



Terre des hommes

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

RAPPORT D'ÉVALUATION

Projet de lutte contre la malnutrition infantile dans le département du Sud 2003-2005

Version finale

Ridde Valéry, Ph. D., Canada
Bailat Sylvie, MD., Suisse
Consultants

Septembre 2005

Ce rapport a été produit à la demande de la Fondation Terre des hommes.
Les commentaires contenus dans ce rapport ne reflètent que les opinions des consultants.

RÉSUMÉ

Introduction :

L'objet de ce rapport consiste en l'évaluation du programme de lutte contre la malnutrition infantile de la Fondation Terre des hommes (Tdh) dans le département du Sud d'Haïti. Ce programme agit sur quatre axes : i) l'accès aux soins de santé primaires ; ii) les pratiques de soins aux enfants de moins de trois ans ; iii) les ressources alimentaires locales ; iv) la prise en charge des enfants malnutris. L'évaluation effectuée par une équipe de deux consultants externes s'est déroulée du 4 au 17 juin 2005 dans un contexte où régnait une situation de crise particulièrement intense et d'insécurité importante. Les résultats de l'évaluation doivent soutenir le processus de planification triennale prévu en octobre 2005.

Méthodologie :

Après avoir compris les enjeux et les besoins de cette évaluation, une liste précise de l'ensemble des questions d'évaluation prioritaires a été dressée en fonction de considérations pratiques, méthodologiques et stratégiques. Ces 16 questions portent sur l'efficacité du projet (2), le processus (9), la pertinence (12) et la pérennisation (3). Une stratégie évaluative pluraliste et centrée sur l'utilisation des résultats est utilisée. Les méthodes de collecte de données sont des entretiens individuels (25) et de groupes (148), de l'observation, des questionnaires et de la documentation. Une séance de restitution des résultats a été réalisée en Haïti et à Lausanne.

Résultats :

L'accès aux soins de santé primaires :

Compte tenu du nombre de responsables de KFA, les activités dans la commune de Camp Perrin (n=12) sont deux fois plus importantes que celles de Torkek (=13), soit 19 enfants contre 13 à chaque séance. La proportion des enfants qui n'ont pas un poids normal pour leur âge est globalement la même dans les deux communes (20%). Lors des 10 derniers mois, on constate une tendance à la baisse du nombre de pesées à Torkek et à la stabilité à Camp Perrin. La proportion des enfants avec un faible poids pour leur âge (PFA/PTFA) tend à diminuer à Torkek et rester constante à Camp Perrin. Cette proportion pour les enfants dont le poids est très faible (PTFA) paraît en diminution à Camp Perrin et évolue en dent de scie à Torkek. Les responsables de KFA sont des volontaires sélectionnés à la suite d'une décision consensuelle communautaire. Certains responsables de KFA sont d'anciens collaborateurs volontaires ou des agents de santé du ministère. Il résulte de cette différence de statuts, de formations et de compétences quelques distinctions d'activités, notamment pour la vaccination. Nous ne disposons d'aucune donnée sur les caractéristiques des familles des enfants pesés. Les responsables de KFA ont des souvenirs très vagues du contenu des formations reçues. De nombreux événements spécifiques et bénéfiques à la pérennisation ont eu lieu.

Les pratiques de soins aux enfants de moins de trois ans :

En matière de changement de comportement, la stratégie d'intervention est relativement semblable d'une zone à l'autre puisque l'on s'appuie sur des conseils donnés lors des Postes de Rassemblement, des Clubs des mères et de certaines causeries dites mixtes. Cependant, nous ne savons pas si ce sont les personnes les plus averties et les mieux éduquées qui participent à ces activités ou si l'on déploie des efforts particuliers pour aller chercher les mamans les plus vulnérables. La planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités visant certains changements de comportement soient disant néfastes à la santé paraissent relativement approximatives. Les activités reposent sur des habitudes de pratiques des employés de Tdh, des connaissances profanes qui semblent avoir du sens mais ne sont aucunement organisées et systématisées. Les contenus des messages d'éducation à la santé ne sont pas fondés sur des études préalables des déterminants des comportements et quasiment aucun matériel didactique digne de ce nom n'est disponible. Le suivi de l'efficacité des actions n'est pas prévu, aucune enquête initiale n'a été réalisée et aucune évaluation finale n'est encore prête. Les chances de pérennité paraissent bien moins grandes pour les activités de l'équipe de prévention aux Cayes, alors qu'elles sont relativement bonnes pour les Clubs des mères dans les communes.

La prise en charge des enfants malnutris

La prise en charge des enfants malnutris à l'USN est bonne avec un taux de rechute bas entre 0 et 6 %, correspondant aux standards de l'OMS, malgré le manque de respect partiel du protocole thérapeutique. Les carences principales concernent la préparation des laits, leur administration, les mesures médicales d'urgences et le suivi psychoaffectif. Il n'y a pas de visite médicale d'entrée systématique et l'administration d'antibiotiques n'est pas généralisée. La supervision de l'activité de nutrition est quasi nulle. La collaboration avec le service de pédiatrie est peu importante. L'activité de prévention est bonne que ce soit au sein de l'USN ou lors des activités ambulatoires. La couverture vaccinale reste cependant trop faible. Le suivi des enfants référés dans les centres en dehors des Cayes n'est pas répertorié. Les messages de prévention ne s'appuient pas nécessairement sur une étude précise des croyances locales. La qualité des soins donnés à l'USN est jugée bonne tant par les

bénéficiaires que par le personnel. Les interrogations exprimées sont à l'égard du manque de personnel, du manque de place, de la crainte de l'avenir considérant le transfert de l'USN à l'HIC et du manque de supervision.

La collaboration avec le MSPP

Si le degré de collaboration entre Tdh et le MSPP au niveau départemental paraît satisfaisant, celui au niveau périphérique, dans les communes où intervient l'ONG, semble relativement faible voire dans certains cas inexistant. Il faut évidemment comprendre que cette laborieuse collaboration entre Tdh et le MSPP se déroule dans un contexte national et local fort déstabilisé socialement et politiquement.

Empowerment et participation communautaire

L'évaluation de l'empowerment communautaire ne nous paraît pas possible pour le moment. Les interventions de Tdh ont quelque peu accru, d'une part, l'empowerment individuel de certaines personnes *participantes aux activités* et, d'autre part, l'empowerment organisationnel de certains Club de mères et de groupes de causerie. Des quatre éléments constituant l'empowerment individuel, soit la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique, le dernier est celui qui fait le plus défaut. L'empowerment organisationnel des groupes nous semble un peu plus faible que pour les individus mais cela s'explique aisément par l'état actuel de mise en œuvre du projet. Des quatre dimensions constituant l'empowerment organisationnel, soit la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique, les deux derniers semblent en retrait. Pour l'évaluation de la participation communautaire (sur la base de six critères : évaluation des besoins, représentation et leadership, organisation, mobilisation des ressources, administration et mise en œuvre, évaluation du projet), le jugement a été porté différemment par les consultants et l'équipe de développement communautaire. Contrairement à ces derniers, nous croyons que le degré de participation communautaire à la définition des besoins initiaux et à l'évaluation du projet reste faible.

Les stratégies d'intervention

Les interventions paraissent relativement semblables d'une zone à l'autre en ce qui concerne leurs objectifs. Il subsiste cependant une exception concernant les actions, dans la mesure où les SRO et le Jif (produit d'hygiène) sont vendus aux familles dans les deux communes (celles ne pouvant pas payer seraient exemptées) alors qu'ils sont donnés dans les quartiers des Cayes. Les différences d'une zone à l'autre concernent les moyens pour parvenir aux objectifs, notamment à propos des agents de santé Tdh aux Cayes et les responsables de KFA à propos des tâches (vaccination), des formations initiales et des modes de rémunérations. Le choix des sites paraît différent, soit l'on a ciblé les plus pauvres soit l'ensemble de la communauté. Certains comportements individuels sont des déterminants de la malnutrition, mais les facteurs environnementaux et sociaux doivent aussi être convoqués pour lutter contre ce fléau. Or les compétences actuelles de Tdh en Haïti ainsi que les orientations stratégiques de l'ONG donnent certaines limites aux capacités de l'ONG à agir sur les facteurs environnementaux.

Conclusions :

Effacité du projet :

- Au regard de l'empowerment individuel l'efficacité paraît satisfaisante alors que pour l'empowerment communautaire notre jugement est plus mitigé
- Les taux de rechute des enfants de l'USN sont relativement stable et restent en deçà de la valeur cible de 10%

Processus :

- Les activités de suivi des enfants sont relativement stables mais il faut rester attentif à la commune de Torbek. Le taux d'enfant PFA/PTFA est de l'ordre de 20% dans les deux communes
- La participation communautaire est bonne, sauf sur les aspects évaluatifs et organisationnels
- La sélection et la motivation des responsables de KFA sont correctes. Il existe une certaine diversité des personnes mais il demeure quelques problèmes liés aux formations données
- Il y a d'importantes carences méthodologiques pour les activités visant le changement de comportement
- La collaboration entre Tdh et le MSPP est correcte au plan départemental mais très faible au plan local
- On note une bonne qualité de prise en charge des enfants à l'USN, sauf en ce qui concerne le respect des protocoles de nutrition et d'éveil psycho-affectif
- La qualité du suivi des enfants sortis de l'USN est satisfaisante
- Les parents des enfants jugent positivement la prise en charge de leurs enfants à l'USN (sauf pour le transport). La perception est également positive de la part des professionnels de l'USN (sauf concernant la collaboration avec la pédiatrie)

Pertinence :

- La stratégie d'action de Tdh en Haïti est proche de la stratégie sectorielle de la fondation (mars 2005) en matière de SMI/Nutrition
- Nous émettons des doutes quand à la pertinence de former des matrones et à intervenir en matière de sécurité alimentaire. Par rapport à la stratégie sectorielle, il semble manquer des interventions de plaidoyer et envers le système de santé.
- Il faudrait justifier d'une manière plus probante, et notamment sur la base de besoins différents, l'utilisation de stratégies et de moyens différents en fonction des régions

Pérennisation :

- Le processus de pérennisation pour les KFA est jugé bon dans l'ensemble bien qu'il y ait eu autant de facteurs positifs que négatifs
- Le processus pour les Club des mères est aussi jugé satisfaisant mais il reste encore quelques efforts nécessaires à entreprendre
- Pour l'équipe de prévention des Cayes le processus est bien plus délicat et beaucoup reste à faire

Recommandations :

Dix recommandations sont proposées en fonction des quatre axes d'intervention de Tdh afin de préparer l'atelier de planification d'octobre 05, ainsi qu'une recommandation de nature transversale.

Axe 1 : Accès aux soins

1. S'assurer, par l'intermédiaire du projet de Tdh ou de ses partenaires, que les activités de prévention soient intégrées dans les actions curatives au sein d'un soutien global (à définir lors de l'atelier de planification) au système de santé en collaboration étroite avec le MSPP.

