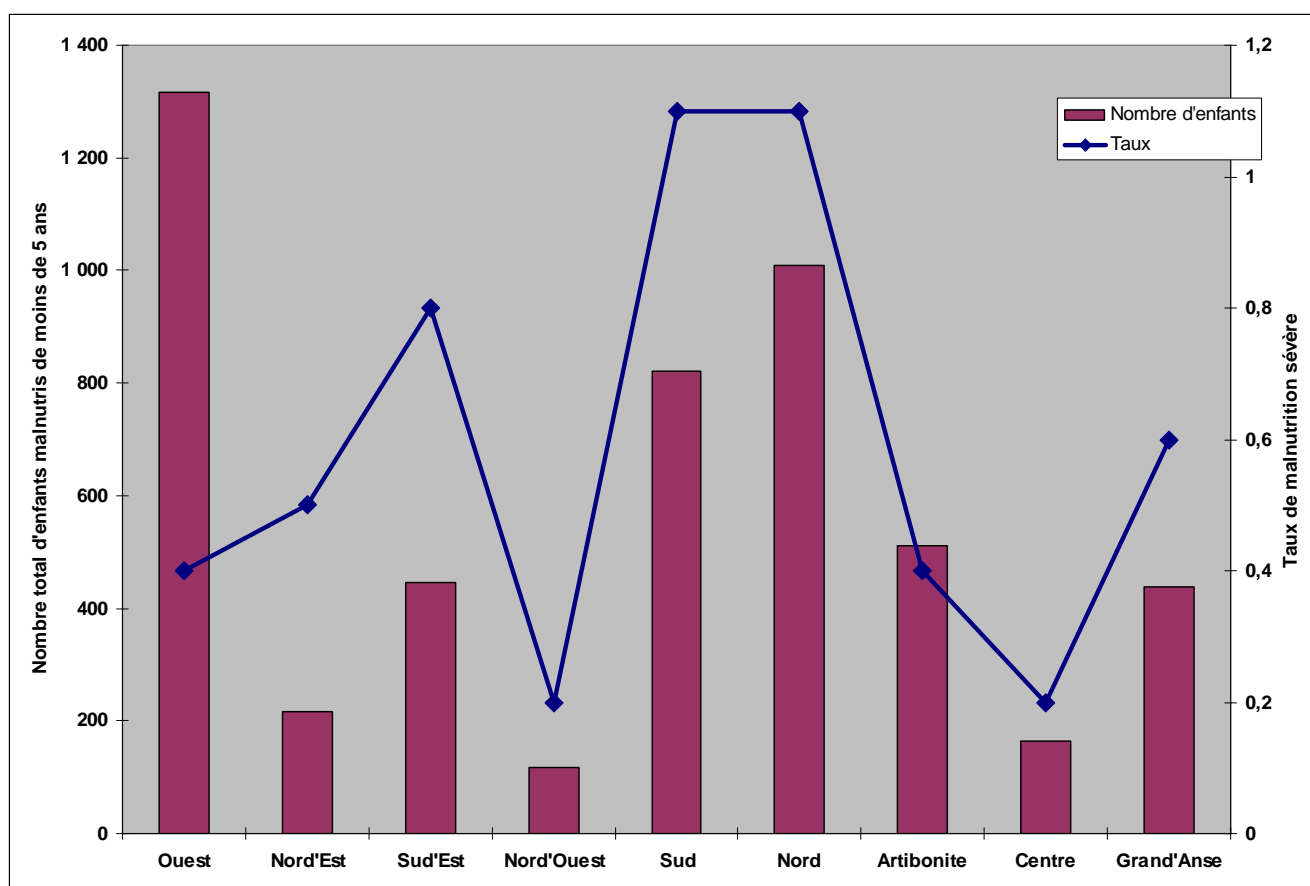


Figure 1 : Statistiques concernant la malnutrition sévère aiguë dans les départements d'Haïti en 2000

Au-delà de ces données générales, d'importantes inégalités entre les sous-groupes de la population subsistent. Par exemple, les taux de malnutrition sévère (P/A) sont 8,3 fois plus importants pour les ménages les plus pauvres que pour les plus riches du pays (6). Pour intervenir en faveur d'une réduction de la malnutrition du pays, une politique publique a été définie en 2001. En attendant son actualisation par le futur gouvernement, elle reste la seule référence nationale. Cette politique a été formulée à partir d'un processus qui a démarré en 1997 lors de la conférence internationale de nutrition. Sept axes stratégiques, dans lesquels s'inscrit le projet évalué, forment cette politique :

1. augmenter l'accès des ménages aux aliments et micro-nutriments ;
2. améliorer les pratiques nutritionnelles des ménages ;
3. préserver les qualités nutritives et d'innocuité des aliments ;
4. renforcer la lutte contre les maladies infectieuses ;
5. rationaliser le système sectoriel d'information ;
6. améliorer la qualité de vie ;
7. coordonner les activités intra et intersectorielles.

2.2 Le programme dans le département du Sud

TdH œuvre dans le domaine de la nutrition en Haïti depuis 1989. Depuis 2002, l'organisation a décidé de focaliser ses activités de lutte contre la malnutrition en agissant de manière concomitante sur les trois causes sous-jacentes : la sécurité alimentaire, les pratiques de soins, les services de santé. La

stratégie déployée depuis lors vise majoritairement à accentuer les efforts d'interventions directement auprès des communautés, en laissant le soin au MSPP de s'occuper des aspects médicaux de la prise en charge de la malnutrition sévère à travers l'unité de soins nutritionnels (USN). Ces activités directement orientées vers les communautés sont multiples : formation et suivi des matrones, organisation d'un suivi de la croissance et du développement de l'enfant avec des agents de santé communautaire, organisation de club des mères et autres rencontres pour favoriser l'adoption de comportements sains et de dépistage des enfants malnutris, appui à des groupements agricoles ou communautaires, etc.

Dans un contexte de déstabilisation sociale et de trouble politique, TdH a proposé à l'Union Européenne et son service d'aide d'urgence (ECHO) de financer un projet d'une durée de six mois. En effet, depuis 2002, ECHO a alloué plus de 11 millions d'euros pour l'aide humanitaire en Haïti. En mars 2004, la Commission européenne a répondu aux nouveaux besoins issus du conflit en allouant 1,8 million d'euros à l'aide humanitaire d'urgence. Ce projet s'inscrit dans cette stratégie globale d'ECHO et dans la stratégie d'intervention de TdH dans le département du Sud.



En effet, depuis 2002, ECHO a alloué plus de 11 millions d'euros pour l'aide humanitaire en Haïti. En mars 2004, la Commission européenne a répondu aux nouveaux besoins issus du conflit en allouant 1,8 million d'euros à l'aide humanitaire d'urgence. Ce projet s'inscrit dans cette stratégie globale d'ECHO et dans la stratégie d'intervention de TdH dans le département du Sud.

Les objectifs spécifiques de ce projet, tels qu'ils ont été décrits dans la proposition envoyée sont les suivants :

- L'unité mixte de nutrition est opérationnelle et renforcée dans ses capacités de prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère (les performances de cette unité se rapprochent des standards internationaux minimums de récupération).
- Le nombre d'enfants malnutris en USN après dépistage et référence par les partenaires du réseau a augmenté.
- 200 enfants sévèrement malnutris du département du Sud ont été sauvés par le projet.

Plus concrètement, d'abord il s'agit de profiter de ce financement pour 1) effectuer le transfert de l'USN, fonctionnant jusqu'alors exclusivement sous la responsabilité de TdH, au sein de l'Hôpital départemental situé dans la ville des Cayes ; 2) relancer le réseau de surveillance nutritionnelle qui regroupe 32 partenaires du système de santé du département ; 3) allouer une subvention, sous la forme d'une avance financière, pour payer le transport depuis les centres de santé ayant détecté un enfant, palliant ainsi les difficultés des familles les plus démunies et éloignées de la ville des Cayes,.

Les activités prévues pour ce projet sont, telles que décrites dans le document initial, les suivantes :

- Pour ce qui est de la future unité de nutrition mixte Tdh/HIC de l'hôpital général des Cayes.
 - Appui au fonctionnement de l'unité de nutrition concernant les médicaments, les intrants et la nourriture.
 - Création d'un fonds d'urgence pour les indigents.
- Pour ce qui est des structures de santé en charge de la surveillance, du dépistage et de la référence des cas de malnutrition :
 - La mise en place de fonds d'urgence permettant de prendre en charge les frais de transport des cas de malnutrition aiguë sévère.
 - Le renforcement de la supervision des partenaires du réseau (incluant recyclage des compétences et rééquipement en matériels spécifiques).

Pour effectuer l'ensemble de ces activités de juillet à décembre 2004, 28 personnes sont employées, et le budget total de l'opération est évalué par TdH à 135.269 €. La contribution d'ECHO est estimée à 56% de ce total. Une copie du cadre logique, tel que fourni à ECHO, est placée dans l'annexe du présent rapport.

3 Méthodologie

3.1 La phase préévaluative

Une évaluation est toujours réalisée selon deux phases distinctes préévaluative et évaluative (7). Lors de la première phase (préévaluative), nous avons tenté de mettre au jour la manière dont TdH met en œuvre le programme, d'une part, et la façon dont les recommandations de l'évaluateur seront *a priori* employées, d'autre part. Cette phase s'est d'abord déroulée par l'intermédiaire de nombreux échanges de propos à distance avec le délégué de TdH à la suite de l'examen des brouillons des termes de références. Ensuite, dès les premières heures de notre rencontre en Haïti, un travail de clarification concernant le programme et son évaluation a été entrepris. Nous avons cherché à bien comprendre le programme, effectuer une cartographie des acteurs en jeu, construire (et mettre à jour) les modèles logiques des projets (intrants, extrants, cibles, effets, impacts) et déterminer les indicateurs, et surtout élaborer en détail la démarche méthodologique¹. Cette phase préévaluative a aussi été mise à profit pour décrire le contexte de l'intervention de TdH. Cela s'est réalisé avant la mission à l'aide de la documentation qui nous a été envoyée par le délégué ou que nous avons trouvée sur place (documents stratégiques, de capitalisation, d'évaluation, etc) ainsi que d'autres informations que nous avons glanées. De surcroît, plusieurs entrevues avec certaines personnes clefs ont été effectuées, dès notre arrivée dans les bureaux de TdH aux Cayes. Une fois cette étape terminée, il était possible de commencer la phase évaluative proprement dite.

3.2 La stratégie évaluative et les questions d'évaluation

Compte tenu de la requête formulée par TdH, il est opportun d'employer une stratégie évaluative pluraliste (9) puisque nous souhaitons, d'abord, augmenter le degré d'acceptation des outils de collecte de données, ensuite, favoriser les rétroactions pendant le processus évaluatif et, enfin, obtenir une appropriation des résultats et des recommandations. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une approche participative au sens strict du terme (10), l'objectif est de permettre à l'ensemble des parties prenantes d'être entendues pour pouvoir, d'une manière ou d'une autre, intervenir dans le processus évaluatif. Voilà pourquoi, une réunion qui s'est tenue au début de l'évaluation, a été organisée pour présenter les objectifs de l'évaluation ainsi que les moyens prévus pour répondre aux questions et atteindre les objectifs. Une seconde réunion, regroupant elle aussi les personnes clefs du projet de TdH, s'est tenue à la fin de l'évaluation (voir chronogramme en annexe). Une première version des résultats, conclusions et recommandations a ainsi été présentée oralement à ces personnes pour en obtenir une première validation et des commentaires constructifs. Par la suite, une version préliminaire du rapport a été envoyée au Délégué qui s'est chargé de la distribuer pour obtenir les avis des parties prenantes. Seuls le Délégué de TdH en Haïti et deux de ses collègues au siège en Suisse ont fait parvenir des commentaires sur le contenu document. Aucune remarque ne nous est parvenue de la part des équipes haïtiennes de TdH ou du MSPP.

¹ Pour l'ensemble de ces concepts, voir (8)

Les questions d'évaluation, qui permettent de porter un jugement sur le projet au regard de trois thèmes particuliers (la pérennité du CREN, le réseau de surveillance, le financement des services), sont les suivantes :

1. Quelle est le niveau actuel de pérennité² du transfert du CREN à l'HIC ?
2. Quelles ont été les actions entreprises favorables à la pérennité du CREN ?
3. Quelles sont les actions à entreprendre dans les 12 prochains mois pour assurer la pérennité du CREN ?
4. Quelles sont les forces et les faiblesses du réseau de surveillance nutritionnelle ?
5. Comment les bénéficiaires de la gratuité des transferts vers le CREN sont-ils choisis ?
6. Quels sont les bénéficiaires du CREN ?
7. Quelle est l'importance de la barrière financière à l'accès à l'USN ?

3.3 Les méthodes de collecte de données

Les outils de collecte de données sont essentiellement, mais pas exclusivement, d'ordre qualitatif. Compte tenu de l'approche pluraliste employée, du contexte local, des données disponibles ainsi que des questions d'évaluation, l'utilisation de ces méthodes selon lesquelles les mots sont plus importants que les chiffres nous a paru la plus pertinente. Cela étant dit, le recours à des méthodes quantitatives afin de compléter, affiner et détailler les réponses à certaines questions s'est avéré nécessaire, comme cela est bien souvent le cas (11). Quatre méthodes principales ont servi pour collecter les données : les entretiens, l'observation, les questionnaires et la documentation.

Les entretiens :

Afin de disposer d'une grande diversité de points de vue et perceptions des acteurs concernés par le projet, nous avons mené des entretiens auprès de 52 personnes. Selon le cas, il s'est agi d'entretiens individuelles ou de groupe, de type *focus group* (12).

Catégories	Entretiens individuels	Focus Group	Dont TdH	Dont MSPP
Equipe prévention CREN	1	6	7	
Personnel de soutien CREN		7	5	2
Infirmières et auxiliaires	7	12	8	11
Responsables de programmes/formation sanitaire	9		3	6
Responsables communautaires (KFA)		7	7	
Autres personnes	3		1	2
TOTAL	20	32	31	21

Tableau 3 : Nombre de personnes interrogées

Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide préalablement construit, mais qui a évolué au grès des réponses des interviewés et des besoins analytiques (voir en annexe). Lorsque l'on décide d'user d'une telle méthode de collecte de données cette évolution est indispensable afin de s'adapter au contexte local de mise en œuvre du projet (13).

En ce qui concerne le jugement porté sur la pérennité de l'USN, nous avons pensé opportun d'employer un cadre d'analyse récemment proposé par un chercheur canadien (14). Il s'agit d'un cadre, et de ses outils spécifiques, qui ont été testés et validés dans un contexte québécois de projets de promotion de la santé. Le contexte du projet de TdH et la volonté de l'ONG de réfléchir à la pérennité

² Nous utilisons une échelle de pérennisation composée de cinq niveaux explicités à la page 6.

de l'USN nous ont paru très étroitement liés à la proposition théorique canadienne. La pérennité d'un projet doit être étudiée au regard de quatre dimensions composées de quinze éléments précis qui doivent guider les questions posées aux personnes clefs du projet. Dans le contexte de cette évaluation, il est indispensable de montrer aux acteurs que la pérennité ne se juge pas uniquement par rapport à l'existence de ressources financières ou humaines. Cette tendance à se focaliser exclusivement sur ces deux éléments a été constaté dès les premières entrevues. Or, tel que la figure suivante le montre bien, la pérennité d'un projet repose sur bien d'autres éléments.

Les ressources permettant de conserver les leçons apprises (mémoire)

1. Intégration des ressources financières pour accomplir les activités dans le budget de l'HIC
2. Emploi du personnel de l'HIC pour accomplir ces activités
3. Intégration des ressources matérielles (locaux, photocopies, médicaments, rations alimentaires, etc.) pour accomplir les activités dans le budget de l'HIC:
4. Allocation d'autres ressources à ces activités ?

L'adaptation des activités

5. Adaptation des activités au contexte du HIC
6. Organisation de moyens pour que l'on puisse évaluer les effets des activités (ex. en fonction des rapports de suivi, des bilans annuels ou des résultats des évaluations) ?
7. Organisation de certaines activités simplement parce que "ça plaît", alors que l'on doute de la pertinence par rapport au contexte (barrières à l'adaptation) ?

Les croyances et les codes

8. Correspondance des activités aux objectifs écrits et formalisés par l'HIC (ex. sous forme d'un cadre logique de "gestion de projet", demander à les voir) ?
9. Existence de symboles qui se rattachent à ces activités tel que des logos ou autres
10. Organisation de rituels établis à propos de ces activités tel que des réunions périodiques ou autres
11. Développement d'un langage particulier autour de ces activités, une sorte de jargon

Les règles de décision et d'action

12. Désignation formelle par l'HIC d'un(e) superviseur(e) pour ces activités
13. Intégration des activités dans la planification officielle de l'HIC
14. Existence d'une description de tâches (cahier des charges) pour le personnel de l'HIC affecté à ces activités
15. Précisions de règles écrites pour certaines activités, tel qu'un manuel de procédures

Figure 2 : Les 15 éléments de la pérennité d'un projet regroupés en quatre catégories

Ensuite, il est apparu avantageux de s'interroger sur les événements qui ont eu cours lors des mois précédant la mise en œuvre du transfert de l'USN, pour comprendre s'ils étaient favorables ou non à la pérennité. Selon Pluye (15, 16), certains événements et actions propres aux projets de promotion de la santé sont spécifiques à la routinisation, d'autres à l'implantation et d'autres encore aux deux éléments en même temps. Le processus de routinisation aboutit à la pérennité du projet. Ce modèle que nous employons vient donc contredire la perception d'un processus de mise en œuvre par étape. Au contraire, les processus d'évaluation, de planification, d'implantation, et de pérennité sont concomitants (voir figure en annexe).

Ces questions posées aux interviewés concernant les événements *a priori* ont également été utiles pour proposer des recommandations d'actions, *a posteriori*, qui seront favorables à la pérennité.

Événements spécifiques à la routinisation
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisation des ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités • Prise de risques organisationnels en faveur de ces activités
Événements conjoints à la routinisation et l'implantation
<ul style="list-style-type: none"> • Incitation ou bénéfices pour les acteurs (vs des coûts qui découragent) • Adaptation des activités au contexte (vs compétition avec d'autres ou échecs des activités) en fonction de l'efficacité et des besoins • Liens avec les objectifs de l'HIC (vs réorientation) • Communication transparente entre les acteurs (vs mauvaise information) • Partage d'une culture de l'artefact (mythes, symboles, métaphores, rituels, normes, valeurs) entre TdH et l'HIC • Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'HIC
Événements spécifiques à l'implantation
<ul style="list-style-type: none"> • Investissement dans des ressources (financières, humaines, matérielles, formation) adéquates pour réaliser les activités • Compatibilité pratique ou technique des activités avec celles de l'HIC (vs dérangement des opérations habituelles)

Tableau 4 : Événements propices à la routinisation ou l'implantation des projets

Nous avons dit que le processus de routinisation des activités aboutit à la pérennité d'un projet. Cependant, la pérennité d'un projet n'est pas toujours parfaite. Les événements mis en œuvre tout au long du projet peuvent n'engendrer aucune activité dans une organisation, comme ils peuvent, *a contrario*, favoriser la routinisation et la standardisation des actions au sein de cette même organisation. Aussi, il existe cinq niveaux de pérennisation qui nous seront utiles pour porter un jugement sur la situation actuelle du transfert de l'USN de TdH au sein de l'HIC.