Axe 2 : Pratique de soins

2. Effectuer une étude des déterminants des comportements néfastes à la santé et la nutrition des enfants. Si nécessaire, faire recours à une expertise externe mais selon une démarche participative et avec l'objectif de former le personnel Tdh.
3. Sur la base des résultats de l'enquête, qui doit aussi fournir des données utiles pour l'évaluation de l'efficacité des interventions, élaborer les messages et les outils en faveur des changements de comportements néfastes à la santé et la nutrition des enfants
4. Réorganiser la structure interne de Tdh afin de donner plus d'importance et de professionnalisme à cet axe d'intervention, en nommant une personne responsable et en coordonnant les activités entre les différentes zones d'intervention

Axe 3 : Sécurité alimentaire

5. S'assurer, si cet axe est conservé, de disposer des ressources humaines et financières (voire avec l'aide de partenaires) pour répondre aux besoins suscités par les interventions en matière de sécurité alimentaire.

Axe 4: Prise en charge de la malnutrition

6. Réintroduire une supervision de l'application du protocole thérapeutique, en motivant l'infirmière responsable de l'USN et en impliquant le médecin responsable de la pédiatrie dans prise en charge de la nutrition dans sa globalité par la poursuite du processus de plaidoyer en direction du MSPP pour l'intégration de l'USN dans la pédiatrie de l'HIC.
7. Trouver les moyens de redéfinir un protocole pour l'éveil psychoaffectif et moteur adapté, appliquer ce protocole et établir une nouvelle fiche d'évaluation à la sortie.
8. Organiser des réunions du personnel de l'USN pour qu'ils identifient les points faibles du programme de nutrition et d'éveil et en proposent les mesures correctives (démarche participative)
9. Adapter les messages de prévention en faisant une étude sur les déterminants, voir recommandation 2
10. Réaliser une étude visant à comprendre la faible ampleur du nombre d'enfants touchés par le dépistage et la prévention (vaccination...)

Système de suivi et d'évaluation

11. Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des activités du projet, soit par la nomination d'un employé Tdh responsable de sa mise en place, en coordination étroite avec les différents responsables de services, soit par la présence d'une ressource externe responsable de la mise en place du système durant quelques mois (3) en prenant soin de l'intégrer au sein de tous les services et de former le personnel Tdh

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	2
3	ENJEUX DE L'ÉVALUATION	3
4	MÉTHODOLOGIE	3
4.1	LA PHASE PRÉÉVALUATIVE.....	3
4.2	LA STRATÉGIE ÉVALUATIVE ET LES QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	4
4.3	LES MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES	4
4.4	LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES :	6
5	RÉSULTATS	6
5.1	L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.....	6
5.2	LES PRATIQUES DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS.....	9
5.3	LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALNUTRIS.....	10
5.4	LA COLLABORATION AVEC LE MSPP	14
5.5	EMPOWERMENT ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	14
5.6	LES STRATÉGIES D'INTERVENTION	17
6	CONCLUSIONS	19
6.1	L'EFFICACITÉ DU PROJET	19
6.2	LES PROCESSUS	19
6.3	LA PERTINENCE	21
6.4	LA PÉRENNISATION	21
7	RECOMMANDATIONS.....	22
8	ANNEXES.....	24

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Chronologie des événements du projet de trois ans 2
Tableau 2 : Nombre de personnes interrogées 5
Tableau 3 : Données statistiques de KFA à Camp Perrin et Torbek de juin à mars 2005 7
Tableau 4 : Stratégies d'interventions par zone géographique 18
Tableau 5 : Évolution de quelques indicateurs sanitaires liés aux ODM en Haïti (source Banque Mondiale) 25
Tableau 6 : Quelques indicateurs sociosanitaires du pays et du département du Sud (source : (2)) 25
Tableau 7 : Cadre logique de l'intervention de Tdh 26
Tableau 8 : Faisabilité des questions d'évaluation..... 27
Tableau 9 : Matrice de participation communautaire 38
Tableau 10 : Résumé du plan d'évaluation..... 39
Tableau 11 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des KFA..... 45
Tableau 12 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des Club des mères 46
Tableau 13 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des activités de prévention aux Cayes 47
Tableau 14 : Liste des formations effectuées pour et par l'équipe de développement communautaire en 2004 et 2005..... 48
Tableau 15 : Évaluation du degré de participation communautaire effectuée par les membres de l'équipe de développement communautaire de Tdh. 50
Tableau 16 : Comparaison du personnel soignant total de l'USN en 2002 et 2005 sans tenir compte des éducatrices..... 51
Tableau 17 : Observation dans le temps de quelques indicateurs de suivi du protocole de nutrition à l'USN..... 52
Tableau 18 : Données concernant les enfants malnutris pris en charge ambulatoirement début 2003 et 2004..... 53
Tableau 19 : Outil permettant de suivre le processus de pérennisation et de porter un jugement sur le degré de pérennité..... 55

Figure 1 : Statistiques concernant la malnutrition sévère aigue dans les départements d'Haïti en 2000 ..1
Figure 2 : Différents canevas d'entrevues.....30
Figure 3 : Évolution du nombre de pesées dans les communes de Camp Perrin et Torbek44
Figure 4 : Évolution du pourcentage d'enfants avec un rapport poids/âge faible ou très faible dans les communes de Camp Perrin et Torbek.....44
Figure 5 : Résumé du degré d'empowerment pour les individus, les groupes communautaires et les communautés49
Figure 6: Recommandations OMS concernant la stratégie des matrones, source (29).....54
Figure 7: Fiche d'évaluation et de suivi psychomoteur et psychoaffectif (en papier)
Figure 8: Fiche d'évaluation de changement comportemental (en papier)
Figure 9: Fiche de suivi de l'évolution des familles du CREN (en papier)

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CCI :	Cadre de Coopération Intérimaire
CREN :	Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle
CRS :	Catholic relief service
DDSS :	Direction Départementale Sanitaire du Sud
ECHO :	Office Humanitaire de la Commission Européenne
ET:	Ecart type
HIC :	Hôpital Immaculée Conception (hôpital départemental)
KFA :	Kay Fanny Ansante (agents de santé communautaire)
MINUSTAH :	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODM :	Objectifs du Millénaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PFA :	Poids Faible par rapport à l'Age
PTFA :	Poids Très Faible par rapport à l'Age
P/T :	Rapport Poids/Taille
PR :	Poste de Rassemblement
Tdh :	Fondation Terre des hommes
URN :	Unité de Réhabilitation Nutritionnelle
USN :	Unité de Spéciale de Nutrition
VIH :	Virus d'immuno-déficience humaine

1 Introduction

L'objet de ce rapport consiste en l'évaluation du programme de lutte contre la malnutrition infantile que la Fondation Terre des hommes (Tdh) met en œuvre dans le département du Sud d'Haïti. L'évaluation effectuée par une équipe de deux consultants externes s'est déroulée du 4 au 17 juin 2005. Elle s'est concentrée sur les activités des trois dernières années dans le but d'aider à la prise de décisions qui est prévue lors de l'atelier de planification triennale d'octobre 2005. Il faut noter qu'au moment de cette évaluation régnait une situation de crise particulièrement intense et d'insécurité importante. Ce qui se passait en juin 2005 semblait rendre compte du contexte dans lequel s'est déroulée la mise en œuvre de ce programme de Tdh tout au long de ces trois dernières années.

2 Contexte

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. En juin, la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti (*MINUSTAH*) s'installe. 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 fin 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 (1). Il s'agit du Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) finalisé en juillet 2004, dont l'amélioration de l'accès aux services de base est un des quatre objectifs principaux. 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 : i) la disponibilité et l'accessibilité du Paquet Minimum de Services ; ii) le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) ; iii) l'amélioration du financement de la santé et de la nutrition ; iv) 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. Ces indicateurs sont alarmants (voir tableau en annexe). Le projet dont il est question dans ce rapport se déroule dans le département du Sud, dont la capitale est la ville des Cayes. Le tableau situé en annexe fournit des indications comparatives, pour quelques indicateurs, avec l'ensemble du pays (2). Les données issues de l'enquête nationale de 2000 (3), montrent que ce département est l'un des plus touchés par la malnutrition aiguë sévère en Haïti.

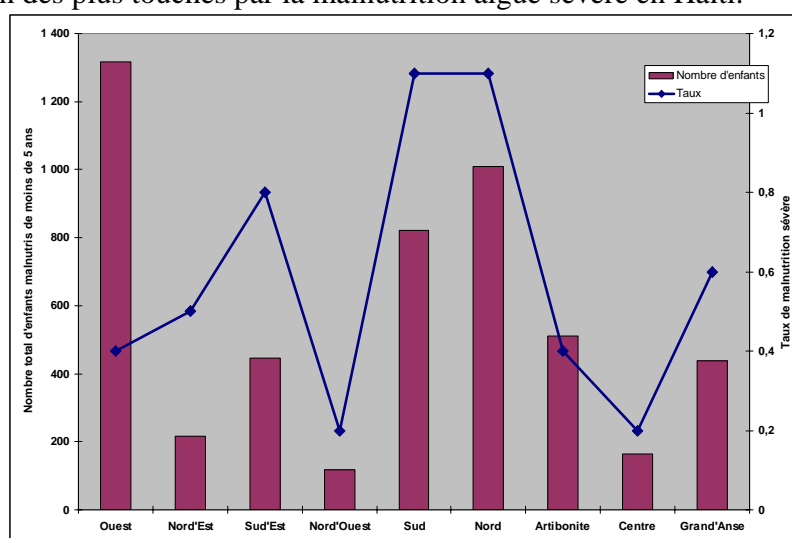


Figure 1 : Statistiques concernant la malnutrition sévère aiguë dans les départements d'Haïti en 2000

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 (4). Pour intervenir en faveur d'une réduction de la malnutrition du pays, une politique publique a été définie en 2001 (5). En attendant son actualisation par le futur gouvernement, elle reste la seule référence nationale. 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 spéciale de nutrition (USN). Ce volet du projet, à la suite d'un soutien financier européen (ECHO) entre juillet et décembre 2004, a fait l'objet d'une évaluation en janvier 2005 (6). Deux communes du département ont été particulièrement ciblées pour les actions communautaires, soit Camp-Perrin et Torbek. Leur population respective est de l'ordre de 50 000 habitants. 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 communautaires, 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. L'évaluation dont il est question dans le présent rapport porte sur l'ensemble du programme de Tdh dans le département du Sud entre 2003 et 2005, contexte fort mouvementé avons-nous dit. La définition des activités mises en œuvre par l'actuel projet est issue de deux exercices de planification effectués par Tdh et ses partenaires, tel que le manuel de planification de projet de l'ONG le recommande (7). Le premier, suivant ainsi la logique triennale de planification, a eu lieu en août 2002 à la suite d'une évaluation de quatre jours réalisée quelques jours auparavant (8). Compte tenu des recommandations visant à orienter les activités vers le développement communautaire, l'année 2003 a été consacrée au choix des sites d'intervention, à la réalisation d'une enquête, à certaines expérimentations d'activités puis à un nouvel atelier de planification en octobre 2003. Ces quelques moments historiques du projet et le reste du déroulement sont présentés dans le tableau suivant.