Selon Pierre Pluye (17), il existe cinq niveaux de pérennisation dans les programmes de santé :

1. **Pérennisation nulle** : Aucune activité ne découle du programme dans une organisation.
2. **Pérennisation précaire** : Quelques activités résiduelles du programme sont poursuivies officieusement par des acteurs dans une organisation, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec le programme. La continuation de ces activités dépend de ces acteurs.
3. **Pérennisation faible** : Des activités officielles sont issues du programme, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles et ne sont donc pas routinisées. Ces activités peuvent changer de façon radicale à court terme.
4. **Pérennisation moyenne** : Des activités routinisées sont issues du programme, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines. Ces activités sont durables.
5. **Pérennisation forte** : Des activités à la fois routinisées et standardisées découlent du programme.

Figure 3 : Les cinq niveaux de pérennisation selon Pluye

L'observation :

En plus de ces entrevues³, nous avons visité et étudié le mode de fonctionnement de huit centres de santé situés en dehors de la ville des Cayes (voir tableau en annexe). Dans la capitale du département, nous nous sommes rendus dans un centre de santé. Le choix de ces centres, qui représentent un tiers de l'ensemble de ceux du département, a été effectué en fonction du temps et des ressources impartis à l'évaluation ainsi que des zones d'intervention de TdH (18). Nous avons ainsi décidé des lieux de visite en collaboration avec la responsable du programme de prévention et le responsable du programme de développement communautaire. Il était indispensable de se rendre dans une des deux communes où agit TdH. La commune de Camp Perrin a ainsi été sélectionnée. Puis, nous avons sélectionné les

³ Dans la suite du rapport, toutes les phrases écrites entre parenthèses et en italique sont des citations exactes des propos des personnes interrogées ou des documents étudiés.

centres situés le long de la côte Sud du département pour disposer d'un échantillon de centres de santé différents : public/privé, cas de malnutrition sévères transférés/absence de transfert. L'ensemble des dispensaires situés entre Port-Salut et Port-au-Piment a donc été visité. Il faut cependant remarquer que, lors de cette visite de cinq centres de santé côtiers, dans trois d'entre eux, les responsables étaient absents, bien que nous ayons attendu le plus tard possible dans notre courte mission pour nous rendre sur le terrain. Le début de mois de janvier n'est, en effet, pas toujours propice à la présence du personnel dans les institutions publiques. Or, le jour de notre visite, le 10 janvier, certains étaient en congés annuels, d'autres en visite officielle ou non à Port-au-Prince ou aux Cayes. C'est le personnel de garde, le plus souvent celui exécutant son « service social »⁴, qui a donc répondu à nos questions.

Les questionnaires :

Pour mieux connaître les caractéristiques socioéconomiques des bénéficiaires de l'USN de TdH, le seul moyen à notre disposition était un questionnaire administré aux parents des enfants lors de l'admission. Ce questionnaire est nommé par TdH « dossier social ». Cependant, les limites de l'outil tiennent au fait qu'il n'est pas administré en vue d'atteindre ce but. Il est essentiellement utile pour retrouver les familles des enfants abandonnés dans le centre. Aussi, les questions posées ne permettent pas toutes de connaître parfaitement les caractéristiques des familles, et encore moins de les comparer avec la population générale haïtienne. Nous avons donc été contraint, d'une part, de saisir les données puisqu'elles ne l'avait jamais été, et d'autre part, de limiter la collecte à quatre variables qui nous ont semblé les plus discriminantes et éventuellement comparables avec celles qui définissent le reste de la population⁵. Une variable tel que le matériaux employé pour couvrir les toits n'a, par exemple, que peu de sens dans une région où riches et pauvres, à quelques rares exceptions près, emploient des tôles. 132 dossiers ont été retrouvés concernant la période s'étalant de décembre 2003 à juillet 2004.

La documentation :

De nombreux documents produits par le MSPP, TdH ou d'autres organisations ont été étudiés, notamment les cahiers de consultations, le bulletin trimestriel de la DDSP. Certains ont été trouvés sur place et d'autres préalablement à notre mission sur le terrain.

3.4 Le résumé du plan d'évaluation

Dans la page suivante est présenté une vision synoptique de l'ensemble du plan d'évaluation. Une version simplifiée du plan a été fournie aux personnes ayant participé à la première réunion de présentation du processus évaluatif le 4 janvier.

⁴ Lorsque des agents de santé terminent leurs études, ils doivent effectuer un dernier stage pendant environ un an avant de prendre officiellement leur fonction.

⁵ Il serait donc utile pour TdH de revoir entièrement ce questionnaire.

THEMES	QUESTIONS D'ÉVALUATION	SOURCES D'INFORMATIONS	INDICATEURS	MÉTHODES
PÉRENNITE DU CREN	1. Quel est le niveau actuel de pérennité du transfert du CREN à l'HIC ?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 directrice HIC, 1 MD responsable pédiatrie, 4 responsables TdH (Délégué, CREN, USN, Prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mémoire, adaptation, codes, règles 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles
	2. Quelles ont été les actions entreprises favorables à la pérennité du CREN ?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 directrice HIC, 1 MD responsable pédiatrie, 4 responsables TdH (Délégué, CREN, USN, Prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des évènements (pérennité vs implantation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles
	3. Quelles sont les actions à entreprendre dans les 12 prochains mois pour assurer la pérennité du CREN ?	<ul style="list-style-type: none"> • MSPP et TdH : Infirmières, auxiliaires, personnel de soutien, Délégué 	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des évènements (pérennité vs implantation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux Focus Group après avoir présenté /validé le niveau de pérennité
RÉSEAU DE SURVEILLANCE	4. Quelles sont les forces et les faiblesses du réseau de surveillance nutritionnelle ?	<ul style="list-style-type: none"> • TdH : Délégué, responsables prévention et communautaire, auxiliaires • Partenaires responsables à Charpentiers, Camp Perrin, Rhé, de Port-Salut à Port-à-Piment • 7 responsables KFA de Camp Perrin • Cahier d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> • Forces • Faiblesses • % d'enfants provenant des centres 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles • Focus Group • Analyses statistiques
FINANCEMENT DES SERVICES	5. Comment les bénéficiaires de la gratuité des transferts vers le CREN sont-ils choisis ?	<ul style="list-style-type: none"> • TdH : Délégué, responsables prévention et communautaire, auxiliaires • Partenaires responsables (voir ci-dessus) • Bénéficiaires : une mère au CREN 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques des bénéficiaires • Processus de sélection 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles • Entrevues de groupes
	6. Quels sont les bénéficiaires du CREN ?	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier social • Cahier des entrées/paiements 	<ul style="list-style-type: none"> • Ménages : sanitaire, eau, pièces, nombre de personnes • Pourcentage d'admissions gratuites 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses statistiques
	7. Quelle est l'importance de la barrière financière à l'accès à l'USN ?	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables centres partenaires • Responsable pharmacie HIC 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception des coûts directs et indirects 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles

Tableau 5 : Résumé du plan d'évaluation

4 Résultats

Dans cette section, nous exposons les faits constatés et les interprétations des acteurs rencontrés. Il ne s'agit pas pour nous de porter, pour le moment, un jugement, sur ces données. Cette opération est réalisée dans la section consacrée à la conclusion de l'évaluation du projet.

4.1 La pérennité du CREN

4.1.1 Le protocole MSPP/TdH, l'hôpital et le contexte

Tout au long de l'année 2003, le délégué de TdH et ses collègues se sont attelés à la tâche de préparer le transfert du CREN au sein de l'Hôpital de l'Immaculée Conception (HIC). En octobre 2003, la réunion de planification a confirmé l'importance de cette démarche, et les personnes présentes espéraient que le transfert serait effectué en mai 2004, alors que le protocole d'accord entre TdH et le MSPP n'était toujours pas signé. En décembre 2003, le directeur général de la santé a démissionné. Le protocole sera finalement paraphé le 15 janvier 2004, soit un an après la date prévue et un mois avant le départ du président de la République. Le transfert aura finalement lieu le 31 octobre 2004 et l'inauguration officielle en la présence de la Ministre de la santé le 14 décembre 2004. Il y a donc eu un décalage important entre la planification du transfert et sa réalisation. L'ensemble des données incluses dans ce protocole, notamment les informations en lien avec des dates précises à respecter, n'ont pas été actualisées. De surcroît, le contexte social a fondamentalement changé entre le moment où l'on planifia cette activité et celui où cela s'est effectivement passé. Des troubles graves ont été constatés tout au long de l'année 2003, notamment en septembre à Gonaïve. L'ensemble du gouvernement a démissionné, et un gouvernement provisoire a été mise en place. Des élections sont prévus au cours du second semestre 2005. Le ministre qui a signé le protocole n'est plus à son poste. Le nouveau n'a été mis au courant de cet accord entre son ministère et TdH que lors de l'inauguration du transfert, fin octobre 2004. À ces changements externes à TdH, il faut ajouter le fait que le délégué TdH qui a été chargé d'organiser concrètement le transfert de l'USN, n'a pas été le même que celui qui l'a planifié et négocié.

Outre ce contexte peu favorable à la pérennité d'un projet, qui doit être repris en main par un gouvernement de transition, sans moyen et n'étant en place que pour « gérer le quotidien », le contexte particulier de la gestion de l'HIC devant « recevoir » l'USN est essentiel à décrire. L'actuelle directrice de l'HIC, vivant aux Cayes depuis 30 ans, est l'ancienne responsable de la pédiatrie (ce qui constitue pour le transfert de l'USN un élément positif). Elle est à ce poste depuis la fin août 2004. Elle ne dispose pas d'administrateur et gère le quotidien de l'hôpital. En attendant la fin des travaux de réhabilitation du bâtiment dévoué à l'administration (financés par l'USAID), elle travaille dans une pièce de l'École d'infirmière des Cayes. Sa nomination fait suite à une vacance de poste de plusieurs mois. Le directeur médical nommé en mai 2002⁶, à la suite de sept mois d'absence de direction⁷, n'est pas resté très longtemps sur place. D'après certaines personnes, sa volonté de « *mettre de l'ordre* » n'a pas été appréciée de tous et il a dû partir. Face à la difficulté de trouver un nouveau directeur et en attendant la décision de la directrice actuelle d'accepter une telle responsabilité, c'est le Directeur départemental de la santé qui a joué le rôle d'intérim, cumulant ainsi deux fonctions fort exigeantes. Aussi, il est possible d'affirmer que ni le contexte social ni le contexte hospitalier n'était véritablement stables lorsque le protocole d'accord a été signé et, neuf mois plus tard, le transfert de l'USN réalisé. Car il s'est en effet passé neuf mois au cours desquels ces contextes peu propices à la pérennité n'ont

⁶ Voir Bulletin trimestriel de la DDS, 2002, vol 1 n°2

⁷ Voir Bulletin trimestriel de la DDS, 2002, vol 1 n°1

pas changé. Mais le processus étant semble-t-il enclenché, personne n'a voulu revenir en arrière, ou simplement le suspendre, le temps de vérifier qu'une certaine stabilité advienne. Donc, malgré l'optimisme employé dans le rapport du trimestre VI de TdH concernant la date probable du transfert de l'USN au sein de l'HIC fin juillet, ce dernier n'a eu lieu que fin octobre, soit trois mois plus tard. Aussi, les premiers enfants malnutris sévèrement ont été pris en charge dans le nouveau service de la pédiatrie début novembre. Le tableau 11 en annexe résume la chronologie de ces événements.

Un an a donc séparé la date prévue de celle réelle la signature du protocole. De même, 10 mois de décalage sont à noter à propos du démarrage de la phase 2, celle de la gestion conjointe, gestion qui, de fait, est encore séparée entre TdH et l'HIC au moment de la présente évaluation. Il ne s'agit pas pour nous d'expliquer ou de justifier ce retard. Cela n'est pas l'objet de l'évaluation. Cela étant dit, il nous paraît primordial de comprendre dans quels contextes le transfert s'est déroulé pour appréhender la situation actuelle de la pérennité, présentée dans les prochaines lignes.

4.1.2 La situation actuelle

Pour être en mesure de porter un jugement sur le niveau actuel de pérennité du CREN au sein de l'HIC, il est indispensable de définir précisément l'ensemble des activités effectuées dans ce service. Aussi, la liste des activités suivantes, validées par les quatre responsables de TdH, sert de fondement pour juger la pérennité du CREN. Nous avons classé ces activités en cinq rubriques : l'admission des enfants, leur hospitalisation et la prise en charge nutritionnelle, les activités de prévention et d'éducation à la santé, le suivi des enfants et, enfin, les aspects de logistique et de maintenance.

- Catégorie A : **ADMISSION**
 - Peser et mesurer l'enfant
 - Déterminer sa catégorie de malnutrition
 - Remplir le dossier médical
 - Remplir le dossier social
 - Effectuer une visite au domicile pour les parents des Cayes et de la périphérie de la ville
 - Expliquer et faire signer le contrat avec les parents
 - Demander le paiement des 25 Gourdes
 - Administrer les médicaments et la vitamine A
- Catégorie B : **HOSPITALISATION**
 - Effectuer une consultation médicale
 - Préparer les repas
 - Prendre en charge nutritionnellement les enfants (j 1 à 3 = lait ; j 4 et + = 8 repas + suppléments)
 - Donner les médicaments
- Catégorie C : **PREVENTION/EDUCATION**
 - Causeries avec les mères (planches, vidéos, etc)
 - Entretiens individuels auprès des parents
 - Éveil individuel et collectif des enfants
 - Suivre hebdomadairement et mensuellement les enfants modérément malnutris (médicaments de routine, mesure, lait, etc)
 - Organiser des distributions de matériels de prévention (PR et CREN) : condoms, fer, vit A
 - Assurer l'animation du réseau de surveillance nutritionnelle
 - Former les membres du réseau de surveillance nutritionnelle
 - Doter les centres de santé du réseau en matériel
 - Dépister à l'aide du « porte à porte » dans la ville des Cayes
 - Créer et former des groupes de parents dans la ville des Cayes et les environs

- Catégorie D : **SUIVI**
 - Suivre les enfants sous médicaments anti TB
 - Visiter les domiciles des enfants sortis du CREN habitant aux Cayes
 - Visiter les domiciles des enfants vus en ambulatoire
- Catégorie E : **MAINTENANCE/LOGISTIQUE**
 - Acheter le matériel (produits d'entretien, etc)
 - Réparer le matériel
 - Acheter l'alimentation, le lait et les médicaments
 - Nettoyer les locaux
 - Préparer le lait

À l'aide de cette liste précise d'activités mises en œuvre dans le CREN nous avons interrogé les parties prenantes concernées afin de préciser le niveau de pérennité actuel. Pour cela, nous avons employé la méthode préalablement présentée reposant sur une série 15 critères regroupés en quatre catégories. Avant de proposer une synthèse, nous fournissons au lecteur, dans le tableau suivant, les différents points de vue des personnes interrogées. Il faut rappeler qu'il s'agit de la perception des acteurs d'une situation contemporaine de la pérennité qui est la résultante d'un processus de transfert vieux de seulement deux mois.

MEMOIRE	Personne A	Personne B	Personne C	Personne D	Personne E
Ressources financières	Rien n'est encore fait malgré la signature du protocole	Non, il manque déjà des ressources dans les autres services	Non, de fait le ministre n'est pas au courant du protocole	Non, l'HIC ne reçoit même plus d'allocation depuis presque un an	Non
Ressources humaines	Estimer à 10% du personnel, surtout des médecins et du personnel de soutien	Médecins pour les prescriptions, mais les autres ne « traversent pas »	Il manque déjà du personnel à la pédiatrie	Il manque déjà du personnel à la pédiatrie. Il n'y a pas assez d'affectation.	Seulement les médecins, dont un contractuel et un cubain
Ressources matérielles	Rien, sauf quelques chariots	Non, TdH apporte tout	Le terrain, sinon TdH apporte tout	Pas de moyens	Non
Autres ressources	Rien encore, quelques réflexions sur le système de recouvrement des coûts	Non	Non	Ne sait pas	Non
ADAPTATION					
Adaptation au contexte	Mieux maintenant pour le triage des enfants (malades vs malnutris), pas vraiment pour le suivi et la prévention	Oui	Oui, sauf peut être le suivi (mais précise que c'est au HIC de s'adapter)	Oui et non car cela augmente la charge de travail	Oui, c'est une bonne chose
Moyens d'évaluation	Nombreux outils, rapports, etc	Nombreux outils, rapports, etc	Rapport mensuel très précis	Oui	Ne sait pas

Pertinence douteuse	Suivi des enfants en ambulatoire, suivi des patients tuberculeux	Tout est pertinent	Tout est pertinent pour l'HIC	Oui, l'éducation est importante car avant la pédiatrie se limitait aux soins	Ne sait pas
CODES					
Correspondance avec objectifs	Oui, car fixé par le protocole	Oui, car objectif de santé publique	Oui, car objectif de santé publique	Non, il n'y a pas d'objectif écrit pour l'USN	Ne sait pas, pense que c'est une priorité sanitaire, mais ne sait pas si c'est une priorité nutritionnelle
Présence de symboles	TdH	CREN, TdH	TdH	TdH	Ne sait pas
Organisation de rituels	Rien mis à part des rencontres informelles réglant les problèmes au cas par cas	Plus rien pour le moment	Plus rien pour le moment, sauf des rencontres informelles réglant les problèmes au cas par cas	Non	Non, rien en ce moment
Langage interne	Vocabulaire de la nutrition (écart-type, sévère, etc)	Vocabulaire de la nutrition (lait thérapeutique, etc)	Vocabulaire technique		
REGLES					
Nomination d'un superviseur	Non	Non, il y avait le comité de gestion pour préparer le transfert	Non	Pas les moyens	La responsable médicale s'occupe des problèmes associés à la malnutrition mais pas de malnutrition
Inclusion dans la planification	Dans le protocole	Pas de planification	Oui, sauf les activités de suivi		
Description des tâches	Oui, cahier des charges	Oui, cahier des charges	Oui, cahier des charges	Ne sait pas	
Procédures écrites	Oui, multiples procédures	Oui, guide de prise en charge nutritionnelle	Oui, pour toutes les activités	Oui, guide, préparation lait...	Oui, guide de prise en charge

Tableau 6 : Éléments empiriques concernant les quatre dimensions de la pérennité

Synthèse concernant la pérennité actuelle :

Au moyen des informations transmises par les différentes parties prenantes du projet ainsi que de nos propres constats et analyses de la documentation, nous pouvons résumer dans le tableau suivant l'état actuel de la pérennité du CREN au sein de l'HIC. Chacune des quatre dimensions de la pérennité d'un programme est jugée en fonction d'une échelle allant de l'absence à la parfaite concordance en faveur de la pérennité. Il ne s'agit évidemment pas d'une appréciation quantitative mais plutôt d'un jugement qualitatif fondé sur des données empiriques collectées auprès des personnes concernées.