Date	Événements
Août 2002	Évaluation externe et atelier de planification triennal
Janvier 2003	Étude pour la sélection des sites d'intervention communautaire (enquête socioéconomique et de comportements, entrevues)
Mai 2003	Début des tests d'activités communautaires
Octobre 2003	Atelier de planification et définition des stratégies communautaires
Janvier 2004	Début du programme communautaire dans deux communes
Novembre 2004	Transfert de l'USN à l'HIC
Octobre 2005	Atelier de planification triennal

Tableau 1 : Chronologie des événements du projet de trois ans

Le cadre logique de l'ensemble du programme est proposé en annexe à ce rapport. Notons ici simplement les objectifs à atteindre initialement fixés et les quatre axes d'intervention pour y parvenir, tels que décrits dans les documents de projet.

Objectifs : « Fin 2005, dans l'aire d'intervention du projet, à travers un transfert de compétences et de responsabilités vers les familles, les communautés et les institutions publiques, la santé des mères et des enfants de moins de 3 ans s'est améliorée, notamment: i) au niveau familial, par la modification de 3 comportements les plus néfastes pour le développement et la croissance de l'enfant (allaitement, sevrage et gestion des maladies) ; ii) au niveau communautaire, par une offre accrue de services de santé de base et une optimisation des ressources alimentaires locales ; iii) au niveau du MSPP, par une meilleure accessibilité aux services de santé primaire et une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère par le HIC au niveau départemental » (source : Cadre logique d'intervention 2004-2005).

Stratégies : pour atteindre ces objectifs, Tdh a décidé d'agir sur quatre axes différents : i) l'accès aux soins de santé primaires ; ii) les pratiques de soins aux enfants de moins de trois ans ; iii) les ressources alimentaires locales ; iv) la prise en charge des enfants malnutris.

3 Enjeux de l'évaluation

Plusieurs enjeux sont liés à cette évaluation de programme. Le premier est d'ordre stratégique. Les résultats de cette évaluation seront un des éléments utiles pour la prise de décision lors de l'atelier de planification triennale prévu en octobre 2005. Les objectifs d'intervention ainsi que les stratégies déployées seront ainsi revues en partie au regard des conclusions et recommandations de cette évaluation. Le second enjeu est organisationnel puisqu'il est possible que les propositions de révisions de l'action de Tdh dans le département du Sud impliquent éventuellement certains changements organisationnels internes à l'ONG. Le troisième enjeu est d'ordre sociopolitique car la situation haïtienne actuelle est fort particulière. Le Cadre de Coopération Intérimaire est en cours, des élections sont prévues à la fin de l'année et la crise sécuritaire que vit la capitale influence en partie le cours du programme de Tdh. Il faudra donc prendre en compte ce contexte.

4 Méthodologie

4.1 La phase préévaluative

Une évaluation est toujours réalisée selon deux phases distinctes, soit préévaluative et évaluative (9). Lors de la première phase (préévaluative), nous avons tenté de mettre au jour la manière dont Tdh met en œuvre le programme et de comprendre la façon dont les recommandations des évaluateurs seront *a priori* employées (voir (6, 10)). Cette étape préalable était indispensable compte tenu du fait qu'aucune discussion n'avait été engagée préalablement à la mission entre les évaluateurs et Tdh¹. Il s'est ainsi avéré essentiel de mieux circonscrire les thèmes de l'évaluation tant ces derniers étaient nombreux et, certains, bien que précisés dans les « termes de références » (TdR), difficiles, voire impossible, à analyser. Cette phase s'est d'abord déroulée dès les premières heures de notre rencontre en Haïti. Au total, deux réunions de travail de plusieurs heures entre les évaluateurs et le délégué Tdh ont servi à atteindre ces objectifs. Après avoir bien compris les enjeux et les besoins de cette évaluation, une liste précise de l'ensemble des questions d'évaluation a été dressée afin de répondre à la totalité des requêtes formulées dans les TdR. Puis, compte tenu de l'ampleur de la tâche constatée et de l'impossibilité de répondre à toutes ces questions, un choix a été réalisé afin de dresser une liste des questions prioritaires. Deux critères ont été successivement appliqués pour cette sélection : i) le premier était d'ordre technique, reposant sur trois indicateurs habituellement employés dans le domaine de l'évaluation de programme : le temps, le budget et l'accès aux données (11). Aussi, certaines questions ont été immédiatement écartées pour des raisons méthodologiques ; ii) le second critère était stratégique et lié à l'utilisation potentielle des résultats de cette évaluation (12). Puisqu'il nous fallait impérativement sélectionner certaines questions compte tenu du temps, du budget et des données disponibles pour cette évaluation, il nous a paru judicieux de tenter de nous concentrer exclusivement

¹ Notons que le 16 mai 2005, dans une démarche participative, le délégué de Tdh a fait parvenir une note à l'ensemble du personnel du programme afin de leur demander leur avis sur la version provisoire des « termes de référence ». Il semble qu'il n'ait obtenu aucun commentaire de l'équipe en Haïti.

sur les questions pour lesquelles le délégué de Tdh, avec notre soutien, pensait qu'il fallait impérativement trouver des éléments de réponse. La liste de l'ensemble des questions et la justification de leur mise à l'écart momentanée sont fournies en annexe.

4.2 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 (13) et centrée sur l'utilisation des résultats (12). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une approche participative au sens strict du terme (14), 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. Il s'agit aussi d'accroître le potentiel d'utilisation des résultats du processus évaluatif. Voilà pourquoi, à défaut de l'organisation d'une réunion au début, les parties prenantes ont d'abord été informées mi-mai de la tenue de l'évaluation par l'intermédiaire d'une note de service. Puis, le deuxième jour de notre présence, le résumé du plan d'évaluation ainsi que la planification prévisionnelle de la collecte des données ont été affichés dans les locaux de Tdh et envoyés aux personnes intéressées. Malgré cela, il y a eu quelques errements organisationnels dommageables. Ensuite, une réunion, regroupant elle aussi les personnes clefs du projet (10 personnes) s'est tenue à la fin de l'évaluation (voir chronogramme en annexe) afin d'effectuer une première restitution de nos travaux. Une première version des résultats, conclusions et recommandations a ainsi été présentée oralement à ces personnes pour obtenir une première validation et des commentaires constructifs. Fin juillet a été également organisée une telle réunion au siège de Tdh à Lausanne en la présence d'une quinzaine de personnes. Une version préliminaire du rapport a été envoyée au siège de Lausanne et au Délégué qui s'est chargé de la distribuer pour obtenir les avis des parties prenantes. Mis à part les commentaires écrits reçus du délégué de Tdh en Haïti, pris en compte dans la version finale du rapport, nous n'avons pas eu la chance d'obtenir d'autres commentaires de l'équipe en Haïti ou à Lausanne.

Au terme de ce processus, les questions d'évaluation, qui permettent de porter un jugement sur le projet, sont les suivantes :

Évaluation de l'efficacité du projet :

1. Quel est le degré d'empowerment communautaire ?
2. Quelle est l'évolution du taux de rechute des enfants étant passé par l'USN ?

Évaluation du processus :

3. Quel est le degré de suivi de croissance et de développement des enfants de moins de 3 ans par les KFA ?
4. Quel a été le degré de participation des communautés dans le projet ?
5. Comment s'est déroulé le processus de sélection et mise en place des responsables de KFA ?
6. Comment les activités visant les changements de comportements (par les groupes) ont-elles été mises en œuvre ?
7. Quel est le niveau de collaboration entre les formations sanitaires du MSPP, les matrones et les responsables de KFA ?
8. Quel est le niveau de qualité de la prise en charge des enfants à l'USN ?
9. Quel est le niveau de qualité du suivi des enfants sortis de l'USN ?
10. Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les parents ?
11. Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les professionnels ?

Évaluation de la pertinence :

12. Est-ce que les stratégies de Tdh Haïti s'inscrivent dans la stratégie sectorielle de Tdh en SMI/Nutrition ?
13. Est-il pertinent d'avoir des stratégies d'action d'axe différentes entre les trois zones d'intervention (Cayes, Camp Perrin/Torbek, reste du département) ?

Évaluation de la pérennisation :

14. Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les KFA ?
15. Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les groupements communautaires liés aux activités de changement de comportement ?
16. Quel a été le processus de pérennisation des interventions de l'équipe de prévention ?

4.3 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 (15). Quatre méthodes principales ont servi pour collecter les données : les entretiens, l'observation, les questionnaires et la documentation.

1-Les entretiens : Afin de disposer d'une grande diversité de points de vue et de perceptions des acteurs concernés par le projet, nous avons mené des entretiens auprès de 173 personnes. Selon le cas, il s'est agi d'entretiens individuelles ou de groupes, de type *focus group* (16).

Catégories	Entretiens individuels	Focus Group (nbre de pers.)
Concernant les activités de l'axe 1-2-3	8	7 (109)
Concernant les activités de l'axe 4	13	4 (39)
Concernant les activités tous les axes	4	-
TOTAL	25	11 (148)

Tableau 2 : Nombre de personnes interrogées

Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide préalablement construit, mais qui a évolué au gré des réponses des interviewés et des besoins analytiques (voir en annexe), dans le but de s'adapter au contexte local de mise en œuvre du projet (17).

Pérennisation, empowerment, participation communautaire et changement de comportement : i) Pour porter un jugement sur le processus de pérennisation, nous avons employé les mêmes cadres d'analyses et démarches méthodologiques que lors de l'évaluation de janvier 2005 (voir (6, 18, 19)). ii) L'*empowerment* est un concept dont la définition est fort discutée depuis bien longtemps et aucun consensus ne semble encore s'être dégagé. Les débats continuent, surtout lorsqu'il s'agit de mesurer l'*empowerment* ou d'affirmer s'il s'agit d'un processus et/ou d'un effet. Dans le contexte de cette évaluation, nous définissons globalement ce concept comme la capacité d'agir de manière autonome selon ses propres préférences en ayant le contrôle sur sa destinée. Il s'agit d'un effet attendu du projet de Tdh. Selon qu'il s'agisse d'*empowerment* individuel, organisationnel ou communautaire, les différentes dimensions permettant de juger de l'atteinte de l'objectif sont différentes. Pour cela, nous utilisons les travaux de Ninacs (20) que nous avons déjà employés lors d'une autre évaluation (21). iii) En ce qui concerne le degré de participation communautaire, nous avons employé les outils de Rifkin et al. (22), adaptés récemment aux programmes de nutrition communautaire (23). iv) Enfin, pour porter un jugement sur les activités de changement de comportement, nous nous sommes basés sur les travaux de Godin et al. et leurs études des programmes d'éducation à la santé selon une perspective théorique psychosociale et s'appuyant sur l'approche d'intervention ciblée (*intervention mapping*) (24-26).

2-L'observation : En plus de ces entretiens, nous avons visité et étudié le mode de fonctionnement de l'USN à plusieurs reprises pendant six jours ainsi que celui d'un poste de rassemblement en ville, et d'un club des mères et d'une causerie mixte² à la campagne.

3-Les questionnaires : Pour comprendre le niveau de participation communautaire dans le cadre du projet, un questionnaire a été développé et administré à 10 personnes membres de Tdh. Outre l'utilisation d'une échelle quantitative, les répondants avaient l'obligation d'argumenter leurs jugements par quelques phrases.