	Inexistante	Faible	Moyenne	Parfaite
Mémoire				
Adaptation				
Codes				
Règles				

Tableau 7 : Synthèse de la pérennité de l'USN

La mise à disposition des ressources financières, humaines ou matérielles est indispensable à la routinisation des leçons apprises de l'organisation de l'USN par TdH. Or, à ce jour, il est aisé de noter que l'HIC n'a alloué aucune de ces ressources, ce qui était prévu dans le protocole d'accord. Au-delà d'un contexte où les acteurs disent que « l'hôpital n'a pas les moyens », ce qui nous paraît incontestable, cette situation n'est assurément pas surprenante. L'USN est un service supplémentaire pour une formation sanitaire que ne possède déjà quasiment pas d'allocation budgétaire de l'État. Les responsables qui ont signé le protocole d'accord stipulant la nomination par l'État des fonctionnaires nécessaires au fonctionnement de ce nouveau service ne sont plus là. Le gouvernement intérimaire prend actuellement connaissance du dossier. Certes, on peut évoquer le principe de continuité administrative. Cependant, il reste à savoir si ce gouvernement de transition est prêt à prendre ses responsabilités dans une situation encore cahoteuse.

La dimension de la pérennité liée à l'adaptation de l'USN est parfaite. C'est un élément très positif de la mise en œuvre du transfert. La prise en charge des enfants gravement malnutris relève de la responsabilité d'un hôpital de référence. TdH a mis en place de nombreux outils utiles pour effectuer un suivi et une évaluation des effets du service. Tout n'est évidemment pas parfait de ce point de vue⁸, mais globalement cela reste très satisfaisant et mérite cette note positive.

En ce qui a trait aux codes et croyances, la situation est jugée faible. S'il existe un jargon particulier, il n'est pas totalement connu et partagé par tous. L'USN dispose de son propre symbole. Mais, selon tous les acteurs il appartient à TdH et non à l'hôpital. Cela paraît évidemment logique tant TdH est associé pleinement à cette activité. L'absence de concordance épistolaire entre les objectifs de l'hôpital et ceux de l'USN ne favorise pas la pérennité. Pour les personnes interrogées, il y a mentalement un partage d'objectifs, ce qui est déjà bien, mais l'HIC ne dispose pas d'un plan d'action ou d'un plan d'établissement où cette activité figure en bonne et due forme.

Enfin, en ce qui concerne les règles, la situation est jugée moyenne et relativement propice à la pérennité. La routinisation des activités de prise en charge de la malnutrition est fortement favorisée par l'existence du guide pratique pour la surveillance nutritionnelle, produit par TdH en 1999 en s'inspirant notamment des ouvrages de l'OMS (19). Ce document est connu et reconnu par tous. Les tâches de l'ensemble des employés du service sont bien décrites. En revanche, l'absence d'un superviseur spécifiquement affecté par l'HIC à la coordination de l'ensemble des activités de la pédiatrie est un point défavorable à la pérennité. « nous fonctionnons en deux secteurs » nous explique quelqu'un, ou encore « ils ne traversent pas », nous dit une autre personne. Il subsiste donc deux entités.

Au regard des données empiriques collectées lors de cette évaluation du programme de TdH, nous croyons avoir affaire, avec le transfert de l'USN au sein de l'HIC, à un niveau de pérennisation faible (voir figure 3). Un grand nombre d'activités issues du programme de TdH sont encore mises en œuvre au sein de l'USN de la pédiatrie de l'hôpital. Cependant, elles sont loin d'être intégrées dans le fonctionnement de la pédiatrie. La salle A et la salle B, pour reprendre un vocabulaire emprunté à nos interlocuteurs, sont encore deux entités différentes. L'absence de ressources allouées par l'HIC à l'USN est certainement le point le plus défavorable au processus de pérennisation. Cela étant dit, il ne

⁸ Le contenu du « dossier social » mérite, par exemple, une refonte totale pour qu'il soit plus utile, utilisé et utilisable qu'actuellement (voir remarque dans la section méthodologique)

faut pas se limiter à cette question de ressources, d'autres éléments, avons-nous dit, sont également indispensables à la routinisation des activités de l'USN et donc à sa pérennité.

4.1.3 Les événements passés selon les acteurs du projet

Nos discussions en profondeur avec un certain nombre de personnes montrent que des événements ont été favorables, selon elles, à la pérennité, tandis que d'autres y ont été néfastes (voir détails en annexe). Il est utile de classer ces différentes actions et événements selon trois catégories, tel que nous l'avons dit dans la section méthodologique de ce rapport. Voici donc l'organisation de ces événements passés, selon les acteurs interrogés, en fonction de ces trois catégories. Pour favoriser la compréhension du processus, nous présentons ces événements en fonction de leur impact favorable ou défavorable sur la pérennité, toujours selon le point de vue des acteurs (voir le canevas d'entrevue en annexe).

	Actions favorables	Actions défavorables
Événements spécifiques à la pérennisation		
Stabilisation des ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités		Absence de considération du peu de moyens actuels de l'État et de l'échec de ses promesses lors d'un précédent projet pour 5 URN en 1999-2000 Absence de respect du paiement des salaires par TdH à l'HIC
Prise de risques organisationnels en faveur de ces activités		Deux entités fonctionnent séparément dans un seul bâtiment La réduction du personnel de l'USN et la demande aux parents de la compenser
Événements conjoints à la pérennisation et l'implantation		
Incitation ou bénéfices pour les acteurs (vs des coûts qui découragent)		
Adaptation des activités au contexte (vs compétition avec d'autres ou échecs des activités) en fonction de l'efficacité et des besoins	Réputation de TdH par l'intermédiaire des activités passées dans le département	
Liens avec les objectifs de l'HIC (vs réorientation)	Signature d'un protocole d'accord	
Communication transparente entre les acteurs (vs mauvaise information)	Concertation pour la rédaction du protocole Mise en place d'un comité de pilotage	Manque de suivi du protocole avec le nouveau ministre de la santé Pas assez de réunions avec l'ensemble du personnel de la pédiatrie
Partage d'une culture de l'artefact (mythes, symboles, métaphores, rituels, normes, valeurs) entre TdH et l'HIC		
Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'HIC		Absence de prise en compte des routines (rotation du personnel) de l'HIC
Événements spécifiques à l'implantation		
Investissement dans des ressources (financières, humaines, matérielles, formation) adéquates pour réaliser les activités	Construction du bâtiment, fourniture de matériel Formation et stage des infirmières dans les deux entités (TdH et Pédiatrie)	Absence de stage pour les dames de salle
Compatibilité pratique ou technique des activités avec celles de l'HIC (vs dérangement des opérations habituelles)	Ajout d'un bâtiment adjacent à la pédiatrie avec son personnel	

Tableau 8 : Événements passés favorables ou défavorables à la pérennisation (routinisation et implantation)

On aura donc compris, à l'aide de ce tableau, qu'aucune activité spécifique à la seule pérennisation, selon la littérature scientifique sur le sujet, n'a été effectuée préalablement au transfert de l'USN. Certains événements passés ont été conjoints à la pérennisation et l'implantation et d'autres spécifiques à l'implantation du projet, soit la mise en œuvre des activités préalablement décrites. Certaines activités passées ont été, selon les acteurs, défavorables à ce processus de pérennisation. Il s'agit notamment de l'absence de prise de risques organisationnels dans le fonctionnement de la pédiatrie ainsi que de la capacité actuelle de l'État de prendre en charge les frais de vie de ce nouveau service. On a donc l'impression, comme l'ont dit certains qu'il y a eu une «*intégration forcée*» ou encore une «*intégration au forcing*». Cette vision paraît partagée par plusieurs membres des deux organisations partenaires de ce projet, TdH et l'HIC. L'absence de ce type d'actions spécifiques à la pérennisation et le trop grand nombre d'événements défavorables à cette dernière expliquent donc en grande partie la situation actuelle préalablement présentée.

4.1.4 Les actions à entreprendre selon les acteurs du projet

Nous commencerons par relater les données empiriques collectées lors de cette évaluation puis nous discuterons, dans la conclusion, de notre propre analyse, présentée sous la forme de recommandations d'actions à entreprendre en vue d'une plus grande pérennité de l'USN.

D'une manière spontanée, lorsque que nous interrogeons les acteurs à propos des actions à entreprendre dans les prochains mois pour favoriser la pérennité de l'USN au sein de l'HIC, la stabilité des ressources est mentionnée. Dans les mots de certaines personnes, il s'agit de poursuivre «*l'aide extérieure*». Cela concerne tant l'alimentation des enfants que les médicaments et, évidemment, les salaires du personnel.

Mais ils ne s'arrêtent pas là, aux simples aspects financiers. L'importance de collaborer et œuvrer ensemble est mis en exergue. Les deux entités que sont TdH et l'HIC doivent nécessairement accroître leur imbrication fonctionnelle pour que l'USN perdure. Il faut, en quelque sorte, briser la cloison invisible qui s'est établie entre la salle A et la salle B, soit la salle pédiatrique et celle de la récupération nutritionnelle. Pour reprendre des termes entendus, il faut «*traverser*» et accentuer le travail collaboratif. Cela doit être concrétisé par des routines communes (au sens local du terme, soit des roulements de personnel), un partage des tâches mais également un partage des ressources matérielles (dans la plus grande transparence et confiance possible). Il semble subsister une disproportion des ressources humaines et matérielles entre les deux services, ce qui implique donc cette obligation de partage. Tout ceci constitue une nécessaire prise de risques organisationnels.

Il a aussi été évoqué l'importance d'assurer, sans discontinuité, la qualité de la prise en charge nutritionnelle des enfants. Sans cela, la pérennité de l'USN sera remise en cause. La réputation acquise par l'USN dans les précédentes années sera mise à mal. Pour maintenir cette qualité de service, l'ensemble des interventions favorables à la prévention de la malnutrition et à la détection des cas graves doivent perdurer.

4.2 Le réseau de surveillance nutritionnelle

4.2.1 Les activités du réseau :

La mise en place du réseau de surveillance nutritionnelle a démarré en 1999 à la suite d'un processus évaluatif du projet de TdH. Cette évaluation a attiré l'attention de l'ONG sur l'importance d'agir en appui et en collaboration au MSPP. Plusieurs Unité de Réhabilitation Nutritionnelle (URN) ont été mises en place en collaboration avec des centres de santé situés en périphérie. Le MSPP devait, *in fine*, prendre la relève de TdH. Malheureusement cela n'a pas été possible. Ainsi, selon le directeur

départemental de la santé de l'époque, les URN ont dû être fermées, faute de moyens financiers octroyés par le MSPP⁹.

Face aux difficultés économiques qui semblent réduire le nombre d'enfants transférés de la périphérie vers les Cayes, TdH décide en septembre 2003 d'informer ses partenaires de la prise en charge des frais de transports pour les indigents. Ce paiement est prévu *a posteriori*, une fois la famille arrivée à l'USN. TdH assure dans son rapport annuel 2003, qu'il y a eu une « *augmentation brutale des admissions depuis septembre 2003, date à laquelle TdH a informé ses partenaires de son intention de couvrir les frais de transport pour les plus indigents* ». Mais quelques lignes plus haut dans ce même rapport, il est émis l'hypothèse que « *La lettre de rectification envoyée au 3e trimestre a permis de recevoir plus de cas à partir de septembre 2003* ». En effet, en décembre 2002, une lettre a été envoyée à tous les partenaires du réseau pour leur faire part de la décision de TdH de concentrer ses efforts sur la prise en charge des enfants sévèrement malnutris. Les autres, légèrement ou modérément malnutris devaient être pris en charge dans les centres de santé. Or, il semble que cette lettre a été mal interprétée. De nombreux partenaires ont crû que TdH arrêterait entièrement ses activités. Certains ont donc mis fin à l'envoi d'enfants à l'USN des Cayes. Aussi, la correction du malentendu concernant la fermeture du CREN aurait donc également contribué à cette évolution, selon TdH, du nombre d'enfants transférés. Mais, il faut bien admettre que l'on ne sait plus vraiment, avec cette nouvelle hypothèse, quelle action a entraîné cet accroissement.

Fin septembre 2004, le délégué de TdH informe les partenaires du réseau de surveillance nutritionnelle par l'intermédiaire d'une lettre, que l'ONG effectuera une visite dans leur centre en vue de réactiver ce réseau. Il précise également qu'une journée de formation est prévue en novembre et qu'un fonds leur est octroyé pour payer, *a priori*, les frais de transport pour les enfants gravement malnutris. Aucun critère de sélection des enfants sévèrement malnutris n'est fourni aux partenaires bien que, dans la proposition envoyée à ECHO, TdH avance vouloir cibler les familles indigentes.

Le tableau suivant résume les activités de TdH liées à ce réseau ces trois dernières années.

	Supervision	Formation	Distribution de matériel
2004	1 fois (sept-oct)	1 jour, 23 pers (nov)	Oui
2003	1 fois (juillet)	3 centres de santé	?
2002	?	2 jours, X pers	?

Figure 4 : Résumé des activités de TdH concernant le réseau de surveillance

4.2.2 L'évolution des transferts vers le CREN en 2004 :

Selon la responsable TdH, la visite de réactivation du réseau de surveillance nutritionnelle, ainsi que la journée de formation et la fourniture du paiement « *a priori* » du transport ont contribué largement à l'augmentation du nombre d'enfants transférés au CREN des Cayes. Non seulement, dit-elle, le nombre s'est accru, mais en plus la qualité de ces transferts s'est améliorée. Les membres du réseau savent maintenant que le CREN ne prend en charge que les enfants sévèrement malnutris et ils connaissent parfaitement les critères permettant de sérier les enfants. Au-delà de ces interprétations personnelles, que nous apprend l'étude des statistiques issues du système d'information du CREN ? Puisque la dernière supervision s'est déroulée en septembre-octobre 2004, il faut comparer le nombre d'enfants transférés par des membres du réseau de partenaires, avant et après cette période. Dans la figure suivante, nous pouvons nous rendre compte de cette évolution.

⁹ Voir le rapport d'août 2002 de Reto Zehnder et Frank Jeneus

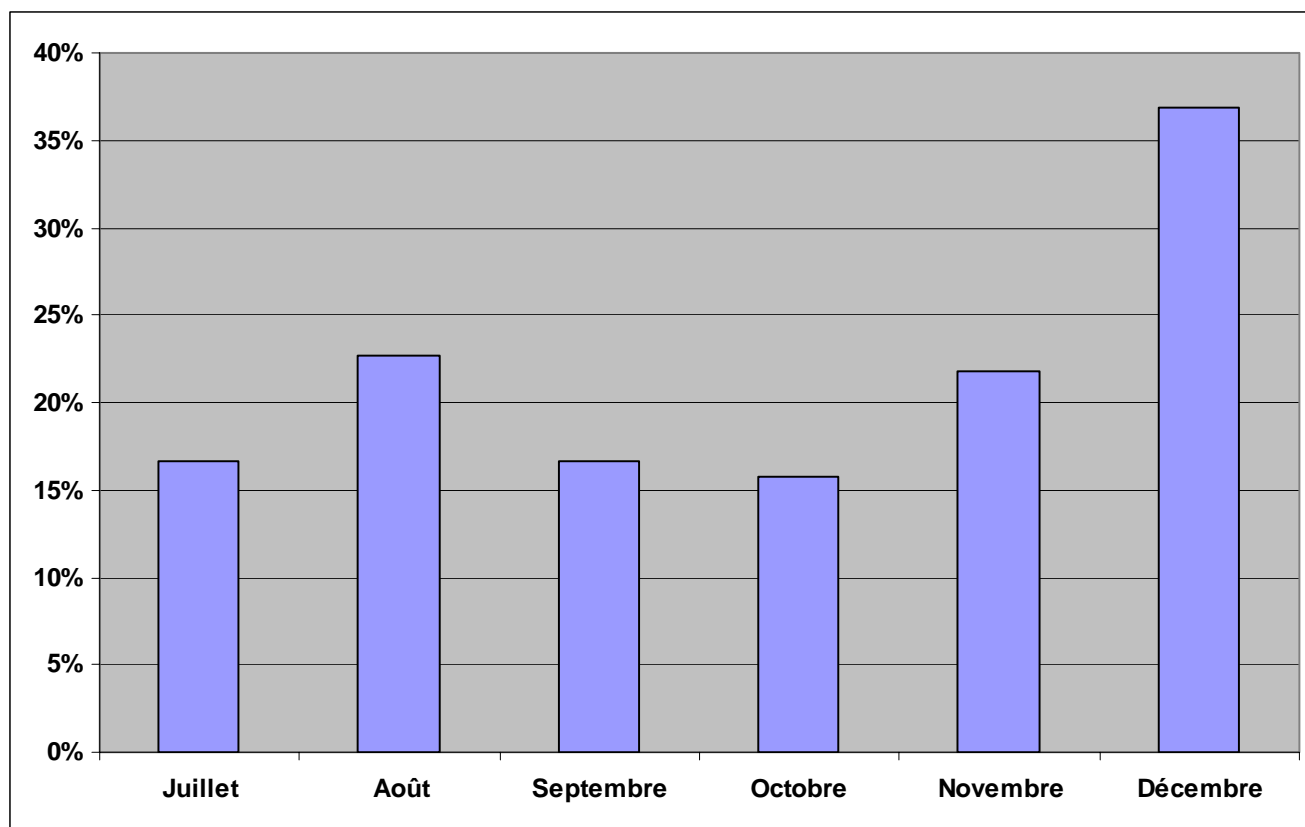


Figure 5 : Pourcentage d'enfants de l'USN transférés par des centres de santé membres du réseau de surveillance nutritionnelle entre juillet et décembre 2004

On constate une certaine augmentation de la proportion des enfants provenant des centres de santé membres du réseau de surveillance en comparaison avec ceux se présentant spontanément à l'USN (qu'ils viennent de l'extérieur ou pas de la ville). En moyenne, cette proportion est passée de 19% pour le troisième trimestre 2004 à 25% pour le quatrième trimestre. Il serait important, avant de porter un jugement global, de disposer des mêmes données pour l'année 2003 afin de vérifier que cet accroissement n'est pas simplement un effet de saison. Nous n'avons malheureusement pas eu accès à cette information. La seule donnée¹⁰ un tant soit peu utile à cette comparaison provient du rapport annuel 2003 de TdH. Selon ce rapport, 44% des enfants admis au CREN (dont l'USN) proviennent de la périphérie et 56% des Cayes. Ce nombre nous conduit à relativiser l'efficacité actuelle du réseau. Cependant, ce jugement doit être prudent, car il s'agit de statistiques, concernant l'ensemble des enfants du CREN et non pas du seul USN. De même, si les enfants viennent de la périphérie, on ne sait pas s'il ont été envoyés par des centres de santé ou si les familles, vivant à l'extérieur des Cayes, sont venues de leur propre initiative. Cela étant dit, il semble bien que la dernière tournée de supervision de TdH ainsi que la distribution de la subvention des frais de transport (fonds d'urgence) ont contribué à cette légère augmentation. On ne peut, en revanche, ni affirmer que 100% de cette augmentation sont dus à ce programme, ni préciser que l'une de ces actions a été plus utile que l'autre.