4-La documentation : De nombreux documents produits par le MSPP, Tdh ou d'autres organisations ont été étudiés, notamment les protocoles thérapeutiques, les cahiers de consultations, les rapports mensuels, les grilles de collecte de donnée, les rapports d'enquête, etc.

Une vision synoptique de l'ensemble du plan d'évaluation est fournie en annexe (tableau 10).

² Le terme de « mixte », employé par les acteurs du projet est quelque peu abusif dans ce cas puisque si les femmes étaient majoritaires dans le groupe, ce sont les hommes qui ont monopolisés la parole. Nous n'avons assisté qu'à un groupe mais nous attirons l'attention sur cette question de genre dans la mise en œuvre des activités.

4.4 Les limites méthodologiques :

La première limite méthodologique qu'il faut souligner est contextuelle. En effet, le temps imparti à cette évaluation a été relativement limité et nous a donc obligé à circonscrire les objectifs de l'évaluation et l'étendue de la collecte de données. La durée totale de cette dernière n'a finalement été que de six journées. De plus, la saison estivale étant fort pluvieuse au moment de notre présence, certains groupes de discussion dans les mornes, outre les problèmes d'organisation déjà relevés, n'ont pu avoir lieu comme prévu, ou ont été décalés dans la journée ou encore certaines personnes n'ont pu arriver à temps. La seconde limite à notre travail concerne l'accès à des données de monitoring des activités de Tdh. De nombreuses données qui auraient été utiles pour porter un jugement sur les actions engagées par Tdh ne sont, soit pas collectées (par. ex. caractéristiques des enfants suivis dans les KFA, bassin de population de référence, revenus des ventes de JIF/SRO, suivis des enfants sortis de l'USN référés à d'autres centres de santé), soit introuvables car non classées (par. ex. participants aux formations), soit non saisies en version informatique et le temps imparti ne nous permettait pas de le faire (par. ex. nombre de SRO vendus dans les responsables de KFA). Il y a également parfois un manque de concordance dans les outils et les termes employés d'un support à l'autre ou encore une absence de contrôle de la qualité de la saisie des nombres. Toutes les données chiffrées pour les activités de KFA sont disponibles uniquement en valeur absolue et jamais en valeur relative (par. ex. nombre d'enfants pesés de moins d'un an par rapport au total des enfants de moins d'un an dans la localité). Le tableau donné en annexe concernant les quelques statistiques que nous avons pu récolter auprès du responsable de l'équipe communautaire concernant les activités de KFA est un exemple des carences méthodologiques rencontrées lors de cette évaluation. Il manque des données et certains calculs sont faux.

Il a été demandé à l'équipe d'évaluation de porter un jugement global sur le « degré d'atteinte de l'objectif [...] en fonction du barème suivant : Niveau 1 : totalement atteint (100%), N2 : hautement atteint (80%), N3 : moyennement atteint (60%), N4 : peu atteint (40%), N5 : très peu atteint (20%), N6 : nullement atteint (0%) ». Si nous pensons que cette requête est pertinente pour obtenir un jugement global et éventuellement comparer l'atteinte des résultats d'un programme à l'autre, nous ne croyons pas que, dans l'état actuel de présentation des objectifs du projet en Haïti, cela soit possible. Les tentatives méthodologiques précédentes à l'égard du degré de pérennité du transfert de l'USN à l'HIC en janvier 2005 montrent qu'un jugement global peut être porté au regard d'une échelle du type que celle proposée par Tdh. Cependant, cela ne nous paraît possible que dans la mesure où il s'agit de juger un objectif constitué d'une seule dimension/thématique. Or, tel que formulé actuellement, l'objectif du programme est trop général et dispose de beaucoup trop d'éléments disparates pour que nous puissions utiliser l'échelle demandée. Cela pourrait être possible en formulant plus clairement l'objectif général et les objectifs spécifiques du projet. Un travail en ce sens pourrait être effectué lors de l'atelier de planification d'octobre 2005.

5 Résultats

Dans cette section, nous exposons les faits constatés et les interprétations des acteurs rencontrés. Ils sont regroupés en fonction des trois axes d'intervention sur lesquels porte l'évaluation et trois thèmes transversaux (collaboration avec le MSPP, *empowerment* et participation communautaire, stratégies d'intervention). 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.

5.1 L'accès aux soins de santé primaires

L'objet de cette section concerne les activités de KFA, soit le suivi des enfants et le processus de pérennisation.

Suivi des enfants :

Faute de données, il ne nous est pas possible de présenter des informations individuelles sur l'effet que peut avoir le suivi des enfants sur leur degré de malnutrition par l'intermédiaire des activités de KFA.

Nous ne sommes qu'en mesure de montrer quel est l'état actuel du processus de suivi de la croissance des enfants ainsi que l'évolution constatée entre juin 2004 et mars 2005. Le tableau 3 présente, pour les communes de Camp Perrin et Torbek, les informations concernant le nombre d'enfants pesés ainsi ceux pour lesquels, en utilisant la carte « Chemin la Santé », le rapport Poids/Âge a été jugé faible (PFA) ou très faible (PTFA³). Faute d'information sur la population de référence, nous produisons les pourcentages d'enfants considérés comme malnutris par rapport à l'ensemble des enfants pesés (%).

Indicateurs	2004							2005			Moyenne
	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	
# Pesées Camp Perrin	144	233	334	166	275	263	131	221	307	250	232
# Pesées Torbek	219	173	127	86	182	131	117	85	185	113	142
# PFA Camp Perrin	17	15	53	16	47	34	26	27	54	32	32
# PFA Torbek	44	22	31	19	42	15	15	17	26	13	24
# PTFA Camp Perrin	18	14	20	8	17	11	0	6	15	8	12
# PTFA Torbek	10	8	4	2	11	11	8	1	4	8	7
% PFA/Pesées Camp Perrin	12%	6%	16%	10%	17%	13%	20%	12%	18%	13%	14%
% PFA Torbek	20%	13%	24%	22%	23%	11%	13%	20%	14%	12%	17%
% PTFA Camp Perrin	13%	6%	6%	5%	6%	4%	0%	3%	5%	3%	5%
% PTFA Torbek	5%	5%	3%	2%	6%	8%	7%	1%	2%	7%	5%
% PFA/PTFA Camp Perrin	24%	12%	22%	14%	23%	17%	20%	15%	22%	16%	19%
% PFA/PTFA Torbek	25%	17%	28%	24%	29%	20%	20%	21%	16%	19%	22%

Tableau 3 : Données statistiques de KFA à Camp Perrin et Torbek de juin à mars 2005

En ce qui concerne les activités, il faut noter que les responsables de KFA de Camp Perrin pèsent beaucoup plus d'enfants que ceux de Torbek. Compte tenu du nombre de KFA, les activités de Camp Perrin (n=12) sont presque deux fois plus importantes, en moyenne, que celles de Torbek (=13), soit 19 enfants contre 13⁴. En revanche, la proportion des enfants qui n'ont pas un poids normal pour leur âge est globalement la même dans les deux communes. Si l'on se penche maintenant sur l'évolution des activités depuis les 10 derniers mois pour lesquels nous disposons des données, on constate une tendance à la baisse du nombre de pesées à Torbek et à la stabilité à Camp Perrin. La proportion des enfants avec un faible poids pour leur âge (PFA/PTFA) tend à diminuer à Torbek et rester constante à Camp Perrin. (figures 2 et 3 en annexe). Cependant, cette proportion pour les enfants dont le poids est très faible (PTFA) paraît en diminution à Camp Perrin ces 10 derniers mois et évolue en dent de scie à Torbek. Les responsables de KFA effectuent des visites à domicile pour tenter de suivre certains enfants qui ne viennent plus et qu'ils savent courir un risque de malnutrition. Nous n'avons malheureusement pas pu bénéficier de statistiques à ce propos.

Sélection, mise en place et activités des responsables de KFA

Ces responsables de KFA sont des volontaires issus des communautés. Le processus de sélection de ces derniers a été majoritairement réalisé à la suite d'une décision consensuelle communautaire. Il semble que quelques rares fois, lorsque par exemple il y avait plus de deux candidats (puisque Tdh a limité cette activité à deux personnes), une procédure d'élection (par. ex. avec des pierres) a été suivie. Si les critères de sélection initiaux ont bien été précisés par Tdh dans une note écrite, les membres de la communauté évoquent les éléments, non exhaustifs, décisifs suivants : la motivation de rendre service à la communauté, le volontariat, l'habitude du travail communautaire, le désir de partager certaines connaissances avec la communauté, etc. Au bout du compte, les personnes devenues responsables de KFA étaient soit nouvelles dans cette fonction, soit plus expérimentées. Il est en effet important de noter que la mise en place des responsables de KFA, volontaires communautaires, n'est pas véritablement une nouveauté pour toutes les localités des deux communes. Certains projets, voire le MSPP lui-même, ont déjà formé et organisé ce type d'activité à l'aide de collaborateur volontaire (dit

³ Les limites de ce rapport P/A sont bien connues (27) et il sert essentiellement au suivi de la croissance et non au jugement du degré de malnutrition.

⁴ Cette données pourraient changer dans la mesure où nous ne savons pas combien de fois chaque responsable de KFA organise une activité par mois.

Colvols⁵) dont les tâches semblent varier au gré des initiatives. Aussi, certains responsables de KFA membres du programme de Tdh sont d'anciens Colvols ou, pour d'autres, des agents de santé du MSPP. Il résulte de cette différence de statut, de formation et de compétence quelques distinctions d'activités de la part des responsables de KFA. La dissimilitude importante réside dans la réalisation, ou non, des vaccinations. Bien que les vaccinations de routine ne paraissent pas véritablement avoir lieu, celles qui se donnent à l'occasion de journées particulières (par. ex. semaine de l'enfant) ne sont pas systématiquement effectuées. Cela est d'autant plus le cas lorsqu'il n'y a pas d'agents de santé du MSPP dans la zone, ou encore lorsque la collaboration entre ce dernier et les responsables de KFA n'est pas réelle. Aussi, cela se sachant, certains responsables de KFA non formés pour les activités vaccinales réclament aujourd'hui d'avoir le droit, et la formation nécessaire, d'offrir des antigènes aux enfants lors des postes de rassemblement pour le suivi de la croissance. D'autres voudraient disposer de quelques médicaments tandis que d'autres demandent même des tensiomètres. L'une des difficultés souvent rencontrées dans ce type de programme est la capacité des volontaires communautaires à rejoindre les familles les plus déshéritées, celles qui ne viennent jamais ou très peu aux postes de rassemblement. Nous avons souvent entendu dire lors de nos rencontres que certains parents rechignent à venir car, fautes de moyens et sans obtenir d'aide alimentaire lors des postes de rassemblement, ils ne voient pas l'intérêt de participer aux activités puisque leurs enfants ne pourront pas gagner du poids. Puisque nous ne disposons d'aucune donnée sur les caractéristiques des familles des enfants pesés, nous avons simplement demandé aux responsables de KFA comment ils procédaient pour cibler ces personnes en particulier. Plusieurs stratégies semblent mises en œuvre. Ils essayent de les convaincre, de visiter les maisons des plus démunis une à une, d'utiliser un mégaphone la veille et le matin du rassemblement (tous n'en ont pas). Cependant, certains responsables de KFA avouent abandonner ces stratégies au bout de trois tentatives. Terminons en disant que nombre de responsables de KFA (et de Club des mères d'ailleurs) ont participé à plusieurs formations. Or, leurs souvenirs des thèmes abordés ainsi que des contenus demeurent très vagues, sinon évanescents. En annexe (tableau 14) nous avons tenté de faire le point avec les responsables des formations effectuées. Toutes les séances ne disposent pas de plan de formation avec les objectifs pédagogiques et le contenu. Si au cours de quelques formations, des évaluations des connaissances paraissent avoir été réalisées, les résultats ne sont pas disponibles.

Pérennisation des KFA

Pour porter un jugement sur la qualité du processus de pérennisation devant éventuellement aboutir à la pérennité des KFA, nous avons demandé aux personnes concernées leur avis sur les événements, actions et activités qu'elles jugeaient avoir été favorables ou non à la pérennisation. Le tableau 11 en annexe résume les points soulevés par les participants. Nous constatons que contrairement à ce qui s'est passé lors du processus de pérennisation de l'USN (6), un certain nombre d'événements spécifiques à la pérennisation ont eu cours ces derniers mois. Décider d'user d'une approche dont les valeurs, qui, selon les acteurs interrogés, vont *a contrario* de l'histoire du développement de type assistantat en Haïti est une prise de risque organisationnel important. Miser sur le volontariat n'est pas nouveau en Haïti, mais insister sur la formation, la supervision (qui reste cependant dans le giron de Tdh et non celui du MSPP) et la dotation définitive du matériel pour fonctionner, va en partie à l'encontre d'expériences (négatives) passées d'autres projets et en faveur de la stabilité des ressources. Cependant, tout n'est pas parfait et nous voyons que certains facteurs défavorables demeurent dans le tableau auxquels nous croyons important d'ajouter le manque de suivi/supervision/collaboration avec le MSSP et ses professions de la santé dans les dispensaires ruraux. Concernant les activités qu'il faudra entreprendre, les acteurs proposent de poursuivre la supervision, la formation des responsables de manière continue et l'organisation des activités génératrices de revenus ; et de réfléchir aux stratégies de financement communautaire.

⁵ L'ONG « CRS » aurait un programme d'environ 700 Colvols (faisant des vaccinations et recevant de temps à autres des primes) dans le département.

5.2 Les pratiques de soins aux enfants de moins de trois ans

Avec de discuter de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la pérennisation des activités visant le changement de comportement des bénéficiaires du projet, il faut dire quelques mots sur les stratégies d'intervention.

Stratégies d'intervention

Le point 5.6 traitera en détail des différentes stratégies en fonction des zones géographiques d'intervention de Tdh. En matière de changement de comportement, le modèle est relativement semblable puisque l'on s'appuie essentiellement sur les quelques conseils donnés lors des Postes de Rassemblement, sur la création de Club des mères et parfois sur les thèmes abordés lors de certaines causeries dites mixtes. Les membres des Club des mères paraissent relativement motivés par les activités mises en œuvre. Les réunions hebdomadaires, auxquelles participent l'animateur local et très souvent l'animateur polyvalent de Tdh, sont des moments privilégiés pour sortir de la routine quotidienne et pour réfléchir collectivement à certains sujets importants. Si la dynamique et le processus de ces diverses réunions de groupes communautaires paraissent intéressants, il ne nous est pas possible de porter un jugement sur leur efficacité. Quelques indices sont notés et discutés au point 5.6. Les mamans qui participent à ces groupes expriment ainsi, nous disent-elles, le désir de trouver des solutions pour endiguer la malnutrition et régler les problèmes de santé de leurs enfants, ou encore souhaitent réduire les dépenses qu'elles engagent lorsqu'il faut soigner les enfants malades. La prévention de la malnutrition est donc la principale raison d'être de leur participation active à ces rencontres. Nous ne disposons malheureusement pas des données nécessaires pour affirmer que les personnes participant aux rencontres de ces différents groupes communautaires sont celles qui ont les plus grands besoins. Est-ce toujours les personnes les plus averties et les mieux éduquées qui participent à ces activités ? Déploie-t-on des efforts particuliers pour aller chercher les mamans les plus vulnérables ? Quelles sont les caractéristiques socioéconomiques des participants ? S'il n'est pas facile de répondre à ces questions, les réponses demeurent essentielles afin de s'assurer que les activités soutenues par Tdh soient en mesure d'influencer favorablement les éventuels changements de comportement des personnes dont les besoins sont les plus importants.

Planification, mise en œuvre et évaluation des activités

Comme cela est très souvent le cas dans ce type de programme d'éducation à la santé qui vise certains changements de comportement soit disant néfastes à la santé, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités paraissent relativement approximatives. Les activités reposent sur des habitudes de pratiques des employés de Tdh, des connaissances profanes qui ont assurément du sens mais ne sont aucunement organisées et systématisées. Les contenus des messages envoyés aux participants des activités ne sont pas fondés sur des études préalables des déterminants des comportements. Pourquoi certaines femmes allaitent plus que d'autres ? Certes, l'étude de 2003 nous apprend qu'il existe dans les familles interrogées des tabous liés à l'alimentation, mais nous n'en savons pas plus sur leurs caractéristiques détaillées et encore moins sur leurs déterminants. Évidemment, les intervenants de Tdh, vivant en Haïti mais pas toujours au sein des communautés où les activités se déroulent, ont quelques bonnes indications de ces déterminants. Mais ces connaissances sont parfois vagues et jamais étudiées de manière systématique. Or, il faut absolument que les messages soient adaptés aux déterminants psycho-sociaux des comportements individuels (les interventions dans l'environnement étant aussi indispensables, voir point 5.6) pour envisager une quelconque efficacité de l'éducation à la santé. L'approximation des connaissances profanes n'est pas suffisante pour cela. En outre, les agents de Tdh ne disposent de quasiment aucun matériel d'éducation à la santé digne de ce nom. Quelques dessins issus d'un livre réalisé il y a dix ans par une autre ONG ont été reproduits sur des planches utilisées comme support didactique. Mis à part cela, rien n'a été créé localement pour les séances effectuées par Tdh et ses collaborateurs. Cette carence est relatée dans certains rapports de membres de l'équipe communautaire. Il faut ajouter à ces limites méthodologiques

des interventions, qu'aucun moyen n'a été déployé pour assurer l'évaluation de l'efficacité de ces dernières. Aucune enquête initiale n'a été prévue, et aucune évaluation finale n'est encore prête. Une enquête, dont la méthodologie et le contenu sont discutables eu égard aux bases théoriques employées (modèle CAP), a commencé dans quelques localités. Elle a été arrêtée en cours de route. Des discussions ont cours depuis quelques temps entre Haïti et le siège de Lausanne à son propos.

Pérennisation des activités

Les tableaux 12 et 13 en annexe permettent de comprendre le processus de pérennisation de manière différente entre, d'une part, les activités des Clubs des mères, et, d'autre part, celles de l'équipe de prévention agissant dans 23 quartiers pauvres de la ville des Cayes. Les activités qui visent à améliorer les pratiques de soins pour les enfants de ces communautés ont, semble-t-il, été mises en œuvre selon un processus de pérennisation fort différent. Aussi, les chances de pérennité paraissent bien moins grandes, sinon aujourd'hui nulles, pour les activités de l'équipe de prévention, alors qu'elles sont relativement bonnes pour les Clubs des mères. Le degré de stabilisation des ressources et le type de prises de risques organisationnels ne souffrent d'aucune comparaison. D'un côté, les Clubs des mères sont issus des communautés, soutenus par un animateur local et démarrent un processus d'organisation formelle de leur activité. De l'autre côté, l'équipe de prévention est uniquement constitué de personnel rémunéré par Tdh et supervisé par une responsable de l'ONG. Si cette équipe reçoit de temps à autre des dotations du MSPP et lui rend des comptes de distribution, elle œuvre en totale substitution, ce qui, compte tenu de l'état actuel de la situation du ministère, correspond à un besoin conjoncturel, besoin formulé distinctement par les autorités départementales du MSPP.

5.3 La prise en charge des enfants malnutris

Évolution du taux de rechute des enfants passés à l'USN

Le taux de rechute est bas et répond aux cibles fixées dans les objectifs du programme.

	T1 2003	T2 2003	T3 2003	T4 2003	T1 2004	T2 2004	T3 2004	T4 2004	T1 2005
% de taux de rechute	5	1	0	0	0	6	6	0	0

Le taux d'abandon du suivi des enfants sortis de l'USN n'est pas directement mesurable d'après les données répertoriées, mais évalué à environ 15%. Le pourcentage des enfants sortis, suivis ambulatoirement par l'équipe de prévention est d'environ 60%. Le suivi à 6 mois est d'environ 50%. Ces pourcentages sont approximatifs et probablement plutôt trop pessimistes, étudiés à partir de données globales des enfants ambulatoires ne permettant pas de différencier les sortis de l'USN des autres. Des différenciations ont été faites pendant l'évaluation sur les 4 premiers mois 2005 pour obtenir ces résultats, par récolte de données rétrospectives par l'infirmière responsable de la prévention.

Qualité de prise en charge des enfants à l'USN

La référence de prise en charge est le « Guide pratique pour la surveillance nutritionnelle », écrit par le Dr. O. Fenichiu (27), livre dont est doté tout le personnel soignant.

Les critères d'admission sont respectés (marasme: -3ET; tous les Kwashiorkors). L'accueil des enfants et de leurs accompagnants, quasi exclusivement les mères, est bon, sans délai et bienveillant, majoritairement sans jugement dévalorisant. Le suivi du poids, de la température, la distribution des médicaments est globalement bon.

Le niveau de stimulation physique et émotionnelle (éveil psychoaffectif et psychomoteur) est moyen, empirique, sans application du protocole proposé par le guide, et repose sur l'expérience du personnel. Les accompagnants reçoivent un message global, le comprennent le plus souvent et le perçoivent comme utile. Le personnel connaît la théorie, et il existe une éducatrice spécialement formée et responsable, aidée par une assistante. Les séances individuelles sont rares et non structurées (selon

l'âge, les progrès dans le temps). La thérapie par le langage et les activités motrices paraissent absentes. Les jeux ne sont pas de fabrication artisanale et sont sous clé (problème de disparition). Il n'y a que quelques jouets à disposition des enfants et la place de jeux devant l'USN n'est pas utilisée. Les enfants ne sont pas regroupés pour jouer ensemble. Par contre, les efforts pour la stimulation affective sont réels, les enfants sont bercés, embrassés, caressés par les accompagnants, encouragés par le personnel. On observe malheureusement encore trop souvent des enfants pleurant seuls pendant longtemps dans leur lit. L'évaluation de la récupération est basée sur l'avis de l'éducatrice et du personnel, prenant en considération le sourire, l'épanouissement, l'appétit et les mouvements de l'enfant. La « fiche d'évaluation et de suivi psychomoteur et psychoaffectif » n'est plus utilisée depuis longtemps : nous n'avons retrouvé sa trace que par hasard dans quelques dossiers de 2003, non remplie (figure 7).