Si le nombre d'enfants transférés par les membres du réseau de surveillance a proportionnellement à l'ensemble des enfants admis augmenté, certains responsables de KFA pensent qu'il aurait été encore plus important, s'ils avaient été mis au courant de la possibilité d'envoyer les cas identifiés par eux aussi. TdH a un moment pensé octroyer également des fonds d'urgence (pour le transport des cas

¹⁰ L'évaluation externe de 2002 (Zehnder et Jeneus) ne s'était pas penchée sur cette activité

gravement malnutris, voir ci-dessous) à ces responsables. Il en a finalement été autrement pour plusieurs raisons, selon le délégué TdH : absence de garantie de la poursuite du financement ECHO pour cette activité, caractère trop récent de la création des KFA, caractère expérimental de cette subvention, etc. C'est un choix que l'on peut comprendre dans la mesure où il fallait tester une hypothèse (la difficulté de payer le transport), somme toute relativement plausible dans le contexte haïtien. Cela étant dit, lors d'une discussion de groupe avec des responsables de KFA et l'auxiliaire responsable du dispensaire de la région, les responsables ont appris l'existence de tels fonds. Certes, certains villages sont beaucoup trop éloignés (une heure de marche) du dispensaire pour envisager l'utilité d'y envoyer l'enfant pour obtenir ces fonds nécessaires pour se rendre aux Cayes. Mais d'autres villages où sont présents des responsables de KFA sont proches des dispensaires. Permettre aux responsables d'envoyer les enfants ou, à tout le moins, les informer de cette possibilité, aurait assurément accru l'efficacité du projet. Précisons que ce manque de transmission d'information vient s'ajouter à d'autres informations collectées montrant le caractère relativement fragmenté des équipes de TdH. L'équipe de prévention, celle de l'USN et celle du développement communautaire n'agissent pas véritablement de concert. L'organisation cloisonnée du service de pédiatre et de l'USN semble être le reflet de ce qui se déroule au sein de TdH.

Globalement, il faut donc retenir qu'il y a une augmentation du nombre d'enfants transférés par les centres périphériques, mais que cette dernière demeure relativement faible et qu'il n'est pas rigoureusement possible d'en attribuer la responsabilité au programme de TdH.

4.2.3 Les causes du faible nombre de transferts :

Outre l'imbroglio communicatif entre TdH et ses partenaires (lettre de 2003) à propos de la fermeture du CREN, nos observations de terrain et les entrevues nous ont permis de relever d'autres raisons qui peuvent expliquer le manque d'ampleur du réseau de surveillance nutritionnelle et le faible nombre d'enfants envoyés de la périphérie vers les Cayes. Ces raisons peuvent être les suivantes :

- la faible fréquentation des centres de santé ;
- l'absence de médicaments essentiels dans les centres de santé ;
- l'absence fréquente du personnel à son poste ;
- le manque de confiance des habitants envers les centres de santé ;
- le manque de connaissances du personnel à propos de la malnutrition ;
- l'absence de matériels pour détecter les enfants ;
- l'absence de visites à domicile pour détecter les enfants malnutris ;
- le manque d'intérêt des agents de santé pour cette activité.

Nous avons noté dans la partie réservée au contexte que le programme TdH s'est essentiellement focalisé sur trois actions : former le personnel, fournir du matériel et subventionner les frais de transport pour les indigents.

Dans la plupart des dispensaires visités, aucune activité, hormis les campagnes de vaccination nationale, n'a été entreprise depuis de très nombreux mois en stratégie avancée (à l'extérieur du centre de santé). En outre, la stratégie dite de « porte à porte » n'est employée que pour ces campagnes. Le reste du temps, il s'agit, tel que TdH l'organise également dans deux communes, d'activités dites « poste de rassemblement ». L'ensemble des habitants d'une zone précise est convié, par l'intermédiaire d'un appel général, à participer aux activités. En dehors de ces cas exceptionnels, nous dit une infirmière « *j'attends que les gens viennent ici* », ce qui ne facilite assurément pas la détection des enfants malades ou dénutris.

Une certaine stigmatisation des familles ayant des enfants malnutris semble exister dans quelques villages. Ces dernières ne seraient pas enclines à venir dans les postes de rassemblement, face à la peur d'être étiquetées par les autres habitants des villages comme étant incapables de s'occuper de leurs enfants. Aussi, les familles les plus isolées et les plus vulnérables ne seraient donc pas parties prenantes des activités menées par TdH, notamment par l'intermédiaire des KFA. Cela mériterait une étude plus approfondie. Le fait d'avoir, en plus, décidé de faire payer les pesées dans les villages, n'a certainement pas amélioré cette capacité à détecter les cas les plus graves. L'étude du cahier d'un responsable de KFA de la région de Camp Perrin montre que 98 Gourdes ont été collectées lors du premier rassemblement en juin 2004, alors que seulement 2 Gourdes l'ont été lors du dernier rassemblement en décembre 2004¹¹. Une triple explication peut être envisagée : les gens ont compris qu'ils pouvaient assister à ces activités sans payer, ils ne possèdent certainement pas les moyens de rendre cette activité prioritaire dans leurs dépenses, le service rendu est perçu comme ne méritant pas 2 Gourdes.

4.2.4 Le système de référence et contre-référence :

Le système de référence paraît relativement bien fonctionner d'un point de vue administratif. Les documents fournis aux responsables des centres de santé lors de la visite de septembre-octobre 2004 sont remis aux parents par les agents de santé. Les parents les remettent aux responsables du CREN lors de leur arrivée aux Cayes. Lorsque les mères ou les responsables des enfants oublient d'apporter le document, ou lorsque rien ne leur a été remis, les personnes chargées du triage leur demandent d'où ils viennent ou s'ils ont été envoyés par un centre de santé. Ceci est ensuite consigné dans le cahier des admissions.

En revanche, le système de contre-référence, comme cela est bien souvent le cas dans de nombreux pays, ne fonctionne pas. La tentative de collaboration avec le MSPP a échoué de ce point de vue. Les agents de santé ne remettent pas les documents nécessaires à l'occasion de leur reddition de compte mensuelle. En outre, les parents ne viennent pas toujours au centre de santé une fois rentrés à la maison. Ils n'en ont pas compris l'intérêt (donc ne remettent pas les documents), sont trop occupés pour cela ou ne disposent pas des moyens financiers pour payer le coût de la consultation. En effet, ce suivi des enfants sortis du CREN devient payant puisqu'il faut absolument payer la consultation, autrement nommée « *déclasser le dossier* ». TdH n'assure le suivi des enfants que dans la commune des Cayes.

4.2.5 La collaboration avec le MSPP :

Si l'implantation du réseau de surveillance et les premières visites des centres de santé ont été effectuées en coordination avec le MSPP, il semble bien que TdH agisse aujourd'hui en substitution totale du ministère. Certes, le MSPP est mis au courant des activités, reçoit des rapports et a, semble-t-il, donné son accord pour que TdH œuvre en place et lieu du ministère. Cependant, il apparaît que, cette dernière année 2004, très peu, sinon aucune activité liée au réseau de surveillance, n'aient eu lieu en collaboration avec la responsable de la nutrition (spécialisée en matière de santé infantile) à la DDSP. Les visites de réactivation du réseau de surveillance en septembre/octobre ainsi que la journée de formation en novembre ont été réalisées par le personnel de TdH, sans la présence de cette responsable ou d'un représentant de la direction départementale. Cette responsable n'était apparemment pas disponible, et les autres membres de la DDSP étaient accaparés par d'autres activités, nous a-t-on dit. Selon un rapport des visites de supervision, ce constat était le même pour l'année 2003.

¹¹ Nous n'avons pas noté le nombre d'enfants, mais ces données nous ont été montrés par le responsable pour démontrer les difficultés qu'il rencontrait eu égard à ce mode de paiement.

4.3 Le système de financement des services

4.3.1 Ce que l'on sait du financement des services

Avant de présenter les données collectées concernant l'organisation du fonds d'urgence et le système de paiement des soins dans les formations sanitaires, il nous paraît essentiel de relever les modes de pensées des acteurs en présence. En effet, l'idéologie qui sous-tend depuis maintenant plus de 15 ans, la méthode du paiement direct des soins lorsque les patients consultent, est, d'une part, devenue globalisée (20), et d'autre part, un déterminant essentiel des méthodes de financement choisies par les intervenants de la santé publique. L'objet de ce rapport d'évaluation du programme TdH n'est pas de décortiquer cette problématique. Le lecteur trouvera des détails à ce propos dans une littérature scientifique tout aussi foisonnante que concordante (21-23)¹². Notons simplement ici que l'ensemble des données probantes internationales montrent que le paiement direct des soins par les usagers est aussi inefficace qu'inéquitable. Même la Banque Mondiale condamne maintenant ce mode de paiement¹³.

D'une part, ce mode de paiement ne recouvre qu'une très faible partie des frais de fonctionnement des centres de santé. Les bénéfices tirés de la vente des médicaments, des services de santé et du paiement des soins peuvent être utiles pour prendre en charge quelques menues dépenses de fonctionnement, mais cela ne va guère au-delà. D'autre part, il constitue une barrière financière à l'accès aux soins, notamment pour les exclus permanents (absence de moyens à chaque instant) ou temporaires (à certains moments de l'année) (24). Il est donc illusoire de croire que le paiement des soins est une solution à la prise en charge des dépenses de fonctionnement d'un centre de santé et encore moins d'un hôpital. Cela est d'autant plus vrai dans une situation où le patient n'aura pas affaire à une prestation de qualité. Certaines expériences (25), encore controversées, ont en effet montré que les effets négatifs du paiement des soins pouvaient être contrecarrés par une amélioration substantielle de la qualité des soins. Outre l'accueil et la présence du personnel de santé, au minimum, les patients doivent être en mesure d'avoir accès à des médicaments essentiels génériques de qualité et financièrement accessibles. De surcroît, la gestion communautaire des fonds issus du paiement des services est un gage d'une certaine confiance des membres de la communauté envers les centres de santé. Si l'argent est exclusivement géré par les agents de l'État ou retourné à ce dernier, sans que les patients constatent une utilisation pertinente de ces sommes, ces derniers ne seront pas enclins à payer les soins (26). Enfin, pour rendre le système équitable et juste, et ainsi ne pas exclure les personnes qui vivent dans l'incapacité de payer, il est indispensable d'organiser un système d'exemption du paiement¹⁴. Pour cela, un système transparent et rigoureux doit être implanté. L'apport des membres de la communauté dans l'organisation de ce système est essentiel à sa réussite. Il faut, en outre, que les acteurs du système de santé aient un intérêt à ces exemptions, ce qui n'est pas le cas lorsque le fonctionnement d'un centre dépend largement du paiement des soins par les usagers.

¹² Nous ne fournissons ici que quelques références. Nous restons à la disposition du lecteur pour de plus amples renseignements et références si cela est nécessaire. Pour information, voir le débat entre un expert ECHO et des chercheurs dans le numéro 28 de novembre 2004 de la revue *Humanitarian Exchange* (<http://www.odihpn.org/publist.asp>).

¹³ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20040982~menuPK:34480~pagePK:34370~theSitePK:4607,00.html>

¹⁴ On ne parlera pas dans ce rapport des mutuelles de santé, instrument intéressant pour contrer l'exclusion temporaire mais assurément pas utile pour le moment en Haïti (système de santé, gestion communautaire scandale des coopératives, etc)

4.3.2 Ce que TdH et le MSPP pensent du financement des services

D'emblée, il faut noter une croyance locale de la pertinence de demander aux patients de payer les soins pour les « responsabiliser ». Ce point de vue semble partagé par les membres de TdH et par ceux du MSPP. Dans l'annexe 9 du protocole d'accord entre TdH et le MSPP présentant le plan de gestion futur de la pédiatrie, il est précisé que les médicaments seront fournis gratuitement durant les premières heures aux « familles démunies ». Il est cependant ajouté... « tout en demandant aux parents de faire un effort ». Dans ce même document, il est expliqué que la participation financière des parents aux coûts des repas permettra « d'assurer la viabilité de ce service ». Lors de la préparation du projet soumis à ECHO, le délégué TdH écrivait pour justifier la requête de paiement qu'il ne faut « pas mettre dans la tête des gens que les soins sont gratuits à l'hôpital ». C'est à la suite de l'insistance d'ECHO et face à certaines requêtes des partenaires du réseau de surveillance à l'égard du coût du transport que TdH décide d'allouer une subvention, dite « fonds d'urgence » en faveur des indigents pour accroître le nombre de cas de malnutritions sévères transférés de la périphérie vers la ville des Cayes. Cela étant dit, TdH reste attaché à cette volonté de faire payer les usagers et précise dans la proposition de programme envoyée à ECHO :

« Etant donné que l'intervention se fera dans une institution publique, la stratégie de gratuité sera clairement définie comme temporaire pour faire face à une situation d'urgence n'excédant pas 6 mois. Au-delà de cette période, la stratégie permutera vers un système d'exonérations partielles de façon à ne pas créer d'habitude et à ne pas déresponsabiliser totalement les bénéficiaires ».

Il est donc clair, pour TdH, que les formations sanitaires publiques doivent faire payer les soins, d'une part, et que le paiement est une manière de responsabiliser les usagers des services de santé, d'autre part¹⁵. Sans trop forcer le trait, nous pourrions même dire que la volonté farouche de rendre le service pédiatrique financièrement viable tend les acteurs à stigmatiser les plus pauvres. Lors d'une réunion en juillet 2004 avec l'ensemble des protagonistes, il a été dit que « les parents ne pouvant payer les prestations seront informés de leur inscription sur le registre des indigents de façon à les inciter à régler les sommes dues ». Et pourtant, dans le document envoyé à ECHO, la conclusion apportée par TdH est on ne peut plus claire :

« Il ne faut pas oublier que la majorité de la population haïtienne vivaient des revenus de l'agriculture et que cette population a vu ses ressources fondre en l'espace de 10 ans. A l'heure actuelle, cette même population n'a plus de quoi recourir aux services de santé de bases, repoussant les consultations à la dernière limite du supportable. La gravité des cas reçus dans notre centre de nutrition depuis 2003 est là pour témoigner de ce phénomène et constitue un véritable problème de santé publique en matière de mortalité infantile ».

Un an avant, lors de l'exercice de planification effectué en octobre 2003, TdH insistait déjà sur cette problématique en affirmant qu'il « est apparu que les populations concernées avaient un réel problème d'accès aux soins primaires de santé »¹⁶. Dans le rapport annuel de 2003, TdH affirmait également que les problèmes économiques expliquaient les départs des enfants du CREN avant leur récupération nutritionnelle ainsi que la rechute de certains autres.

¹⁵ Les activités de prévention communautaire, à l'aide des KFA, ont aussi été envisagées comme payantes avec toujours ce même double objectif de responsabiliser la population et rendre le système viable. Or, contrairement à ce que TdH note dans son rapport annuel 2003, la participation financière n'est pas « systématique et sans contestation ». Dans la commune de Camp Perrin nous avons rencontré sept responsables de KFA qui nous ont assuré que cela ne fonctionnait plus.

¹⁶ Il faut noter que dans le document résultant de cette planification, TdH annonce que son action envers l'amélioration de l'accès aux soins sera, entre autres, orienté en faveur des femmes enceintes par l'intermédiaire de la formation des matrones. Notre mandat n'était pas de porter un jugement sur cette stratégie. Cela étant dit, compte tenu des données probantes à ce sujet, il nous faut attirer l'attention des décideurs sur l'inefficacité d'une telle stratégie. Voir par exemple le rapport de 2004 : "Making pregnancy safer : the critical role of the skilled attendant : a joint statement by WHO, ICM and FIGO" ou l'article de Sibley L. et al dans *Social Science & Medicine* 59 (2004) 1757-1768.

4.3.3 L'organisation du fonds d'urgence

C'est en juillet 2003, lors de la supervision des partenaires du réseau qu'il est découvert - ou plus exactement mis au jour selon la responsable - l'importance du fardeau financier que constitue le transport de l'enfant et de son accompagnateur au CREN de TdH. De nombreux partenaires alertent TdH de la nécessité d'octroyer un fonds à cet effet. Dans le contexte de la crise économique et politique de la fin de l'année 2003 et du début de 2004, TdH a émis l'hypothèse, *a priori*, d'une augmentation des cas de malnutrition grave devant être pris en charge par le CREN. Dans la proposition de projet soumis à ECHO, le nombre d'admissions de janvier à mai 2004 sont comparés pour justifier cet accroissement de cas. Nous verrons dans la conclusion du présent rapport ce qu'il en est, *a posteriori*. Ce n'est qu'en juillet 2004 que TdH dispose de ce fonds. Les activités ne pourront démarrer que lors de la seconde quinzaine de septembre 2004. Ce retard dans le commencement des activités s'explique par, d'une part, la fermeture d'une partie des centres de santé en juillet et août, et d'autre part, les difficultés pour l'ONG d'accroître ses capacités de transport (malgré les démarches administratives amorcées avant le début du projet, les documents officiels n'ont été remis par l'administration à TdH qu'à la mi-novembre 2004).

Bien qu'il existe assurément d'autres déterminants du transfert des enfants vers le CREN des Cayes que le seul paiement du transport, cet élément constitue « *un geste* » déclencheur pour certaines familles. Mis à part les 25 Gourdes réclamées par TdH à l'entrée des enfants dans le CREN, l'ensemble des autres coûts est entièrement pris en charge par l'ONG (voir le chapitre suivant). Le paiement du retour est effectué par TdH, si les parents le réclament. Ces frais indirects que représente le transport demeurent donc un fardeau important, surtout pour les personnes vivant très loin des Cayes. Pour celles demeurant plus proches, le paiement du transport par TdH permet aux infirmières de s'assurer que les parents emmènent les enfants immédiatement. En payant tout de suite, ces infirmières tentent d'empêcher le retour de la famille à la maison, pour chercher les sommes nécessaires, car les familles restent trop souvent au domicile sans poursuivre leur chemin vers le CREN.

Une des personnes bénéficiant du fonds d'urgence pour venir depuis une localité relativement éloignée nous a précisé le caractère indispensable de cette aide. Sans cela, elle aurait, nous dit-elle, été incapable de payer le coût du transport jusqu'au Cayes. Le papa du bébé vit dans la capitale, et la mère de la maman n'avait pas d'argent à lui remettre pour le transport. L'infirmière du centre de santé, qui l'aidait auparavant en lui fournissant quelques vêtements, par exemple, a décidé de proposer le transfert de l'enfant, compte tenu de son état. La bénéficiaire du fonds ne sait pas d'où vient cet argent, et l'infirmière aurait évoqué un prêt. Elle est au CREN depuis cinq jours et nous dit ne rien avoir dépensé depuis l'hospitalisation de son enfant. Le problème du paiement du retour est doublement complexe pour cette maman. D'abord, elle ne sait pas comment elle pourra payer. Ensuite, les prix viennent d'augmenter durant son entrée au CREN, passant de 125 à 200 Gourdes. Bien que la politique de TdH n'ait impliqué que le paiement du voyage aller, nous avons constaté dans un dispensaire que les infirmières avaient reçu l'argent nécessaire pour prendre en charge l'aller-retour.

Alors que le projet visait à faciliter le transport des enfants des familles les plus démunies, nous remarquons que les enfants ayant bénéficié de cette subvention n'ont pas été sélectionnés selon les caractéristiques socio-économiques de leurs parents. Dit avec d'autres mots, tous les enfants détectés comme gravement malnutris et transférés par les centres de santé ont obtenu le paiement de leur transport. Si l'ensemble des formations sanitaires ont effectivement reçues l'argent pour cette prise en charge, entre octobre et décembre 2004, seulement 32 enfants ont profité de cette aide pour une somme totale de 1.550 Gourdes (voir tableau 9 en annexe). Le centre de santé ayant transféré le plus grand nombre d'enfants (n=5) à l'aide de cette subvention est celui de Charpentier, situé dans la ville des

Cayes. Cela s'explique plus par sa très forte fréquentation que par le taux de malnutrition dans la région. Ce centre, géré par une congrégation religieuse, est en effet celui dont le taux de consultation est le plus haut de l'ensemble du département. Il est fréquent qu'il effectue une centaine de consultations par jour, les malades venant parfois de très loin. Il n'est donc pas étonnant que, proportionnellement à la fréquentation du centre, le nombre d'enfants transférés à l'USN soit le plus important.