Le niveau de la technique de récupération nutritionnelle est moyen et le protocole appliqué empiriquement, modifié et non supervisé. A la phase initiale, le lait thérapeutique 1 n'est plus donné qu'aux Kwashiokors, les enfants marasmatiques reçoivent directement le lait 2. Les repas sont distribués toutes les trois heures : les laits et en alternance la bouillie au lait, le bouillon, le repas familial, complétés par les suppléments. Les laits sont préparés sans pesées (absence de balance) des composants, avec du lait entier en poudre. Les mères sont appelées aux heures approximatives des repas et ce sont elles qui donnent les laits. Les quantités reçues sont approximatives et en partie consommées parfois par les accompagnants. Le relevé des quantités offertes, rejetées et absorbées est absent, de même que le décompte calorique journalier, et donc son adaptation journalière en fonction de l'évolution pondérale. Le passage du lait 1 à 2 n'est pas répertorié, ni l'évolution des oedèmes, et le message de ce changement se fait par l'intermédiaire de la mère. Par contre, l'apport de suppléments vitaminiques et de minéraux est maintenu, l'allaitement en cas de non sevrage est poursuivi et encouragé, la présence des mères est continue (grand lit pour mère et enfant, obligation de rester à l'USN par le contrat d'admission présenté à toutes les mères).

Chaque enfant ne bénéficie pas d'une consultation médicale de routine à l'admission, bien que dans la pratique, il semble que chaque enfant soit vu au moins une fois, soit durant la visite médicale quotidienne, soit à la demande du personnel soignant en cas de pathologie associée. La doctoresse responsable ne prend en charge que les enfants malades et ne s'occupe pas du processus nutritionnel et de sa supervision. La prescription médicale de routine à l'admission est effectuée par le personnel soignant (antiparasitaire, vitamine A, fer dans un deuxième temps, acide folique: de routine; métronidazole si les selles sont diarrhéiques et glaireuses, pas d'antibiotique de routine, mais sur ordre médical; SRO, perfusion, sonde nasogastrique selon la clinique.) La prescription médicamenteuse du médecin suit principalement la liste des médicaments essentiels en stock à Tdh, est bien transcrite dans le dossier et bien respectée. Les médicaments sont donnés aux mères chargées de les administrer à leur enfant. Les examens complémentaires comprennent un hémogramme et un « sickling test » de routine, des radiographies sur ordre médical principalement du thorax et de l'abdomen, rarement des échographies dont les indications ne sont pas exagérées. Les transfusions sanguines en cas d'anémie grave ont lieu dès 60g/l d'hémoglobine sur ordre médical.

Les traitements d'urgence et leur technique d'application sont connus, mais le niveau de détection de ces cas d'urgence reste faible. Nous avons observé un enfant convulsant seul dans son lit sans réaction du personnel ni de la mère, étant donné que « *ce n'est pas la première fois depuis son arrivée* ». Pas d'examens complémentaires ni de traitement ont été faits, la voie veineuse avec solution glucosée n'a été posée qu'après notre intervention concernant l'enfant. Les questions au personnel quant à la fréquence d'utilisation de gestes d'urgence restent sans réponses.

Cependant, les standards OMS sont actuellement bons. Le nombre d'admission, le taux de récupération, et le taux de mortalité sont stables. Le gain de poids/kg/j est à la hausse. La durée moyenne de séjour est à la baisse. Une tendance à l'augmentation du taux d'abandon se dessine (se référer aux rapports trimestriels du délégué).

La collaboration avec la pédiatrie se limite principalement à la visite médicale. Un tournus (roulement du personnel) commun n'existe pas. Du lait 2 et de la nourriture sont donnés aux enfants de la pédiatrie et leur maman en cas de nécessité. Des aides ponctuelles existent dans les soins et le nettoyage. Les

enfants malnutris vus en consultation ambulatoire de pédiatrie sont référés à l'USN. Le personnel fait parfois (rarement?) appel à l'infirmière responsable de la pédiatrie pour des conseils. Il n'existe pas de supervision de l'USN par les responsables et médecins de pédiatrie et ceux-ci ne pensent pas que cette supervision soit de leur responsabilité actuellement et à l'avenir.

Les accompagnants, exclusivement les mères, doivent rester avec leur enfant pour toute la durée du séjour (condition d'admission). Ils reçoivent les informations quant à leurs rôles: participation à la cuisine, aux nettoyages (activités quasi non effectuées). Ils sont encouragés à allaiter, message compris et effectué. Les informations concernant l'éveil psychoaffectif et moteur sont partielles, leur but pas toujours compris et leur mise en pratique partielle et ponctuelle, principalement les mères portent leur enfant, leur parlent, les bercent, les touchent, les nourrissent et leur donnent leur médication. Nous n'avons pas vu de mère jouer, dessiner, stimuler à marcher,...

L'éducation à la santé consiste en causeries journalières par l'auxiliaire de prévention sur de multiples thèmes: malnutrition, alimentation des enfants, allaitement maternel, diarrhées, infections respiratoires, tuberculose, planning familial, hygiène, maladies sexuellement transmissibles dont SIDA,... . Celles-ci sont bien suivies, bien présentées et animées et bien comprises. Des conseils personnels par tout le personnel renforcent ces messages. Un suivi ambulatoire est proposé à tous les enfants à la sortie, comprenant la prise en charge de la vaccination qui n'est pas effectuée à l'USN pour des raisons logistiques. Une enquête auprès des mères sur la situation sociale de la famille est effectuée par les agentes de santé domiciliaires, qui poursuivront leur travail à domicile. Ce dossier social sert principalement à retrouver les parents en cas d'abandon de l'enfant puis à adapter les messages de prévention selon le milieu de vie. Toute cette prise en charge de prévention à l'USN me semble de bonne qualité.

Les critères de sortie (exeat) sont respectés: ET -2 et disparition des oedèmes et guérison des pathologies associées. Cependant, en cas de manque de place, et si le suivi ambulatoire par l'équipe de prévention des Cayes est possible, un enfant peut sortir dès -2,5 ET.

Qualité du suivi des enfants sortis de l'USN

Tous les enfants sortis de l'USN et suivis sont répertoriés dans le cahier de suivi ambulatoire et la prise en charge est dès lors identique à celle des malnutris modérés pris en charge ambulatoirement (ce mode de faire remplaçant l'ancienne URN). Un rendez-vous dans les 8 à 15 jours est donné par écrit à la consultation de l'auxiliaire de prévention qui a lieu dans les locaux de l'USN. Une « fiche de suivi » (voir référence 27, p.106) par patient est établie et l'enfant revu environ une fois par mois pendant 6 mois. Le suivi poids, taille, ET de l'enfant est systématique, la prévention poursuivie, la vitamine A distribuée en cas de nécessité, les mères encouragées.

Les agentes de santé domiciliaires effectuent le suivi à domicile, environ une fois par mois, discutent de différents thèmes, observent les comportements et l'habitat, et dépistent la malnutrition chez les autres enfants.

Les enfants sont référés aux postes de rassemblement, où les auxiliaires de dépistage de Tdh assurent la vaccination complète. Le suivi dans les « cahiers de vaccination » est bon et un carnet de santé remis à la mère. La technique de vaccination observée est bonne, les vaccins sont conservés à bonne température. Cependant, la couverture vaccinale des enfants des Cayes semble faible bien que nous n'ayons pas de chiffre précis quant au nombre d'enfants y habitant, et en dessous de la cible fixée par Tdh. Les autres activités de ces postes de rassemblements sont: la distribution d'antiparasitaires fournis par le MSPP, de vitamine A (MSPP) aux femmes en post-partum immédiat et aux enfants de 6 mois à 7 ans, de condoms (MSPP), en rupture de stock lors de ma visite, de fer et acide folique aux femmes enceintes (Tdh) et de SRO (MSPP); les causeries de prévention et le dépistage de la malnutrition des enfants, théoriquement par mesure du périmètre brachial, après abandon de la pesée et de la mesure de la taille. En fait, l'appréciation de la malnutrition est uniquement clinique.

L'éducation par l'équipe de prévention est finalement complétée par les causeries données au club des mères par des équipes de deux auxiliaires de prévention.

Le suivi de ces enfants se fait pour environ 60% d'entre eux par l'équipe de prévention Tdh des Cayes. Ce taux de suivi des enfants sortis de l'USN est approximatif, comme expliqué plus haut. Le 40% restant sont référés aux centres de santé en dehors des Cayes, dont les données de suivi ambulatoire ne sont pas disponibles (la responsable du service de prévention n'a jamais pu les obtenir). Les données collectées sont subséquemment non spécifiques du sous-groupe de tous les sortis, sauf l'évaluation du taux de suivi.

Le taux de récupération global de tous les enfants suivis ambulatoirement est stable à environ 80% et n'est pas nécessairement le même pour les enfants ayant passés par l'USN. Par exemple, pour la période octobre à décembre 2004, le taux de récupération global était de 77%. Sans tenir compte des 2 cas hospitalisés à l'USN vu le taux de rechute de 0% correspondant, le taux de récupération des exéatés est de 82%, valeur certainement encore sous-estimée si l'on tient compte de l'hypothèse que les mères des exéatés ont déjà reçu une éducation préventive à l'USN et abandonne moins le suivi.

Les messages de prévention transmis à la mère soit dans le cadre des causeries à l'USN ou individuellement sont répertoriés sur la « fiche de suivi ». À la fin des 6 mois, le changement de comportement des familles, évalué par la « fiche d'évaluation de changement comportemental » (figure 8) et son application à domicile, évaluée par la « fiche de suivi de l'évolution des famille du CREN » (figure 9) est bon avec au minimum une notion apprise mise en pratique chez environ 80% (cf tableau 18). Parfois, le message reste simple et les bénéficiaires référés ailleurs (exemple: les méthodes de planning familial sont évoquées et les femmes référées chez un gynécologue). L'état vaccinal n'est pas toujours complètement répertorié et les enfants sont référés au poste de rassemblement pour cette activité.

L'empathie envers les enfants malnutris et leurs accompagnants est subjectivement (observation) et objectivement (contentement des parents) bonne, ceci étant valable également à l'USN.

Ces activités de l'équipe de prévention sont assurées dans leur totalité par l'équipe de prévention de Tdh sans reprise de ces activités prévue par le MSPP à court terme à ma connaissance.

Perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les parents

La prise en charge des enfants malnutris à l'USN est jugée comme très bonne par les parents, sans autres commentaires. Quelques remarques négatives ne sont exprimées qu'en insistant. Les frais de transport pour arriver à l'USN constituent l'élément le plus négatif rapporté (endettement pour l'accès), de même que l'éloignement géographique. Deux mères venaient de Jérémie pendant notre présence. La prise en charge se fait immédiatement, sans attente. Les frais d'admission sont jugés comme raisonnables et la possibilité d'exonération est connue. L'absence d'admission pour refus de rester sur place est rare. Les parents se sentent bien accueillis, quelques reproches sur l'état des enfants à l'arrivée ne sont que rares et modérés. La renutrition est bien perçue, il n'y a pas de remarques négatives sur la participation des parents à la distribution des laits et de la nourriture, en suffisance et de bonne qualité. Les accompagnants n'aident pas à la cuisine, ni aux nettoyages. L'accès aux soins médicaux est très apprécié et sa gratuité encore plus. Cependant, la discussion avec le médecin et le personnel en cas d'échec de reprise de poids ou de guérison des symptômes semble peu fréquente ou du moins de qualité insuffisante, laissant les mères inquiètes. Celles-ci comprennent qu'elles doivent s'occuper de leur enfant avec affection et assiduité, même si elles n'en comprennent pas toujours l'implication thérapeutique et à long terme. Ces activités d'éveil restent peu diversifiées.

Perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les professionnels

La prise en charge des enfants malnutris à l'USN est jugée comme très bonne par le personnel de l'USN (personnel soignant, de soutien, de prévention). Les infirmières-cadres et le médecin de la pédiatrie sont plutôt positifs, sous réserve qu'elles disent ne pas bien connaître les activités de l'USN, surtout dans le domaine de l'éveil psychoaffectif et moteur et le protocole de nutrition. Cette réserve est renforcée par l'absence de supervision de leur part à l'USN. Cependant le personnel soignant de l'USN se décrit comme « frustré » face à l' « insécurité de son avenir ».

Après explication correcte des protocoles thérapeutiques, observation directe et rétroaction négative auprès du personnel sur la réalité des soins, il ressort que les protocoles de nutrition et d'éveil sont insuffisamment suivis, voire parfois abandonnés par manque de temps et espaces trop restreints depuis le transfert de l'USN dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Immaculée Conception et par un manque de supervision. D'autres points négatifs sont la disparition des balances pour la pesée des aliments, la disparition des jouets s'ils ne sont pas mis sous clé, l'absence de participation des parents aux corvées ménagères, le manque d'aération de la cuisine avec une température ambiante très élevée. La carence en personnel est évoquée par toutes, surtout l'équipe de soutien, expliquant un manque d'hygiène des locaux intermittent. Une plainte récurrente est l'accès à l'eau, « *coupée depuis les travaux d'agrandissement de la pédiatrie par Tdh* », obligeant l'approvisionnement en eau potable depuis les bureaux de Tdh. L'inquiétude dominante quant au renouvellement des contrats par le MSPP est éprouvée par toutes. La collaboration avec la pédiatrie est faible, mais de bonne qualité. Aucune animosité n'est perçue. L'approvisionnement par Tdh en médicament et matériel est bon. La formation et la supervision par Tdh insuffisante (quantitativement). Les activités du domaine de prévention unanimement appréciées. L'accès financier et géographique parfois un problème.

5.4 La collaboration avec le MSPP

Si le degré de collaboration entre Tdh et le MSPP au niveau départemental paraît satisfaisant, celui au niveau périphérique, dans les communes où intervient l'ONG, semble relativement faible voire dans certains cas inexistant. La collaboration avec la DDSS lors de l'organisation de la formation des matrones est par exemple jugée bonne par le délégué de Tdh. Lorsque les Postes de Rassemblement sont organisés par des responsables de KFA qui sont aussi des agents de santé, les vaccinations mise en place à l'occasion de période spécifiques (par. ex. semaine de l'enfant) sont également réalisées à cette occasion. Il arrive que certains agents de santé du MSPP collaborent avec les responsables de KFA pour cela, mais ceci paraît plus constituer l'exception que la règle. Les responsables de KFA sont plus ou moins connus par la DDSS, le responsable de cette dernière ayant reçu une lettre officielle, comme pour d'autres ONG mais la collaboration semble se limiter à cela et, parfois, à la dotation de la part du MSPP de quelques produits préventifs, tels les préservatifs ou les capsules de Vitamine A (Tdh fournissant un rapport de distribution). Mais sur le terrain, dans les dispensaires et centres de santé du MSPP, il ne semble pas que les infirmières responsables soient au courant des détails des activités des KFA ou des Club de mères. De surcroît elles n'organisent assurément aucune supervision et encore moins de coordination des activités. Il faut évidemment comprendre que cette laborieuse collaboration entre Tdh et le MSPP se déroule dans un contexte national et local fort déstabilisé socialement et politiquement. Ce contexte a notamment des répercussions importantes sur le fonctionnement de l'État haïtien et de sa fonction publique. Au moment où nous écrivons ce rapport, par exemple, la centrale d'achat en médicaments essentiels de Port-au-Prince n'est plus accessible et il est bien possible que des ruptures de stocks au niveau périphérique surviennent dans les prochaines semaines.

5.5 Empowerment et participation communautaire

Empowerment

Dans la partie méthodologique, nous avons noté que le concept d'*empowerment* pouvait être étudié au plan individuel, organisationnel et communautaire. L'objectif annoncé de Tdh est l'*empowerment* communautaire. Cependant, tant d'un point de vue conceptuel que pragmatique, il apparaît évidemment impossible d'atteindre cet objectif sans passer par les individus et les organisations communautaires. Le processus n'est cependant pas aussi linéaire qu'il n'y paraît et ces trois niveaux sont imbriqués. Aussi, il nous a semblé que compte tenu de l'état actuel de mise en œuvre du projet de Tdh dans le département du Sud, et notamment dans les communes de Camp Perrin et Torbek, l'action globale au plan de la communauté dans son ensemble n'a pas encore atteint un degré permettant son évaluation. L'évaluation de l'*empowerment* communautaire ne nous paraît donc pas possible pour le moment. Nous croyons cependant que les interventions de Tdh ont quelque peu accru, d'une part,

l'*empowerment* individuel de certaines personnes *participantes aux activités* et, d'autre part, l'*empowerment* organisationnel de certains Club de mères et de groupes de causerie. Il nous fait cependant préciser que eu égard au temps imparti à la mise en œuvre de ce programme de Tdh, le fait que les degrés d'*empowerment* ne soit pas encore très important nous paraît fort logique. Atteindre de tels effets demande beaucoup de temps. Nous n'avons pas eu le temps nécessaire à l'étude précise de l'*empowerment* individuel. Cependant, il nous est apparu à travers les nombreuses rencontres sur le terrain que les personnes ayant participé à la mise en place des activités de KFA, de Club des mères et de causerie ont accru leur capacité d'agir. Des quatre éléments intimement mêlés et constituant l'*empowerment* individuel, soit la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique, il nous semble que le dernier est celui qui fait le plus défaut. Le degré de participation de ces personnes est relativement fort, ils ont eu la chance d'améliorer leurs compétences techniques à la suite de nombreuses formations mise en œuvre par Tdh et leur estime d'eux mêmes est relativement importante compte tenu qu'ils rendent de nombreux services à la communauté, qu'ils se sont engagés pour cela et que plusieurs personnes l'affirment, nous a-t-on dit lors des entrevues. Cependant, le degré de conscience critique (individuelle, collective, sociale ou politique) paraît encore relativement faible. Évidemment, le contexte haïtien et les troubles sociaux vécus ces dernières années constituent une grande partie de l'explication. Nous ne nous étendons pas sur le sujet de la déstabilisation sociale actuelle, cela irait au-delà de notre mandat. Il subsiste encore dans certains groupes ou localités un comportement d'assistanat, où le premier réflexe est de demander de l'aide à l'extérieur de la communauté, de rendre responsable le manque de ressources pour expliquer la présence de malnutrition dans les familles. Il faut reconnaître que certaines pratiques d'aide au développement en Haïti n'ont certainement pas favorisé cette capacité de se prendre en main pour certains individus. Il faut préciser de nouveau que notre point de vue ne concerne pas tous les membres de la communauté, mais bien les participants aux activités. Il ne nous a pas été possible d'étudier cet effet sur l'ensemble des individus. Nous croyons en effet que cela n'est pas pertinent et apparaît encore bien tôt pour le faire.

Ce qui est intéressant à relevé dans le cadre de ce programme est que Tdh a misé sur la mise en place de groupes communautaires. De ce point de vue, l'*empowerment* organisationnel de ces groupes nous semble un peu plus faible que pour les individus mais cela s'explique aisément par l'état actuel de mise en œuvre du projet. Des quatre dimensions constituant l'*empowerment* organisationnel, soit la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique, les deux derniers semblent en retrait. Les groupes participent largement aux activités et aux choix de ses dernières, leurs compétences techniques se sont accrues, y compris, ce qui est très intéressant, dans les domaines de l'organisation communautaire (leadership, organisation, etc., voir la liste des formations dans le tableau 14 en annexe), mais la reconnaissance de leur activité par toute la communauté et par des institutions officielles ainsi que le niveau de conscience critique sont encore très en retard. Il y a eu certes des activités à cet égard, comme par exemple les discussions sur la reconnaissance du Club des mères de Tiverny par le ministère des Affaires sociales en septembre 2004, mais il reste beaucoup à faire de ce point de vue. La figure 5 en annexe résume les degrés d'*empowerment* à partir des données empiriques collectées lors de cette évaluation.

Participation communautaire

La participation est un des quatre éléments de l'*empowerment* et nous en avons touché rapidement quelques mots dans les lignes précédentes. Cependant, compte tenu de l'approche particulière des interventions de Tdh en Haïti, il faut se pencher plus en détail sur cet élément. Pour cela, nous avons jugé bon, d'une part, de demander l'avis de l'ensemble des membres de l'équipe de développement communautaire, et d'autre part, de recueillir des données auprès des participants aux activités et des responsables de ces dernières au sein des communautés. L'outil de la mesure de la participation communautaire, adapté des travaux de Rifkin (22, 23), nous permet ce regard comparatif entre ces deux groupes d'acteurs, avec deux limites cependant. La première est que certains membres de Tdh ont

participé à l'exercice en pensant plus évaluer ce qu'il faudrait faire que ce qui se fait concrètement⁶. La seconde est que la mesure des six dimensions de l'outil concernant les membres de groupes communautaire est effectuée par l'évaluateur, s'appuyant sur les données empiriques collectées lors des entrevues. Les résultats détaillés de l'équipe de Tdh sont présentés dans le tableau 15 en annexe, tandis que ceux de l'évaluateur à partir des entrevues dans la figure suivante. Les résultats de chacune des dimensions sont présentés sur une échelle allant de 0 (nulle) à 4 (très bonne) dont les caractéristiques sont présentées au tableau 9 en annexe.

Évaluation des besoins : l'origine du projet et de l'établissement des groupes communautaires (GC) vient de Tdh et non des communautés. Les agents Tdh ne dirigent pas toutes les activités et les GC participent *maintenant* à l'évaluation des besoins. Les groupes communautaires ne semblent pas représenter encore toutes les opinions locales, donc cote de 2.

Représentation et leadership : La situation est relativement variable d'un GC à l'autre, certains fonctionnent sous le leadership de Tdh et d'autres sont actifs et prennent des initiatives. Ils se tournent cependant encore beaucoup vers Tdh, donc cote de 2,5.