Venons en maintenant à l'hypothèse qui a été émise à l'origine de ce projet soumis à ECHO, c'est-à-dire l'accroissement potentiel du nombre de cas de malnutritions sévères et de l'indigence économique des familles. Cette cause impliquait donc, au moment de la négociation de ce projet et *a priori*, le renforcement de la prise en charge de la malnutrition à l'USN, la réactivation du réseau de surveillance et le paiement d'une subvention de transport pour les familles éloignées. Qu'en est-il *a posteriori* ? La figure suivante présente l'évolution et la moyenne mensuelle du nombre d'admissions à l'USN en 2003 et 2004.

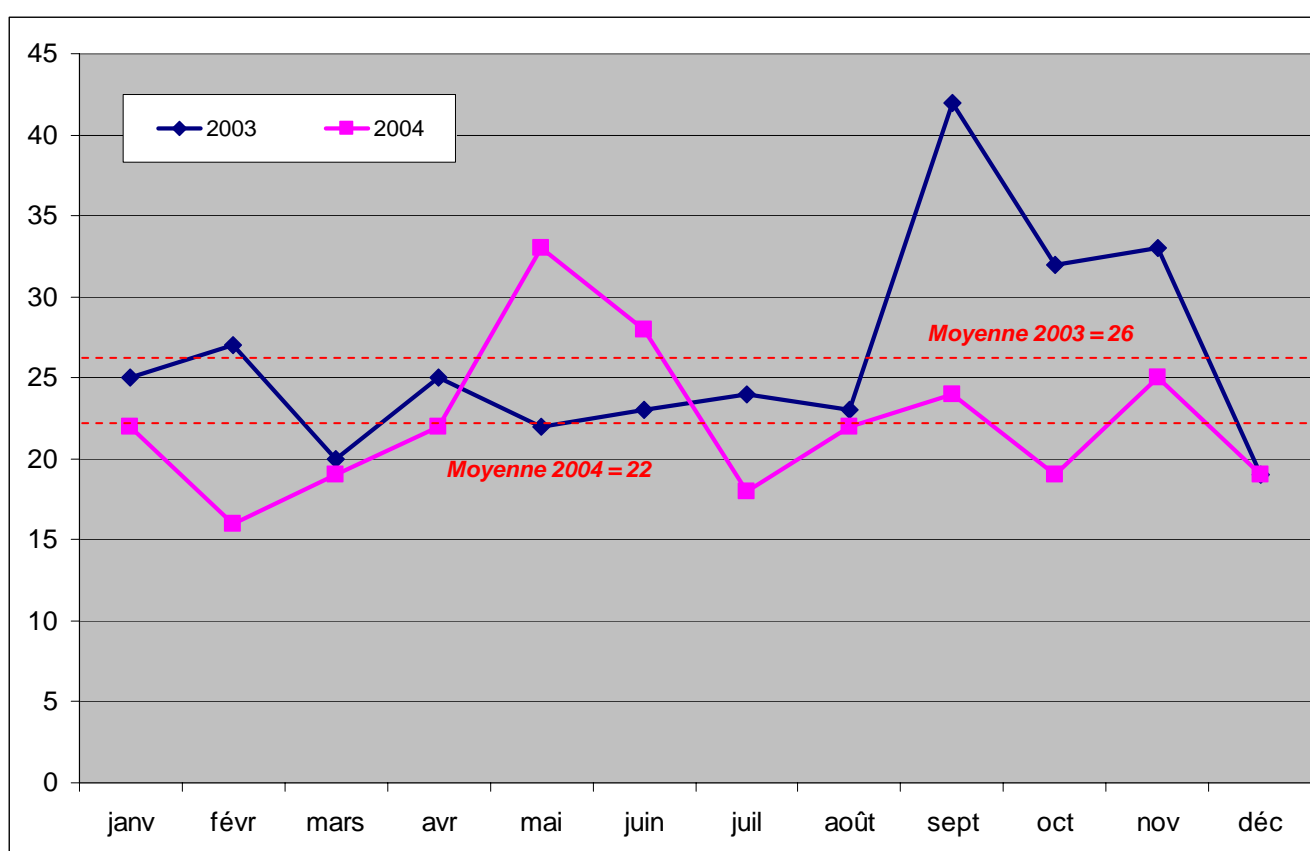


Figure 6 : Évolution et moyenne mensuelle du nombre d'admissions à l'USN en 2003 et 2004

Plusieurs enseignements doivent être tirés de cette figure. D'abord, il faut dire que l'accroissement du premier semestre 2004 s'explique en grande partie par la chute importante du nombre d'enfants en février 2004. Le peu d'enfants reçus lors de ce mois est principalement dû à la crise politique qu'a connu le pays à ce moment de l'année. Ensuite, une fois ce passage délicat de l'année, le graphique montre que le centre a repris une activité normale, à l'image des admissions de l'année 2003, et stable durant l'ensemble du deuxième semestre 2004. Le nombre exceptionnel d'admissions qu'a connu le centre en septembre 2003 s'explique, selon la responsable de l'USN, par une épidémie de fièvre qui a touché la région. La pédiatrie de l'HIC aurait aussi connu un tel accroissement. Enfin, globalement, il faut bien reconnaître que l'activité du centre en 2004 est restée moins intense qu'en 2003, quatre

enfants en moins, soit une baisse d'activité de 18%. Si l'aide apportée au transport des enfants provenant des centres de santé du réseau de surveillance a été utile pour accroître la proportion des bénéficiaires de l'extérieur des Cayes, l'activité de l'USN, dans son ensemble, n'a pas véritablement tiré profit de cette subvention.

4.3.4 Le système de paiement des soins dans les formations sanitaires

Distinguons la manière dont le système de paiement fonctionne dans les dispensaires situés en périphérie de celle dont il fonctionne au sein de l'hôpital.

Dans les dispensaires :

Dans les centres de santé visités, le mode de financement des services reste plus ou moins le même partout, bien que relativement inefficace.

Il est déjà demandé aux patients le paiement de cinq Gourdes pour la consultation, ce que l'on nomme le déclassement du dossier. Ensuite, si une prescription ou un examen est demandé au malade, il doit les payer, soit dans le dispensaire, soit à l'extérieur. La majorité des centres de santé publics visités ne disposent pas encore d'une pharmacie adéquatement fournie en médicaments essentiels génériques. Cela explique, en grande partie, la très faible fréquentation (voir tableau 9) de ces formations sanitaires. Il est prévu, tel que cela a déjà été fait dans les années précédentes, un appui de l'ONG Pharmaciens-sans-frontières (PSF-CI) dans les dispensaires périphériques. Une formation à la gestion des MEG a eu lieu récemment. Les dotations des stocks initiaux devaient suivre en janvier ou février 2005. Pour le moment, nous ne pouvons en dire plus sur le mode de fonctionnement de la gestion financière de ces centres de santé, faute de données. À notre connaissance, à tout le moins dans les centres visités, il n'existe aucun système de gestion communautaire. Il n'y a donc pas de comité de gestion formés de membres de la communauté ayant un droit de regard sur la manière dont les fonds résultant du paiement des consultations et des médicaments sont employés. Cela constitue une autre part de l'explication à la faible utilisation des services de santé. Pour les personnes indigentes, elles peuvent obtenir une exonération, nous a-t-on dit. Cette exemption est décidée unilatéralement par l'agent de santé responsable de la formation sanitaire.

Dans l'hôpital :

Il faut, en premier lieu, noter la faiblesse générale de la fonction gestion et administration de l'hôpital général des Cayes. Ce dysfonctionnement managérial de l'hôpital, largement discuté préalablement dans ce rapport, explique en partie la faiblesse organisationnelle de son système de financement que nous décrivons dans les prochains lignes.

Le circuit du paiement effectué par les patients est le suivant :

- Les frais de la consultation sont payables aux « Archives », soit 10 Gourdes
- Les frais des examens complémentaires doivent être payés à la « Perception »
- Les médicaments sont achetés à la « Pharmacie »
- Les frais de sortie sont payables aux « Archives », soit 100 Gourdes

L'argent est collecté par une personne affectée exclusivement à cette tâche. Depuis peu, un système de paiement a été mis en place pour les examens, les après-midi. En effet, avant cela, personne ne récoltait l'argent concernant les examens, ces derniers devenant *de facto* gratuit. Dans le but de collecter le maximum de fonds propres, il a donc été décidé de demander à une personne d'accomplir cette tâche. Il faut, à ce sujet, dire que les frais de fonctionnement de l'hôpital ne sont pris en charge que par le paiement des patients, aucun budget n'est alloué depuis plusieurs (environ 10) mois par l'État haïtien. La directrice de l'HIC gère l'ensemble du budget. Elle ne dispose pas véritablement d'administrateur.

Nous l'avons ainsi vu, à plusieurs reprises, s'occuper de la rédaction des chèques ou des contrats de service.

La pharmacie de l'hôpital est aidée par PSF-CI depuis quelques mois seulement. Le seul pharmacien de l'hôpital est un employé de PSF-CI, dont le contrat se termine le 12 février. Au moment de notre entrevue avec celui-ci, il ne dispose d'aucune connaissance de la suite du projet de l'ONG française. L'organisation a démarré son projet dans cette formation sanitaire depuis septembre 2004 seulement. Elle était déjà intervenue dans les années 95-97, mais, à leur retour, tout était à refaire, de la formation des employés à l'organisation des stocks et de la gestion en passant par la réhabilitation du bâtiment. Pour le moment, PSF-CI a organisé le système de gestion interne. Une première dotation de stocks de MEG devrait arriver en janvier 2005. Le pharmacien n'en connaît pas la valeur. En attendant cette recapitalisation, lors que le pharmacien a besoin de médicaments, il doit faire une requête auprès de la direction qui, après plusieurs jours (2 semaines environ) donne son accord financier. Ensuite, il se rend au dépôt périphérique pour effectuer l'achat des MEG nécessaires. Le pharmacien estime la moyenne des coûts des ordonnances de l'hôpital à 100 Gourdes. Les MEG sont vendus avec une marge bénéficiaire de 20%. La gestion de cette marge reste l'apanage de la direction.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de payer, elles peuvent être exonérées. Les décisions pour ces exemptions sont prises individuellement, soit par la directrice, soit par la responsable des soins. Le patient doit venir rendre compte de sa situation auprès d'une de ces deux personnes et réclamer cette gratuité. Il n'existe aucun critère précis pour décider. PSF-CI aurait demandé de ne pas dépasser 12% de patients exonérés, face à une situation que l'ONG aurait jugée trop « laxiste ». Entre le 15/12/04 et le 05/01/05, la directrice a personnellement exonéré 18 patients pour les consultations et divers examens médicaux. Outre ce système d'exonérations, il a été organisé des « buffets d'urgence » qui ont été octroyés aux différents services. L'objectif de ces petits stocks de médicaments et de matériel médical est de pouvoir soigner immédiatement un patient, sans lui demander de payer tout de suite. Cela permet de prendre en charge des problèmes urgents ainsi que des malades pendant la nuit. La gestion opérationnelle de ces fonds n'a semble-t-il pas toujours été très transparente par le passé.

Trois « programmes » particuliers sont mis en oeuvre pour fournir les soins gratuits. D'abord, les accidentés de la route bénéficient d'une gratuité totale des soins durant 72 heures. Ensuite, les victimes de violence (au sens large du terme) reçoivent également les soins gratuitement grâce à une subvention octroyée par une ONG américaine. Enfin, le Fonds Global de lutte contre le Sida a décidé de fournir des médicaments antirétroviraux pour une quinzaine de personnes affectées par le Sida. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays¹⁷ (27), la prise en charge est gratuite.

Pour ce qui est de la pédiatrie et de l'USN, les protagonistes ont, dès le début de l'année 2003, réfléchi au mode de paiement et de financement des services. Les responsables du MSPP et de TdH ont ainsi produit un « *plan de gestion* » qui est une partie intégrante du protocole d'accord entre les deux entités. Globalement, on peut dire que le système préconisé suit les mêmes grands principes que ceux de l'HIC. Cependant, la volonté des acteurs est d'en faire un système à part entière, ayant son propre mode de fonctionnement. Les patients de la pédiatrie et de l'USN devraient, car cela n'est pas encore implanté, suivre le même circuit.

¹⁷ Toujours ancré dans cette idéologie du paiement des soins, on a en effet longtemps cru que la demande aux patients atteints du HIV de payer, malgré le fait que nous avons affaire aux populations les plus démunies, améliorerait l'observance thérapeutique. Or, une récente étude au Sénégal vient de réfuter cette thèse (27) et inciter le gouvernement à changer de pratiques, à l'instar de nombreux autres pays.

1-Pour les personnes en mesure de payer, ils doivent d'abord s'acquitter du paiement de la consultation de 10 Gourdes. Ensuite, après le paiement d'une caution (100 Gourdes) pour recevoir le matériel nécessaire à l'hospitalisation (drap, etc), il est demandé un tarif forfaitaire journalier de 175 Gourdes pour les petits enfants et 200 pour les grands. Les examens de laboratoire, les radiographies et autres types de dépenses doivent être payés en plus par les parents. Tout comme l'hôpital, une marge de 20% est prévue sur la vente des médicaments. 10% seront remis à la direction générale et 10% seront utilisés pour un fonds destiné aux indigents. Enfin, un paiement de 50 Gourdes est demandé lors de la sortie de l'HIC.

2-Pour les malades incapables de payer, plusieurs systèmes sont prévus. En cas d'urgence, les produits issus du programme PCIME sont utilisés. Dans les autres cas, les indigents reçoivent l'ensemble des soins gratuitement. Pour assurer cette exemption, TdH s'est engagée à fournir des médicaments et du matériel consommable pour une durée d'une année et à compenser les exonérations des frais d'hospitalisation. De concert avec le service social de l'HIC, service qui ne semble pas encore exister à notre connaissance, TdH a également promis de mettre en place « *un système d'exonération pour les indigents* ».

Face à cette volonté de faire payer les patients, il nous a paru essentiel de bien connaître les caractéristiques socioéconomiques des bénéficiaires de l'USN. La qualité des données du questionnaire intitulé « dossier social » est insuffisante pour disposer d'informations très pertinentes à ce propos. En effet, il nous faut comparer ces données à celles de la population générale haïtienne pour avoir une bonne appréciation de ces caractéristiques du public bénéficiaire de l'USN. Aussi, nous n'avons pu effectuer une comparaison qu'au regard de trois variables utiles. Les données de comparaison sont tirées de l'enquête EMMUS-III (5). Les résultats sont proposés dans la figure suivante.

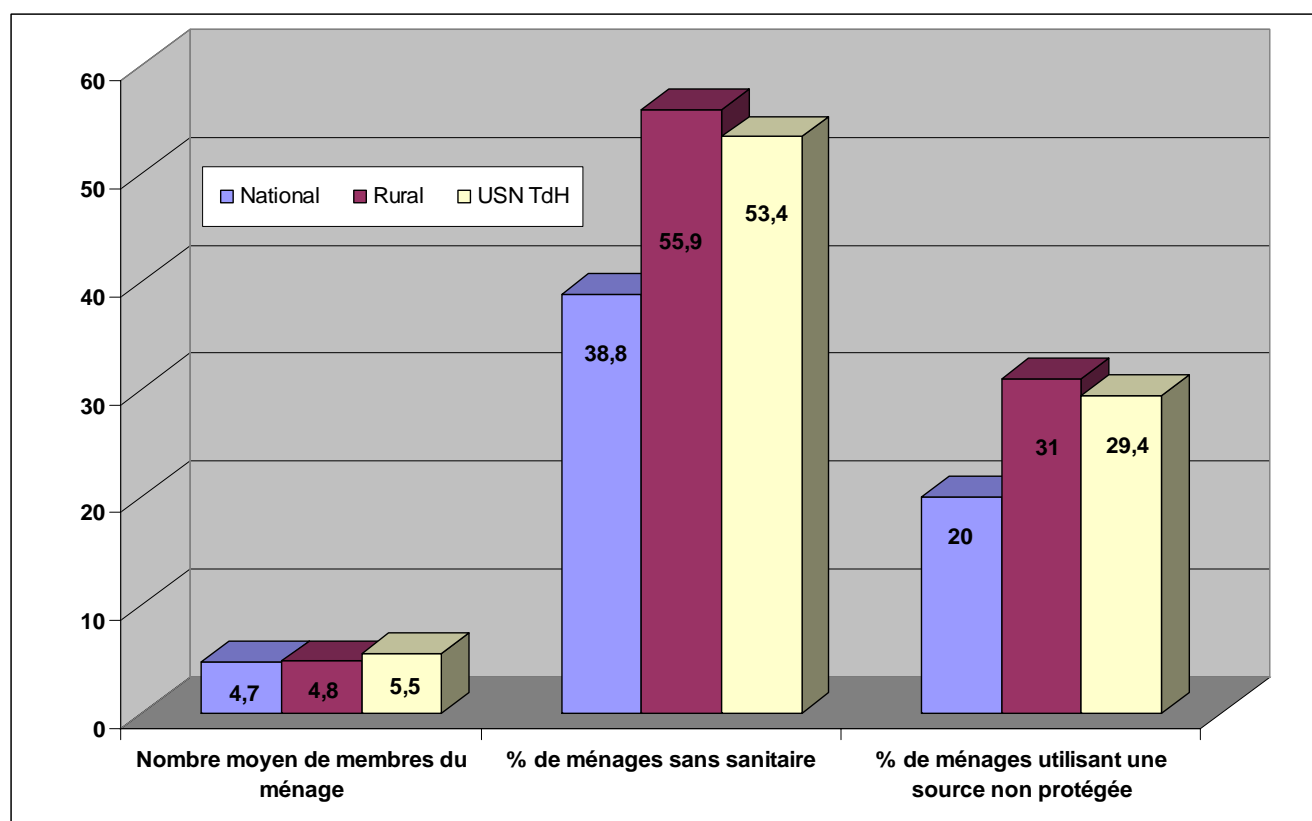


Figure 7 : Comparaison de trois variables entre les bénéficiaires de l'USN de TdH et la population générale au plan national et rural

Pour avoir une indication des ressources des bénéficiaires, vérifions maintenant le pourcentage d'enfants de l'USN ayant obtenu une exonération du paiement des 25 Gourdes réclamées par TdH lors de l'admission.

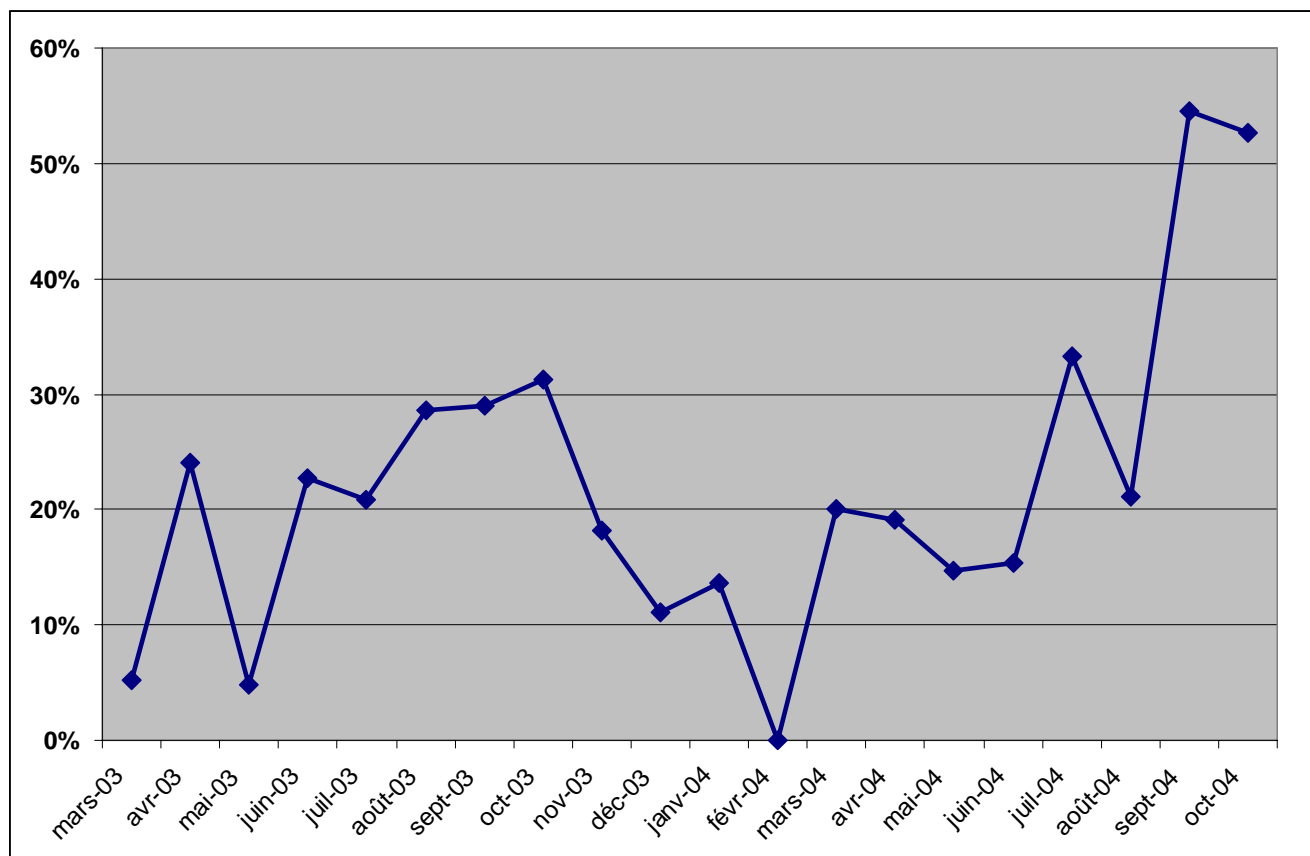


Figure 8 : Pourcentage d'enfants admis à l'USN ayant bénéficié d'une exonération de paiement

Ces deux graphiques, s'appuyant sur les seules données mises à notre disposition pour connaître le niveau socioéconomique des familles, ne fournissent pas d'indications très claires. Une telle étude reste essentielle à mener. Pour le moment, ces informations tendent à montrer que, contrairement à l'entendement général, les bénéficiaires de l'USN ne sont pas fondamentalement très économiquement différents de la population en générale, notamment rurale. L'augmentation du pourcentage d'enfants admis avec une exonération traduirait, selon certains, plutôt une demande de paiement moins insistante des agents auprès des parents qu'un accroissement de bénéficiaires démunis. Ces hypothèses restent à vérifier avec des données plus détaillées.

5 Conclusions

Dans ce chapitre consacré à la conclusion, nous posons un jugement global sur l'ensemble du programme TdH financé par ECHO au regard de certains critères habituellement employés par ce bailleurs de fonds. Précisons, d'emblée, qu'il nous est impossible de discuter de l'efficacité et de l'impact de ce projet. Nous ne sommes, en effet, pas en mesure de le faire puisque les données existantes au moment de cette évaluation ne le permettent pas. Cela étant dit, l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence. Tel qu'il a été demandé par ECHO, nous ajoutons un court paragraphe concernant une problématique transversale à l'évaluation préoccupant l'organisation : le lien entre l'urgence et le développement. La problématique du financement des services est également traitée, mais pas d'une manière transversal.

5.1 Efficacité et pérennité

L'objectif de cette évaluation n'était pas de vérifier l'efficacité de l'USN à propos de la récupération nutritionnelle des enfants. Il est cependant indispensable de préciser que TdH possède un système d'information, relativement bien mis en place, pour montrer que l'USN est efficace à ce propos. Les rapports de suivi écrits par TdH sont très explicites de ce point de vue. En ce qui concerne l'efficacité du processus de transfert de l'USN de TdH au sein de l'HIC, nous croyons avoir montré qu'elle reste très relative. Nous avons noté que le niveau actuel de pérennité de l'USN demeure faible, ce qui a été en partie expliqué par l'absence d'activité et d'événement propices à la routinisation. Cependant, de très bons acquis ont été tirés du projet en ce qui a trait à quelques caractéristiques de la pérennisation : l'adaptation au contexte, les procédures de prise en charge nutritionnelle, la description des tâches, le système de suivi (monitoring). L'efficacité du processus de transfert de l'USN a été bon. De nombreuses réunions ont eu lieu, un comité de suivi a été créé et s'est réuni, un protocole a été signé avec de nombreuses annexes techniques fort utiles. En revanche le manque de réunions avec l'ensemble du personnel, et donc pas uniquement les responsables de service, a semble-t-il eu certains impacts négatifs sur le moral et la motivation des agents vivant ce transfert. Pour le moment, le transfert de l'USN est physiquement réalisé, mais les deux entités demeurent. Les prises de risques organisationnels, dont nous parlerons dans les recommandations, seront indispensables pour assurer meilleure pérennité. Il faut dans cette conclusion affirmer qu'une grande partie de la responsabilité des actions à entreprendre est entre les mains du MSPP. Cependant, au risque de gâcher des années d'investissements, il ne faudrait pas que TdH laisse l'ensemble du fardeau reposer sur les épaules du ministère sans prendre les devants de temps à autre. Le contexte actuel n'est pas forcément le plus propice à la pérennité, ce qui justifie d'autant plus le rôle que TdH doit encore jouer, en ce qui concerne la dynamique du processus.

À notre connaissance, il n'existe aucune donnée probante permettant d'affirmer l'efficacité d'un système de subvention des coûts du transport. Une récente étude vient de le confirmer (28). Dans le cas du programme de TdH, il nous faut également être circonspect sur l'efficacité du programme. Les données disponibles ne sont pas suffisantes pour porter un jugement rigoureux sur l'efficacité du programme de subvention du transport et de réactivation du réseau de surveillance. Certes, la proportion des enfants provenant des centres de la périphérie s'est légèrement accrue au cours du dernier trimestre de l'année, mais nous ne pouvons pas affirmer si cela est du à un contexte saisonnier ou aux activités déployées par TdH. Il faudra valider ou infirmer ces hypothèses à l'aide des données concernant les prochains mois. Globalement, le nombre d'enfants pris en charge à l'USN stagne depuis deux ans, si l'on ne tient pas compte de l'activité exceptionnelle de septembre et octobre 2003 provoqué par une épidémie de fièvre. Il ne faudrait pas, à travers la lecture du présent rapport, comprendre que TdH est entièrement responsable de cette faible fréquentation de l'USN et du peu d'efficacité du réseau de surveillance. En effet, la détection des cas de malnutrition par l'intermédiaire

des centres de santé ne sera efficace, en grande partie, que dans la mesure où les communautés utilisent les centres de santé. Or, les déterminants de l'utilisation des services sont nombreux, tant du côté de la demande que de l'offre. Intervenir uniquement sur les frais de transport (demande), la formation, l'équipement et une supervision semestrielle (l'offre) n'est assurément pas suffisant pour favoriser la rencontre de l'offre et de la demande. Cette précision rend donc intelligible les données collectées au sein du projet de l'ONG. Pour se limiter à l'offre, tant que la population ne fera pas confiance aux centres de santé, que des médicaments ne seront pas présents à moindre coût, que le personnel ne sera pas à son poste et payer à temps, que le paiement des soins et des médicaments ne seront pas gérés en toute transparence, le nombre de cas d'enfants sévèrement malnutris détectés dans ces centres restera très faible. On pourra rétorquer qu'une telle évolution est aujourd'hui une gageure et nécessite une révolution. Cela étant dit, certaines avancées peuvent être possibles sans pour autant être obligé d'attendre cette situation idéale. Au minimum, par exemple, l'accès géographique et financier aux médicaments essentiels génériques peut être amélioré rapidement, ce qui aura nécessairement un impact sur l'utilisation des services.

5.2 Pertinence

Pour le transfert de l'USN de TdH vers l'HIC, il nous paraît utile de partager notre conclusion entre, d'une part, la pertinence technique (*relevance*), et d'autre part, la pertinence contextuelle (*responsiveness*). D'un point de vue technique, la contestation n'aurait pas de sens. Les différentes évaluations préalables du projet ainsi que de nombreuses discussions internes à TdH ont déjà largement montré qu'il était techniquement essentiel d'effectuer ce transfert¹⁸. Malgré un taux de malnutrition sévère relativement peu préoccupant par rapport à d'autres pays du Sud, le département est situé au premier rang pour la prévalence et au troisième rang pour le nombre d'enfants les plus touchés dans le pays. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet, qui est un des points forts du projet et un élément indispensable à sa probable pérennité. En revanche, nous croyons que le contexte social et hospitalier, n'était pas propice au transfert. Voilà des années que TdH gère ce projet. Bien que le transfert ait été décidé avant les crises majeures des derniers mois et le protocole signé en janvier 2004, nous avons ressenti une impression d'obligation de procéder à ce transfert à tout prix. Les événements politiques majeurs et l'absence de direction à l'hôpital auraient pu être des facteurs justifiant un report du processus. À tout le moins, on aurait pu, par exemple, attendre les élections de cette année 2005 pour enclencher un processus avec un gouvernement démocratiquement élu et reconnu internationalement. Évidemment, l'on rétorquera à cette analyse que le pays vit une crise depuis des années et que si l'on attend une stabilité politique pour effectuer un tel transfert, on risque d'attendre longtemps. Cependant, tout est relatif, et nous croyons malgré tout, que la situation politique, sociale et celle interne à l'hôpital n'étaient pas les plus favorables, relativement aux dernières années, au transfert. Cela étant dit, ce passage du témoin a été effectué, et il faut maintenant avancer. Les recommandations que nous proposons ci-dessous vont dans ce sens.

À propos du réseau de surveillance, nous aurions tendance à croire qu'en l'état actuel de la situation du système de santé il ne paraît pas totalement pertinent, pour TdH, d'investir dans l'organisation de la surveillance à l'échelle du département. Nous l'avons déjà dit, agir par l'intermédiaire des seules actions de formations, dotations, supervisions et subventions du transport ne suffit pas à accroître la détection des enfants malnutris. Le paiement du transport des enfants sévèrement malnutris, en revanche, est une action qui, en soi, est essentielle. Bien que cela ne soit pas très clair dans les objectifs du projet, le fait de ne pas avoir spécifiquement ciblé les indigents pour bénéficier de ces subventions nous paraît approprié. Dans un contexte où il n'existe aucun système efficace pour vérifier le statut

¹⁸ Certaines réflexions sont menées depuis quelques années sur cette question. N'étant pas spécialiste en la matière, nous renvoyons le lecteur intéressé à cette récente revue : Community-based therapeutic care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises, Collins S., november 2004, Network Paper, HPN

socio-économique des familles des enfants, l'utilisation d'un ciblage centré sur le seul fait d'être identifié comme sévèrement malnutri, a été une sage et efficiente décision.

Enfin, le choix de déployer un système de financement des services de santé spécifique à la pédiatrie de l'HIC ne semble pas pertinent. Certains éléments pourraient être favorables à un tel choix : démontrer par un projet pilote que cela peut fonctionner, susciter l'intérêt des autres services, montrer à la population de la ville que le fait de payer peut favoriser la présence d'un service qui fonctionne et qui répond aux attentes des malades¹⁹. Néanmoins, trop d'éléments défavorables viennent contredire ces arguments. D'abord, limiter ce mode de fonctionnement à la seule pédiatrie risque, à coup sur, de le rendre inefficace du simple fait que s'il est bien organisé, la moitié des malades devra recevoir une exonération. La moitié des lits est située à l'USN et tout le monde s'entend pour dire, ce qui reste à démontrer, que les enfants dénutris sont issus des familles les plus déshéritées. De surcroît, il n'existe pas encore de service social à l'hôpital et de système d'exonération rigoureux et transparent envers les usagers. Ensuite, il n'existe aucune expérience, à notre connaissance, qui ait démontré qu'un financement spécifique à un seul service fonctionne bien. Enfin, on risque de créer une enclave au sein de l'hôpital. Certains malades auraient accès à des services de qualité et à moindres coûts et d'autres, usant des autres services, pas. Or, il nous semble que l'équité et la justice sociale sont les fondements de la politique de santé haïtienne, à tout le moins la politique de nutrition (30), et une telle option irait à l'encontre de ces valeurs cardinales. En deux mots, nous croyons qu'un tel système sera ni efficace ni équitable.

5.3 Liens entre urgence, réhabilitation, développement

Dans le contexte de la période de la négociation du projet entre TdH et ECHO, aux alentours du mois de mai, la situation sociale et politique était très troublée. L'accroissement du nombre d'enfants à l'USN s'expliquait en grande partie par le faible nombre d'enfants du mois de février, période trop dangereuse pour que les familles se déplacent à l'USN. Cependant, les activités ont très rapidement repris leur rythme habituel, et cela a été le cas du début à la fin de la durée du financement par ECHO (de juillet à décembre 2004). Mais ni ECHO ni TdH ne pouvaient le savoir avant que le projet démarre. L'USN était prêt à recevoir de nombreux enfants, dans le cas où la crise devait perdurer ou devenir intense. On peut donc se réjouir, *a posteriori*, de cette absence de crise nutritionnelle. Cela étant dit, cette période de stabilité a été utile à TdH pour organiser le transfert de l'USN, qui aurait très certainement été très délicat et malvenu dans le cas d'une telle crise sociale. C'est un premier avantage de ce lien que TdH a pu entretenir entre l'urgence et la réhabilitation. Le second avantage a été l'obligation énoncée par ECHO à l'endroit de TdH de garder les services gratuits pour les enfants. Sans cela, il y a fort à parier que le transfert de l'USN aurait sonné le démarrage du paiement des soins et de l'implantation du plan de gestion proposé dans le protocole. Or, nous avons déjà dit ce que nous pensions de cette proposition qui risque d'écarter les familles les plus démunies des services offerts. Maintenant, l'arrêt du financement ECHO ouvre de nouveau cette barrière. Cependant, la décision de TdH, prise en collaboration avec le MSPP, de suspendre provisoirement la mise en œuvre du plan de gestion afin d'attendre les résultats de la présente évaluation a été salutaire. Les discussions engendrées à la suite de cette réflexion évaluative et les réunions avec les responsables de l'hôpital ont été autant de moments propices pour remettre en cause les modalités prévues. Il reste maintenant à voir comment cela pourra se faire.

Quant au réseau de surveillance, il nous semble avoir largement dit que son efficacité et sa réactivation dans une période de réhabilitation puis de développement ne seront possible que dans la mesure où l'ensemble du système de santé est remis sur pied. Sans cela, le lien avec la période d'urgence (ou dite comme telle car financée par ECHO) ne pourra avoir lieu. Sans pour autant affirmer que l'ensemble des éléments préalablement cités pour favoriser l'utilisation des services sont indispensables à

¹⁹ Voir le concept de « réactivité » des systèmes de santé, l'un des éléments de la performance selon l'OMS (29)

l'amélioration du réseau de surveillance nutritionnelle, il faut avoir conscience que certaines de ces caractéristiques fondamentales ne sont pas encore présentes. Ceci est d'autant plus alarmant que selon des personnes averties, la situation que nous avons rencontré dans le département du Sud est l'une des moins mauvaises de l'ensemble du pays. Certaines réflexions ont actuellement lieu pour ne pas enclencher immédiatement un processus de réhabilitation du système de santé et de recouvrement des coûts dans quelques régions encore trop mal en point. Des activités médicales gratuites doivent, selon cette stratégie, encore être utilisées pour quelques temps.

6 Recommandations

Pour que les recommandations de cette évaluation soient utiles, il faut non seulement qu'elles reposent sur les conclusions de l'évaluation issues de l'étude des données collectées, mais également qu'elles soient appropriées à la stratégie globale d'intervention de TdH, tant en général qu'en Haïti. Cette stratégie d'intervention est illustrée au moyen de l'adaptation du cadre conceptuel de l'UNICEF (31) employée par TdH lors de son exercice de planification d'octobre 2002. Pour bien comprendre la stratégie de TdH en Haïti, nous avons ajouté une ligne concernant les interventions concrètes. En dépit du mode de fonctionnement relativement cloisonné des équipes TdH, on note donc que les interventions visent à agir de manière concomitante sur les trois causes sous-jacentes de la malnutrition.

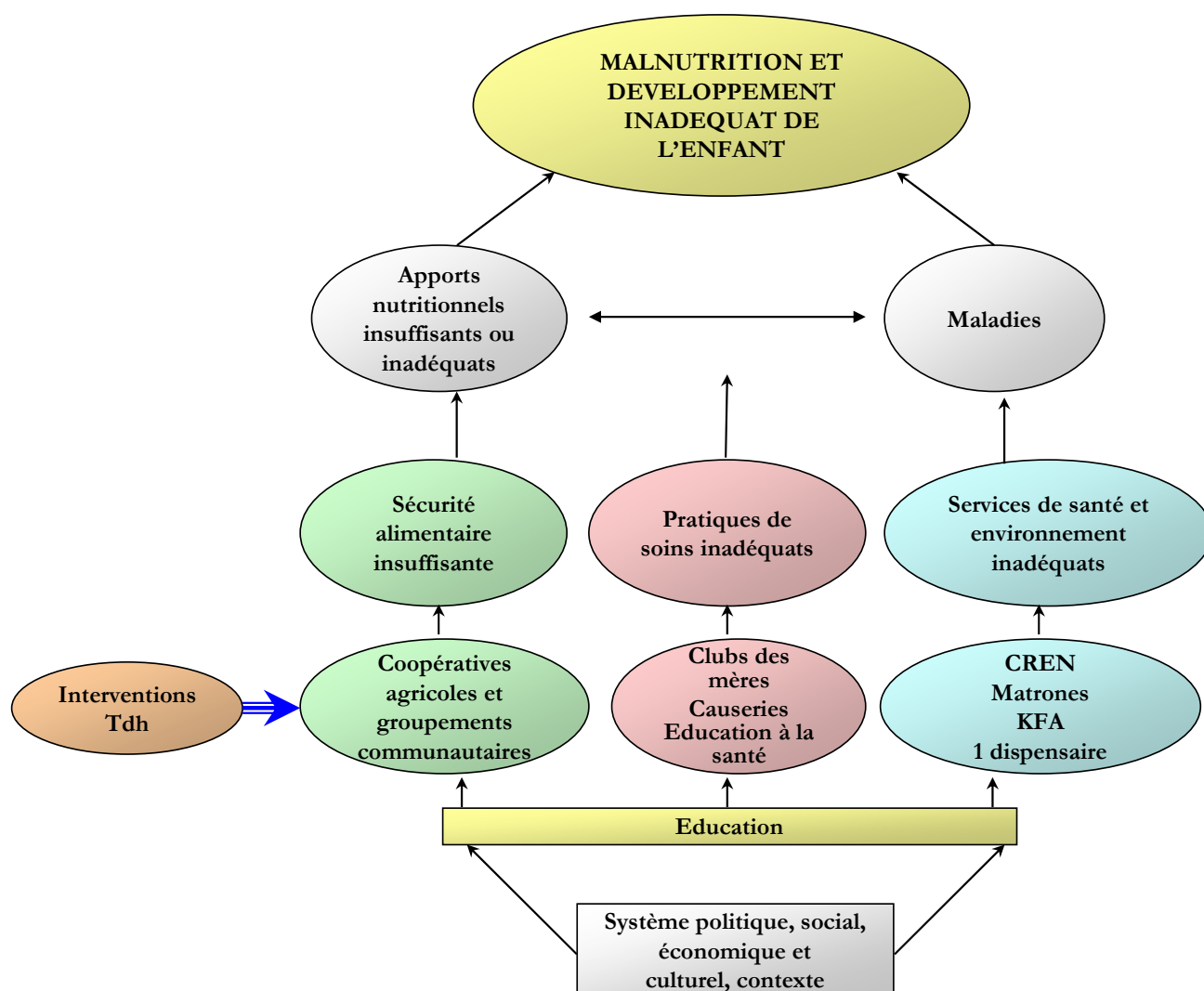


Figure 9 : Stratégie d'intervention de TdH en Haïti

Aussi, les recommandations proposées dans les prochaines lignes tiennent compte de ce contexte stratégique d'interventions. Elles prennent également en considération les objectifs fixés en juin 2004 par le groupe thématique « santé et nutrition » du cadre de coopération intérimaire.

6.1 Pérennité du CREN au sein de l'HIC

Compte tenu de la situation actuelle de la pérennité de l'USN, des actions passées et des propositions d'actions émises par les parties prenantes, il nous semble indispensable, pour s'assurer de la réussite du transfert, d'agir sur trois éléments en mettant en oeuvre les recommandations suivantes :

Le protocole liant le MSPP et TdH :

1. Revoir le calendrier des dates
2. Décaler la date de l'évaluation externe du projet spécifique au transfert de l'USN à la fin de l'année 2005

La stabilisation des ressources :

3. Poursuivre le processus de plaidoyer en direction du MSSP de la part de TdH, de la DDS, de l'HIC et des bailleurs de fonds
4. L'HIC embauche le personnel de l'USN (contractuel) et les salaires sont subventionnés par TdH jusqu'en décembre 2005
5. Le salaire du personnel anciennement TdH reste le même en attendant sa nomination par l'État

La recommandation n°5 se justifie par le fait que ce personnel n'a pas le même statut que les autres employés de l'État et qu'il a donc accumulé un retard dans ses cotisations à la retraite (pension) depuis son embauche par TdH. Cette proposition va à l'encontre du protocole MSPP/TdH, mais nous croyons que les remaniements organisationnels dus au transfert de l'USN sont suffisamment importants, et risqués pour la pérennité de l'USN pour ne pas ajouter un fardeau supplémentaire sur le dos des agents de santé. Nous pensons que les deux prochaines recommandations, indispensables au processus visant la pérennité, ne seront efficacement mises en œuvre que dans la mesure où cette recommandation est suivie.

La prise de risques organisationnels :

6. Nommer un responsable des soins pour l'ensemble de la pédiatrie (salle A et B)
7. Organiser les routines de travail et les roulements de personnel regroupant l'ensemble du personnel soignant et de soutien
8. Partager l'ensemble des ressources matérielles entre les deux salles

6.2 Réseau de surveillance nutritionnelle

En ce qui a trait au réseau de surveillance nutritionnelle, nous proposons une réduction (voire un arrêt) des actions dans l'ensemble du département et une augmentation des interventions dans les communes de Torbek et Camp-Perrin.

Sur le plan départemental :

9. En attendant que le système de santé retrouve une situation acceptable d'utilisation des services, TdH participe à une supervision semestrielle en collaboration obligatoire avec le MSPP
10. Selon le développement de la réhabilitation du système de santé, TdH envisage rapidement l'intégration de cette supervision nutritionnelle dans les activités de supervision intégrée du MSPP

Dans les communes de Torbek et Camp-Perrin

11. Renforcer la collaboration intersectorielle entre l'équipe TdH de prévention et celle de développement communautaire en vue d'accroître les actions auprès des familles et des communautés
12. Intervenir de manière directe ou en collaboration avec certains partenaires (e.g. PSF-CI) pour améliorer l'offre des services de santé des deux communes (accès aux médicaments essentiels génériques, gestion communautaire, etc)

Ces deux recommandations reposent sur les explications préalablement mises en évidence dans ce rapport. Si les actions de TdH en direction des familles et des communautés sont relativement intéressantes pour favoriser l'utilisation des services, celles en direction des centres de santé sont encore très insuffisantes²⁰. Réduire ces dernières envers les seules matrones, actions dont l'efficacité

²⁰ Cette remarque est d'autant plus essentielle que le cadre conceptuel de la malnutrition ne se cantonne pas, dans cette cause sous-jacente, aux seuls services de santé. L'accès à l'eau, par exemple, est indispensable.

reste à démontrer, les KFA et la revitalisation d'un dispensaire ne seront jamais suffisants pour accroître la capacité des centres de santé à détecter les enfants sévèrement malnutris. TdH doit donc entreprendre une réflexion sur sa capacité à étendre son action ou à envisager une collaboration avec d'autres partenaires pour que le réseau de surveillance repose sur une offre de services de santé de qualité²¹.

6.3 Financement des services

Distinguons les actions en direction de l'accessibilité géographique à l'USN et celles prévues pour l'hôpital.

Accessibilité géographique à l'USN

13. Subventionner de manière systématique, sous la forme d'une avance attribuée aux centres de santé, le voyage aller-retour des enfants sévèrement malnutris des centres partenaires du réseau
14. Collaborer avec les partenaires du MSPP (e.g. PSF-CI) pour la réorganisation du système de santé périphérique afin d'informer les communautés de l'existence de cette subvention et envisager à moyen terme l'inclusion de cette subvention dans le système de recouvrement des coûts avec gestion communautaire

Système de financement de l'hôpital

15. Profiter de la remise en fonction de la pharmacie de l'hôpital, de l'expertise technique de PSF-CI, des travaux du comité de pilotage concernant le plan de gestion de la pédiatrie pour mettre en oeuvre un système de financement pour l'ensemble de l'hôpital
16. S'assurer qu'un mécanisme efficace d'exonération du paiement pour les indigents soit obligatoirement implanté parallèlement au mécanisme de recouvrement des coûts (un fonds d'équité subventionné par TdH et géré par une entité externe à l'hôpital)

Concernant le fonds d'équité, une documentation détaillée a été remise au délégué de TdH (26). Elle comporte l'ensemble des arguments en faveur de ce système actuellement testé dans quelques pays. Schématiquement, l'organisation probable de ce fonds est résumée dans la figure suivante.

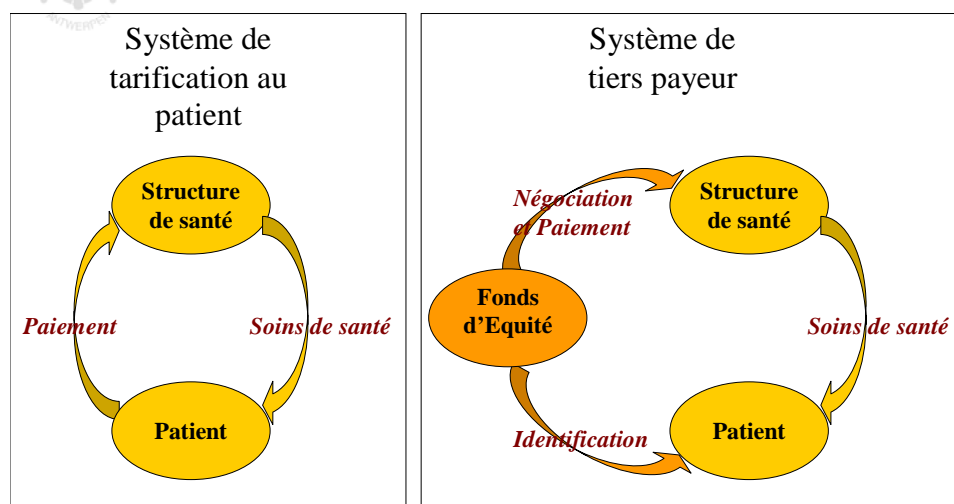


Figure 10 : Schéma du fonds d'équité, adapté de (26)

²¹ Selon le plan stratégique de TdH 2000-2004 « les projets se situant hors des domaines prioritaires d'intervention sont transmis à d'autres acteurs opérationnels plus spécialisés. C'est le cas des projets situés dans les domaines suivantes : [...] développement communautaire, [...], gestion d'hôpitaux [...] » (p.12)

7 Annexes

Programme de l'évaluation

- S 01 Voyage Québec -> Port-au-Prince
Discussion avec le délégué TdH
- D 02 Voyage Port-au-Prince -> Les Cayes
Discussion avec le délégué TdH
- L 03 Travail au bureau TdH
Entrevue avec un facilitateur communautaire de TdH
Visite du CREN et de la pédiatrie
Entrevue de groupe avec responsables CREN, USN, Prévention
Rencontre de la directrice de l'HIC
- M 04 Travail au bureau TdH
Réunion de planification visite terrain Réseau avec Coordinateur Communautaire et responsable Prévention
Réunion de présentation du plan d'évaluation à l'HIC (7 personnes, TdH + HIC)
Entrevues individuelles avec Responsable CREN + Prévention
- M 05 Préparation des canevas d'entrevues
Entrevues individuelles avec responsable équipe prévention, du CREN, de l'USN
Entrevue individuelle avec une bénéficiaire du fonds d'urgence provenant d'un dispensaire éloigné
- J 06 Préparation des analyses statistiques
Visite-observation du dispensaire de Colette, environ des Cayes. Entrevue de la responsable.
Entrevue individuelle avec le médecin responsable de la Pédiatrie
Entrevue individuelle avec la responsable médical de l'HIC
- V 07 Préparation des guides d'entrevue
Focus Group avec l'équipe de prévention TdH
Focus Group avec le personnel de soutien TdH et Pédiatrie
Focus Group avec les infirmières et auxiliaires TdH et Pédiatrie
Entrevue individuelle avec le pharmacien PSF-CI de l'HIC
- S 08 Visite-observation de l'hôpital de St-Anne, commune de Camp Perrin
Visite-observation du dispensaire de Rhé et du futur bâtiment
Entrevue individuelle avec les deux auxiliaires du dispensaire de Rhé
Focus Group avec les responsables de KFA de Camp Perrin
- D 09 Analyse des données et écriture du rapport
Saisie et analyse des données du dossier social des enfants de l'USN
- L 10 Visite-observation des centres de santé de Port-Salut, Roche-à-bâton, Coteaux, Damissin, Port-au-Piment
Entrevues individuelles avec quelques responsables ou infirmières de garde
- M 11 Visite-observation du CREN (session d'éducation à la santé, distribution du lait, etc)
Visite-observation d'une réunion de Club des Mères aux Cayes
Visite-observation et entrevue avec la responsable du Dispensaire du Sacré Cœur
Rencontre avec le directeur département de la santé, DDS du Sud
- M 12 Préparation de la réunion de restitution
Réunion de restitution en présence des responsables de l'HIC et de TdH
- J 13 Voyage Les Cayes -> Port-au-Prince
Écriture du rapport
- V 14 Écriture du rapport
Rencontre avec deux responsables du FSE (fonds canadiens)
- S 15 Écriture du rapport
Rencontre avec une responsable de PSF-CI
Voyage Port-au-Prince -> Québec

	<i>Logique d'intervention</i>	<i>Indicateurs objectivement vérifiables</i>	<i>Sources de vérification</i>	<i>Risques et hypothèses</i>
<i>Objectif principal</i>	Au 31 décembre 2004, grâce au projet, 200 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été soignés dans la nouvelle unité mixte de nutrition de la pédiatrie de l'hôpital Immaculée Conception (HIC).	Fonctionnement de l'unité de nutrition de la pédiatrie de l'HIC. Statistiques d'admission et de récupération	Dossier des patients et cahier des statistiques de la pédiatrie. Evaluation du Bureau Départemental de la Santé Publique.	
<i>Objectifs spécifiques</i>	L'unité mixte de nutrition est opérationnelle et renforcée dans ses capacités de prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère. Le nombre d'enfants malnutris admis en USN après dépistage et référence par les partenaires du réseau a augmenté. 200 enfants sévèrement malnutris du département du Sud ont été sauvés par le projet.	Indicateur 1 : Fonctionnement de l'USN de la pédiatrie de l'hôpital Immaculée Conception des Cayes. Indicateur 2 : 80 % des enfants dépistés sont admis en USN. Indicateur 3 : Nombre d'enfants récupérés nutritionnellement dans l'USN de la pédiatrie.	Dossier des patients et cahier des statistiques de la pédiatrie	La ville des Cayes est considérée comme relativement calme par rapport au reste du pays. Malgré les événements du mois de février dernier, la situation semble être revenue à la normale. La mise en œuvre d'un tel projet ne paraît pas pouvoir être compromise par un inopiné accroissement de l'insécurité.
<i>Résultats</i>	Résultat 1 : Les performances de l'USN à la pédiatrie sont proches des standards internationaux minimum de récupération. Résultat 2 : Le fonctionnement du réseau départemental de dépistage et de référence de la malnutrition s'est amélioré. Résultat 3 : 200 enfants sont récupérés.	Indicateur 1 : Mortalité <15%, Taux de récupération >50%, Gain de poids 10-15g/kg/j, Durée moyenne de séjour <30j, Taux d'abandon <10%. Indicateur 2 : 80% des enfants dépistés et référés par nos partenaires sont admis en USN. Indicateur 3 : Statistiques de récupération.	Dossier des patients, cahiers des statistiques de la pédiatrie	
<i>Activités</i>	Au niveau des partenaires du réseau : - Mise en place de fonds d'urgence permettant de prendre en charge les frais de transport des cas de MPE aiguë sévère - Renforcement de la supervision des partenaires du réseau (incl. recyclage et rééquipement) Au niveau de la future USN mixte Tdh/HIC de l'HIC : - Appui au	<i>Moyens</i> 1 expatrié 3 personnels locaux de coordination et de gestion 15 personnels techniques locaux de soins 9 personnels de soutien administratifs 1 véhicule 4x4	<i>Coûts</i> <u>Cash</u> : 135'269 EUR <u>Nature</u> : Lait en poudre : 10'000 EUR (DDC) Nourriture : 3'000 EUR (CRS)	

	fonctionnement de l'USN en terme de médicaments, intrants et nourriture. Création d'un fond d'urgence indigents.			
				<p><i>Conditions préalables</i></p> <p>Les conditions de sécurité doivent être assurées.</p>

Tableau 9 : Cadre logique de l'intervention de TdH, tel que donné à ECHO

Tableau 10 : Résumé du plan d'évaluation distribué lors de la réunion de présentation le 4 janvier 2005

THEMES	QUESTIONS D'EVALUATION	SOURCES D'INFOS	METHODES
PERENNITE CREN	1. Quel est le niveau actuel de pérennité du transfert du CREN à l'HIC ?	• 1 directrice HIC, 1 MD responsable pédiatrie, 3 responsables TdH (CREN, USN, Prévention)	• Entrevues individuelles
	2. Quelles ont été les actions entreprises favorables à la pérennité du CREN ?	• 1 directrice HIC, 1 MD responsable pédiatrie, 3 responsables TdH (CREN, USN, Prévention)	• Entrevues individuelles
	3. Quelles sont les actions à entreprendre dans les 12 prochains mois pour assurer la pérennité du CREN ?	• Infirmières, auxiliaires, personnel de soutien	• Deux Focus Group après avoir présenté /validé le niveau de pérennité
RESEAU SURVEILLANCE	4. Quelles sont les forces et les faiblesses du réseau de surveillance nutritionnelle ?	• TdH : responsables prévention et communautaire, auxiliaires • Partenaires : Charpentiers, Camp Perrin->Rhé , Port-Salut->Port-à-Piment	• Entrevues individuelles • Focus Group
FINANCEMENT DES SERVICES	5. Comment les bénéficiaires de la gratuité des transferts vers le CREN sont-ils choisis ?	• TdH : responsables prévention • Partenaires : Charpentiers, Camp Perrin->Rhé , Port-Salut->Port-à-Piment	• Entrevues individuelles • Entrevues de groupes
	6. Quels sont les bénéficiaires du CREN ?	• Dossier social • Cahiers des entrées	• Analyses statistiques
	7. Quelle est l'importance de la barrière financière à l'accès à l'USN ?	• Parents des enfants en périphérie • Parents des enfants à l'USN • Responsables centres partenaires • Responsable pharmacie HIC • Collaborateur PSF-CI	• Focus Group • Bed Census

Étaient présents : Directrice de l'HIC, Délégué TdH, Responsable Pédiatrie, Responsable Soins Infirmiers HIC, Responsable soins infirmiers Pédiatrie, Responsable CREN, Responsable USN, Responsable équipe de prévention

	janv-03	avr-03	sept-03	déc-03	janv-04	Fev 04	juil-04	août-04	nov-04	déc-04	janv-05	juil-05	août-05	janv-06	déc-06
Prévu	Signature du protocole	Début phase 1 (formation, construction, etc)			Début phase 2 (gestion commune)					Evaluation de la situation		Evaluation externe	Proposition de budget du HIC	Début de la gestion exclusive de la part du MSPP. Subvention éventuelle de TdH	Fin de la subvention éventuelle de TdH
Réalisé					Signature du protocole				Début phase 2 (gestion commune)		Evaluation externe projet ECHO				
Evénements politiques et liés à l'HIC			Troubles à Gonaïves	Démission du DGS MSPP		Prise de Gonaïves et départ d'Aristide	Dépôt du CCI	Nomination de la directrice médicale HIC							

Tableau 11 : Chronologie des événements liés au protocole TdH/MSPP et de la situation sociale et de l'hôpital

Note : pour les dates du calendrier prévu, voir : « Protocole d'accord entre le MSPP et TdH », 47 pages.

Tableau 12 : Informations relatives aux partenaires du réseau

#	Nom du partenaire de santé	Visite lors de l'évaluation	# consultations janvier-mars 2004	population de référence	taux de consultation janvier-mars 2004	# transfert oct-dec 04	Présence de KFA TdH	Organisation	Subvention transport	Coût oct-dec 04
1	Dispensaire de Finca					0		Privé	30	0
2	Dispensaire de Laurent		43	6 909	0,62%	0		Public	20	0
3	Dispensaire de Torbeck		134	8 709	1,54%	0	1	Public	30	0
4	CS de St Jean du Sud		328	18 110	1,81%	2		Public	40	80
5	Dispensaire d'Arniquet		621	7 021	8,84%	1		Public	40	40
6	Dispensaire de Colette	1	284	6 909	4,11%	0		Public	30	0
7	Dipensaire de Maillard		916	8 709	10,52%	0	1	Privé	30	0
8	Dispensaire de Maniche		1 604	10 278	15,61%	2		Mixte	35	70
9	Dispensaire de Béraud		72	8 709	0,83%	0	1	Public	35	0
10	Dispensaire de Ducis		637	8 709	7,31%	3		Mixte	35	105
11	CS de Port-à-Piment	1	1 057	27 411	3,86%	3		Public	125	375
12	CS de Damassin	1	582	3 695	15,75%	0		Public	125	0
13	CS des Côteaux	1	513	11 085	4,63%	0		Public	125	0
14	CS de Roche à Bateau	1	225	20 648	1,09%	0		Mixte	125	0
15	CS de Château		489	7 022	6,96%	0		Public	50	0
16	Dispensaire de Dory		143	10 278	1,39%	0		Public	75	0
17	CS de Charpentier	1	5 456	6 909	78,97%	5		Privé	14	70
18	CS de Chantal		3 534	11 375	31,07%	2		Mixte	30	60
19	CS du Vieux Bourg d'Aquin		253	14 007	1,81%	0		Mixte	35	0
20	CS d'Aquin		1 103	21 011	5,25%	3		Public	35	105
21	CS de St Louis du Sud		2 476	30 306	8,17%	1		Public	50	50
22	CS de Cavillon		252	5 808	4,34%	2		Public	30	60
23	CS de Camp-Perrin	1	1 306	24 080	5,42%	1	1	Public	35	35

24	CS l'Île à Vaches		962	13 626	7,06%	1		Public	65	65
25	CS de Laborde		388	13 818	2,81%	2		Public	35	70
26	CS de Chardonnières		1 107	18 003	6,15%	1		Mixte	125	125
27	CS des Anglais		839	38 429	2,18%	1		Public	125	125
28	CS de Tiburon		494	35 142	1,41%	0		Public	150	0
29	CS de Port-Salut	1	2 060	17 574	11,72%	0		Public	-	-
30	Dispensaire de Rhé	1	61	4 816	1,27%	1	1	Public	50	50
31	CS de Fond des Blancs		7 275	14 007	51,94%	0		Privé	-	-
32	Orphelinat St François (Sr Flora)					1		Privé	65	65
	Total	9	35 214	433 113	8,13%	32	5	Moyenne	60	1550

Canevas d'entrevue pour poser un jugement sur la situation actuelle de pérennisation du CREN

Ressources conservant les leçons apprises (mémoire)

1. Les ressources financières disponibles pour accomplir ces activités sont-elle intégrées dans le budget de l'HIC:
 - est-ce que ces coûts font partie du budget de fonctionnement de l'HIC ?
 - si oui, est-ce que ces coûts en font partie de manière permanente ou provisoire ?
2. Quelles sont les personnes employées par l'HIC pour accomplir ces activités ?
 - est-ce que ces personnes sont employées à temps plein ou à temps partiel ?
 - est-ce que ces personnes sont employées de manière permanente ou temporaire ?
3. Quelles sont les ressources matérielles fournies par l'HIC pour ces activités (locaux, photocopies, médicaments, rations alimentaires, etc.) ?
 - ces ressources matérielles équivalent à quel budget ?
4. Existe-t-il d'autres ressources allouées à ces activités ?

Adaptation et barrières à l'adaptation

5. Comment ces activités sont-elles adaptées au contexte du HIC ?
6. Est-ce que ces activités sont organisées pour que l'on puisse évaluer leurs effets (ex. en fonction des rapports de suivi, des bilans annuels ou des résultats des évaluations) ?
7. Parmi ces activités, quelles sont celles que l'on continue d'organiser parce que "ça plaît", mais pour lesquelles ont doute de la pertinence par rapport au contexte (barrières à l'adaptation) ?

Croyances et codes

8. Est-ce que ces activités correspondent à des objectifs écrits formalisés par l'HIC (ex. sous forme d'un cadre logique de "gestion de projet", demander à les voir) ?
9. Quels sont les symboles qui se rattachent à ces activités comme des logos ou autre ?
10. Quels sont les rituels établis à propos de ces activités comme des réunions périodiques ou autre ?
11. Est-ce qu'un langage particulier s'est développé autour de ces activités, une sorte de jargon ?

Règles de décision et d'action

12. Est-ce que l'HIC a désigné formellement un(e) superviseur(e) pour ces activités ?
13. Est-ce que ces activités sont incluses dans la planification officielle de l'HIC ?
14. Est-ce qu'il existe une description de tâches (cahier des charges) pour le personnel de l'HIC qui est affecté à ces activités ?
15. Est-ce que certaines activités font l'objet de règles écrites comme dans un manuel de procédures ?

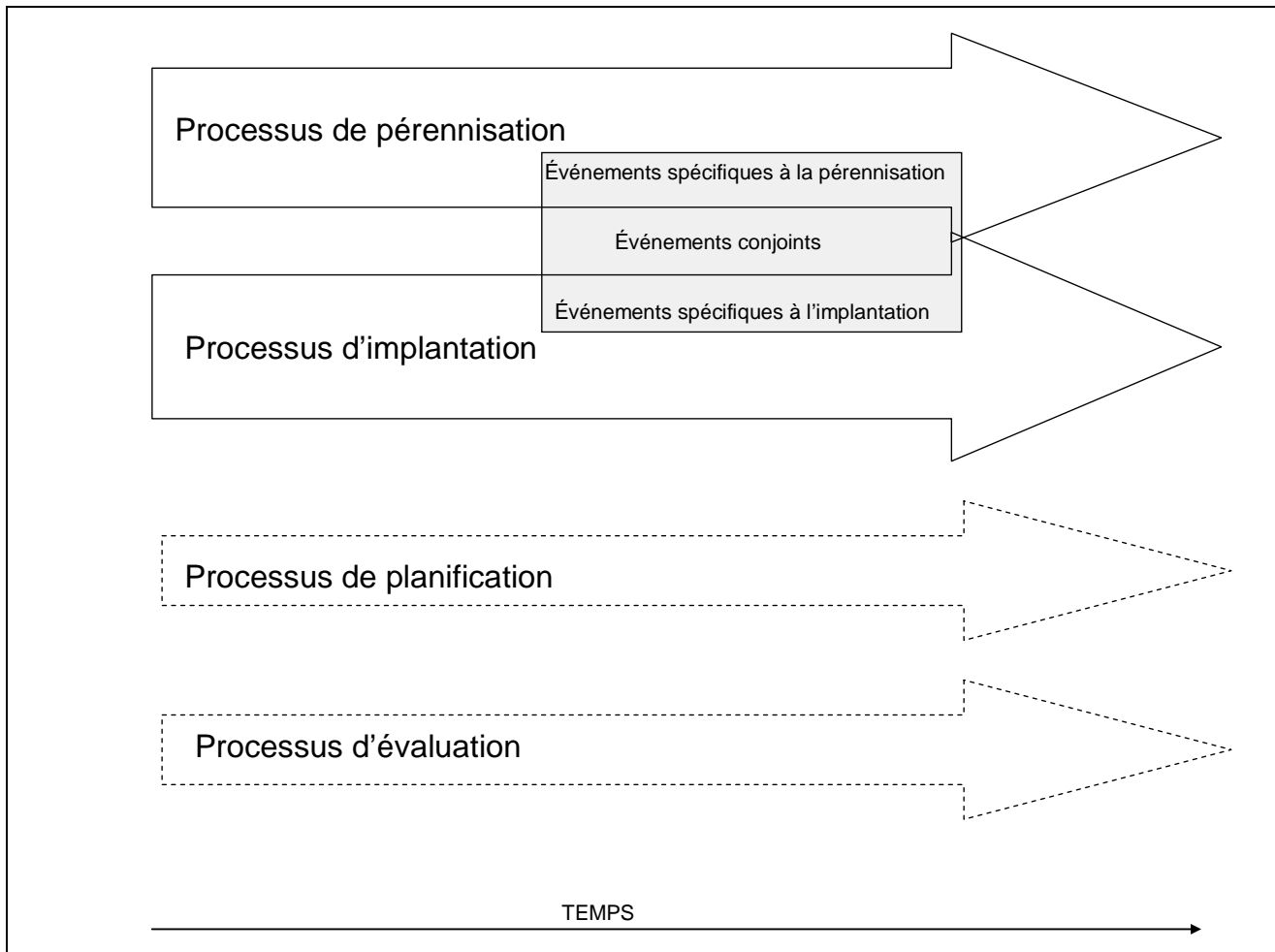


Figure 11 : La pérennité des projets selon une conceptualisation de processus concomitants, adapté de Pluye (15)

Canevas d'entrevue pour connaître les actions passées propices à la pérennisation

Lors des entrevues, les acteurs concernés lisent le **relevé des activités**, et après la lecture de chaque **catégorie** d'activité, l'évaluateur pose la question suivante : **Selon vous, quels sont les événements importants liés à ces activités qui ont favorisé ou défavorisé le transfert du CREN à l'HIC ?**

Si les acteurs ne décrivent pas spontanément les événements en détail, sous-questions pour "relancer" les entrevues :

- qu'est-ce ce qui a conduit à cet événement ?
- comment cela s'est-il passé ?
- pourquoi ?
- avec qui ?
- qu'est-ce qui a été particulièrement positif ou négatif concernant les activités en question ?
- qu'est-ce que les parties concernées ont ressenti ?
- comment avez-vous fait face ?
- quelles tactiques ont été utilisées ?
- quels sont les effets ?
- qu'est-ce qui s'est passé ensuite ou quelles sont les conséquences perçues ?
- pourquoi cette action est-elle efficace ou quelle action encore plus efficace aurait pu être faite ?

Canevas des Focus Group concernant les événements futurs favorables au processus de pérennisation du CREN au sein de l'HIC

- Présentation des catégories d'activités effectuées au sein du CREN
- Donner (en l'adaptant au public du focus group) un diagnostic préliminaire du niveau actuel de la pérennité :
 - ressources (-)
 - adaptation (+/-)
 - codes (+/-)
 - règles (+/-)
- **Selon vous, quelles sont les actions que nous devrions entreprendre dans les prochains pour nous assurer que le transfert du CREN au sein de l'HIC devienne pérenne ?**

Cadre d'analyse permettant de regrouper les événements en fonction de leur contribution à la routinisation et/ou l'implantation du CREN au sein de l'HIC

Événements spécifiques à la routinisation

- Stabilisation des ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités
- Prise de risque organisationnelle en faveur de ces activités

Événements conjoints à la routinisation et l'implantation

- Incitation ou bénéfices pour les acteurs (vs des coûts qui découragent)
- Adaptation des activités au contexte (vs compétition avec d'autres ou échecs des activités) en fonction de l'efficacité et des besoins
- Liens avec les objectifs de l'HIC (vs réorientation)
- Communication transparente entre les acteurs (vs mauvaise information)
- Partage d'une culture de l'artefact (mythes, symboles, métaphores, rituels, normes, valeurs) entre TdH et l'HIC
- Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'HIC

Événements spécifiques à l'implantation

- Investissement dans des ressources (financières, humaines, matérielles, formation) adéquates pour réaliser les activités
- Compatibilité pratique ou technique des activités avec celles de l'HIC (vs dérangement des opérations habituelles)

Canevas d'entrevues à propos du réseau de surveillance : Responsable du réseau

Organisation du réseau

1. Quelle est l'origine de la mise en place du réseau ? Pourquoi l'avoir organisé ?
2. Comment s'organise votre collaboration avec le MSPP pour l'animation du réseau ?
3. La réactivation du réseau s'est effectuée en octobre 2004. Pourquoi y a-t-il eu cette nouvelle intervention de votre part ?
4. Aujourd'hui, comment jugez-vous la qualité du système de surveillance dans le département ? A partir de quels critères ?
5. Pensez-vous que cela se passait mieux ou moins bien auparavant ? Pourquoi ?
6. Vous avez organisé des formations, pourriez-vous m'expliquer comment elles sont organisées ?
7. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de ces formations ?
8. Comment peut-on expliquer que certains centres envoient plus d'enfants que d'autres ?
9. Comment savez-vous si un enfant admis au CREN a été transféré par un membre du réseau ?
10. Quel système de contre-référence a été mis en place ? Quelles sont ses qualités et ses défauts ?

Fond d'urgence

11. Pour quelles raisons avoir décidé de mettre en place un fonds d'urgence ?
12. Est-ce que cette avance d'argent pour le transport représente une somme importante au regard de l'ensemble des dépenses ?
13. Est-ce que ces fonds sont organisés en coordination avec d'autres mécanismes de paiement dans les centres de santé ? Recouvrement des coûts, mutuelles de santé, système local de solidarité...
14. Comment les bénéficiaires de ces fonds sont choisis ? Quels sont les critères que vous avez donnés ?
15. Comment ferez-vous dans les prochains mois puisque les fonds ne seront plus distribués ?

**Canevas d'entrevues à propos du réseau de surveillance :
Partenaires du réseau et équipe prévention TdH**

Organisation du réseau

1. Comment est organisée la détection des cas de malnutris dans votre centre de santé ?
2. Quelles sont les familles qui ont des enfants malnutris ? Quelles sont les causes de cette malnutrition ?
3. Que pensez-vous de l'importance de l'USN des Cayes pour prendre en charge les malnutris sévères ?
4. Comment organisez vous le système de référence vers l'USN de l'HIC ? Quels problèmes rencontrez vous ?
5. Que pensez-vous de l'aide apportée par TdH pour votre centre de santé par rapport à la malnutrition (formation, matériel) ?
6. Est-ce que la formation vous a permis de mieux détecter les malnutris ?
7. Quel est l'utilité des postes de rassemblement ? Pourquoi choisir les PR plutôt que le porte à porte ?
8. Avez-vous des relations avec des colvols/KFA, quelles sont-elles ?
9. A quoi sert votre collaboration avec ces colvols/KFA ?

Fond d'urgence

10. Pour quelles raisons avoir accepté la mise en place un fonds d'urgence ?
11. Comment les bénéficiaires de ces fonds sont choisis ? Quels sont les critères que vous avez définis ? Comment les avez-vous définis ?
12. Est-ce que ces fonds sont organisés en coordination avec d'autres mécanismes de paiement dans les centres de santé ? Recouvrement des coûts, mutuelles de santé, système local de solidarité...
13. Comment ferez-vous dans les prochains mois puisque les fonds ne seront plus distribués ?

Canevas d'entrevues à propos du financement des services

1. Comment le système de paiement des soins est organisé dans votre établissement (paiement des consultations, des médicaments, des examens, etc) ?
2. Qui collecte l'argent ?
3. Comment utilisez-vous les sommes collectées (centralisées, utilisation locale, etc) ?
4. Comment les décisions d'utilisation de l'argent sont-elles prises ?
5. Avez-vous un comité de santé issu des habitants/villageois qui est partie prenante du processus de prise de décision ?
6. Comment faites-vous lorsqu'une personne n'est pas en mesure de payer ?
7. Si des exemptions sont attribuées, qui décide, sur quels critères, etc ?
8. Existe-t-il des système de solidarité communautaire (tontines, mutuelles, etc) ?

Tableau 13 : Événements favorables ou défavorables selon six personnes interrogées

	Favorables	Défavorables
Personne A	<ul style="list-style-type: none"> • Concertation pour la rédaction et la signature protocole • Mise en place d'un comité de pilotage • Construction d'un bâtiment et dotation de grands lits • Organisation de formation et stage avec le personnel de l'HIC 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prise en compte du problème d'accès à l'eau • Considération du manque de moyen de l'État • Pas d'histoire positive de prise de responsabilité de l'État (e.g. réseau URN 99-03) • Pas assez de réunion avec le personnel de l'HIC • Pas de prise en compte des routines de l'HIC •
Personne B	<ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment construit et visibilité du transfert • Formation du personnel de la pédiatrie • Réussites passées de TdH dans le département 	<ul style="list-style-type: none"> • État ne tient habituellement pas ses promesses, cf souvenir des URN 99-00
Personne C	<ul style="list-style-type: none"> • Séminaires de formation avec le personnel de l'HIC • Bâtiment construit et matériel donné • Organisation d'un comité de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de suivi du protocole avec le nouveau ministre de la santé
Personne D	<ul style="list-style-type: none"> • Concertation préalable • Stage des infirmières dans les deux entités 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux entités fonctionnant dans un seul bâtiment
Personne E	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de pilotage avec remplacement des personnes absentes • Protocole • Stage des infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> • Non respect du paiement des salaires par TdH via l'HIC • Pas de stage pour les dames de salle
Personne D	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • La réduction du personnel de l'USN et la demande aux parents de la compenser

Références

1. UNDP. Human development report 2004. New York: UNDP, 2004.
2. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir. Geneve, 2003.
3. République d'Haïti. Cadre de Coopération Intérimaire – Haïti. Rapport de Synthèse. Port-au-Prince, 2004.
4. MSPP, PAHO. Salle de situation de santé. Haïti 2002, 2002.
5. Cayemittes M, Placide MF, Barrère B, Mariko S, Sévère B. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-III Haïti 2000. Calverton, Maryland USA: MSPP, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro, 2001.
6. Gwatkin D, Rustein S, Johnson K, Pande RP, Wagstaff A. Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Haiti: HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank, 2000.
7. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation* 2003; **9**:453–469.
8. Ridde V. L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? *Développement et Santé* 2004; **169**:23-29.
9. Bégin C, Joubert P, Turgeon J. L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre. In: Bégin C, Bergeron P, Forest P-G, Lemieux V, eds. Le système de santé québécois. Un modèle en transformation. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 1999:265-281.
10. Ridde V. Seeds against malnutrition in Afghanistan: an experience in participative performance evaluation training. In: Mathison S, ed. Encyclopedia of Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publication, 2004:433-434.
11. Péladeau N, Mercier C. Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et Sociétés* 1993; **XXV**:111-124.
12. Krueger RA. Focus group, a practical guide for applied research: Sage Publications, 1994.
13. Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Editeur, 1997:405.
14. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J. Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot Int* 2004; **19**:489-500.
15. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning* 2004; **27**:121-133.
16. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*. In press 2005.
17. Pluye P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes: Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé (Thèse de doctorat No. T02-04). Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal., 2002.
18. Bennette S, Woods T, Liyanage W, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries., *Rapport trimestriel sanitaire mondial* 1991; **44**:98-106.
19. OMS. La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2000.
20. Lee K, Goodman H. Global policy networks : the propagation of health care financing reform since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health policy in a globalising world. Cambridge: Cambridge University Press, 2002:97-199.

21. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: World Bank, 2004.
22. Ridde V, Girard JE. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique* 2004; **15**:37-51.
23. Reddy S, Vandemoortele J. User Financing of Basic Social Services, A review of theoretical arguments and empirical evidence. New York, N.Y., USA: UNICEF, 1996.
24. de La Roque M. Équité et exclusions services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Cahiers Santé* 1996; **6**:341-344.
25. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine* 1993; **37**:369-383.
26. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy Plan* 2004; **19**:22-32.
27. Desclaux A. Equity in Access to AIDS Treatment in Africa : Pitfalls among Achievements. In: Castro A, Singer M, eds. *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press, 2004:115-132.
28. Goudge J, Khumalo N, Gilson L. Policy options to improve the economic access of low-income households to state-provided health care: Centre for Health Policy. School of Public Health. University of Witwatersrand. South Africa, 2003.
29. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant. Geneve, 2000.
30. MSPP. Politique nationale de nutrition. Port-au-Prince: Ministère de la santé publique et de la population, 2001.
31. Allen LH, Gillespie SR. What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Metro Manila, Philippines: Asian Development Bank with the UN ACC Sub-Committee on Nutrition, 2001.