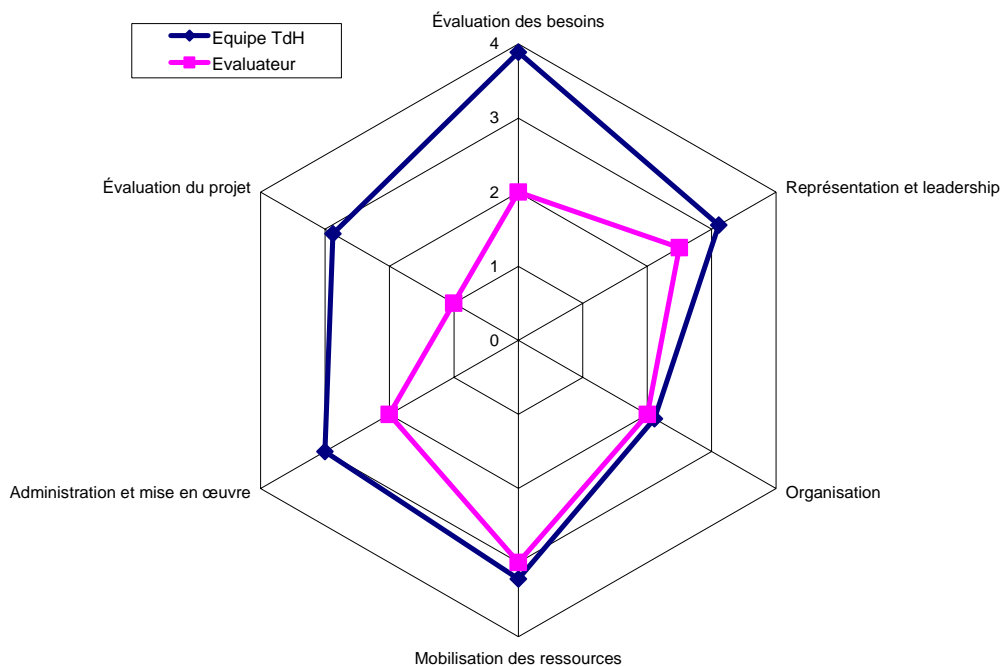
Organisation : Les GC ont clairement été incités (pas imposé) à exister mais ils deviennent, pour certains d'entre eux, actifs, donc cote de 2.

Mobilisation des ressources : Il y a, en fait, peu de ressources pour le moment. Pour les GC qui en disposent, elles en ont le contrôle et décident de leur allocation, donc cote de 3.

Administration et mise en œuvre : Les GC s'auto-administrent mais ne contrôlent pas encore les activités des agents de Tdh, donc cote 2.

Évaluation du projet : Le processus évaluatif est plus de l'ordre de la consultation que de la participation. Tdh ne dispose pas d'un système de suivi et d'évaluation développé. Les évaluations sont réalisées par Tdh et les critères de succès sont décidés par Tdh, soit la cote 1.

Aussi, il est possible de représenter graphiquement le jugement de ces deux groupes d'acteurs concernant les six dimensions de la participation communautaire dans la figure suivante.



Il subsiste une différence importante sur les deux points qui touchent particulièrement l'évaluation. Contrairement aux membres de l'équipe de développement communautaire, nous croyons en effet, au regard des entrevues avec les personnes clés, que le degré de participation communautaire à la définition des besoins initiaux et à l'évaluation du projet reste faible. Il faut rappeler que malgré une certaine adhésion actuelle de certaines communautés, le projet a été mis en œuvre sous la seule impulsion de Tdh, que la création des KFA, des Club des mamans et des causeries est une émanation

⁶ Nous n'avons peut être pas pris assez de temps pour expliquer les détails méthodologiques.

propre de Tdh. L'un des employés de Tdh nous disait même « *on est arrivé à s'imposer* ». Dans l'évaluation du projet et des activités, si les participants sont consultés, on ne peut pas vraiment dire qu'ils ont participé à la définition des objectifs de la présente évaluation, pas plus eux que le personnel de Tdh faut-il préciser. Ces derniers ont cependant eu l'occasion, le mi-mai, de commenter les « termes de références » provisoire de la présente évaluation. Il semble qu'ils n'aient pas jugé utile de saisir cette opportunité. Certains animateurs de Tdh leur demande de temps à autre leur avis sur le projet, mais cela n'est ni systématique et encore moins devenus une véritable routine de l'organisation.

5.6 Les stratégies d'intervention

Il faut d'abord rappeler que les stratégies d'intervention de Tdh ont évolué au cours des années, et notamment ces trois dernières années. C'est à la fin de l'année 2002 que l'ONG s'interroge sur ses stratégies d'action et décide d'orienter son projet plus vers les communautés que l'USN. Aussi, sachant que 80% des décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays du Sud sont dus à la malnutrition modérée et légère et non pas à la malnutrition aiguë, il apparaît pertinent à Tdh de redéfinir son intervention. Cependant, l'ONG a décidé de procéder par étapes et il est important, dans un premier temps, de les rappeler en quelques mots pour, dans un second temps, proposer au lecteur un tableau résumant les différentes stratégies en fonction des axes et des lieux d'interventions.

Si c'est bien mi-2002 que Tdh a décidé d'accentuer ses activités communautaires, cela s'est déroulé de manière progressive. Avant de définir les actions à entreprendre, l'ONG s'est attelée à la tâche de choisir des zones d'intervention particulière. Aussi, quelques villages des communes de Camp Perrin et Torbek ont été sélectionnés à la suite du processus visant à préciser les régions où la prévalence de la malnutrition était la plus importante dans le département. L'ONG a fondé cette sélection sur i) l'étude des localisations des enfants admis au sein de l'USN, ii) des rencontres avec certains acteurs agissant dans le domaine de la lutte contre la malnutrition dans le département. Six organisations ont ainsi été rencontrées dont les deux plus importantes ne semblaient pas disposer de statistiques pour l'année 2002 (voir annexe 7 du rapport trimestriel 1). À la suite de cette sélection des deux sites, deux études ont été effectuées pour mieux connaître « *les causes spécifiques de la malnutrition infantiles* » (p.21, rapport trimestriel 1). La première est une enquête qualifiée de « *socio-économico-comportementale* » et la seconde consiste en une série d'entretiens avec des personnes-clefs dans les localités sélectionnées pour tester certaines actions.

Le tableau à la page suivante résume l'état actuel des interventions de Tdh dans le Sud.

	Des quartiers pauvres de la ville des Cayes	Une partie des communes de Camp Perrin et Toberk	Le reste du département du Sud
Interventions de l'axe 1 : Accès aux soins de santé primaire	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile • Postes de rassemblement • Groupes de causeries • Vaccinations, traitement antiparasitaire • Dons de SRO et JIF et autres intrants préventifs (Vit A, Fer, ac. Folique, Condoms, etc.) • Suivi des enfants sortis de l'USN 	<ul style="list-style-type: none"> • Postes de rassemblement • Visites à domicile • Vente de SRO et JIF • Dons d'autres intrants préventifs • Accouchements domicile • Appui à l'ouverture du dispensaire de Dominique 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de centres de santé pour la surveillance • Suivi semestriel
Interventions de l'axe 2 : Pratiques de soins aux enfants de moins de 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation à la santé à l'USN • Éducation à la santé dans les Clubs des mères • Éducation à la santé et initiatives communautaires dans les groupes de causerie • Education à la santé lors des PR 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation à la santé dans les Clubs des mères • Éducation à la santé et initiatives communautaires dans les groupes de causerie 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune
Interventions de l'axe 3 : Accès aux aliments	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien financier et technique aux initiatives communautaires via les Club des mères et les groupes de causerie • Création d'un réseau de partenaires en développement communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes de santé Tdh • Auxiliaires dépistage Tdh • Auxiliaire prévention Tdh 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborateurs volontaires (KFA) • Matrones volontaires • animateurs Tdh 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnels MSPP
Sites	<ul style="list-style-type: none"> • « Quartiers pauvres » • USN 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les communautés

Tableau 4 : Stratégies d'interventions par zone géographique

Au regard de ce tableau et des entrevues effectuées lors de l'évaluation, il ressort que si les interventions paraissent relativement semblables d'une zone à l'autre en ce qui concerne leurs objectifs, les moyens pour y parvenir diffèrent quelque peu. Il subsiste cependant une exception concernant les actions, dans la mesure où les SRO et le Jif (produit d'hygiène) sont vendus aux familles dans les deux communes (celles ne pouvant pas payer seraient exemptées) alors qu'ils sont donnés dans les quartiers des Cayes. Cette différence s'explique en partie par l'histoire du projet et le don de nombreux stocks de SRO par le MSPP ou d'autres partenaires à une époque particulière de la mise en œuvre du projet de Tdh. Revenons aux moyens d'interventions pour dire que les différences d'une zone à l'autre concernent les agents de santé Tdh aux Cayes et les responsables de KFA à propos des tâches (vaccination), des formations initiales et des modes de rémunérations. En outre, le choix des sites paraît différent d'une région à l'autre, soit l'on a ciblé les plus pauvres soit l'ensemble de la communauté.

Une dernière remarque doit être faite à propos des interventions de Tdh, notamment celles qui visent un changement de comportement de la part des personnes participant au projet. Nous avons dit que l'ONG a décidé d'intervenir sur les facteurs individuels de ces comportements mais également sur ceux familiaux et communautaires. Pour les premiers, des séances d'éducation à la santé sont réalisées tandis que pour les seconds, les groupes communautaires (Club des mères et causerie) doivent être des

vecteurs de changement. Quelques indices pourraient appuyer l'intérêt de la mise sur pieds de ces groupes, comme par exemple l'émergence, la formulation et parfois même la mise en œuvre de certaines initiatives communautaires. C'est ainsi que l'on a pu tenter des expériences de jardins communautaires, d'élevage de lapins ou d'autres activités génératrices de revenus. Les relations qu'entretiennent les activités de l'axe 2 avec celles de l'axe 3 sont ainsi très étroites. Il est évident que certains comportements individuels sont des déterminants de la malnutrition, mais les facteurs environnementaux et sociaux doivent aussi être convoqués pour lutter contre ce fléau. Il nous semble cependant que les compétences actuelles de Tdh en Haïti ainsi que les orientations stratégiques de l'ONG en général (28) donnent certaines limites aux capacités de l'ONG à agir sur les facteurs environnementaux.

6 Conclusions

Dans les prochaines lignes, nous proposons une synthèse de notre analyse du projet de Tdh au regard des critères initialement fixés concernant les quatre types d'évaluation (point 4.2).

6.1 L'efficacité du projet

1. Nous avons dit qu'il était trop tôt pour porter un jugement sur le degré d'*empowerment* communautaire. Cependant, il est possible d'avancer que, compte tenu de l'état d'avancement du projet, il a été relativement bien efficace concernant le degré d'*empowerment* individuel des personnes participant aux groupes communautaires, et, pour ces groupes, moyennement efficace.
2. L'évolution du taux de rechute est stable et bien en dessous de la valeur cible de 10%, fixée par Tdh. La légère augmentation des rechutes observée entre avril et septembre 2004 pourrait s'expliquer par le climat d'insécurité sociopolitique du début de l'année. Cependant, vu le faible collectif, 6% de taux de rechute correspond à un enfant/mois et ne peut donc pas être soumis à interprétation. Le taux de rechute ne s'est pas péjoré après le transfert de l'USN dans le service de pédiatrie. Différentes causes peuvent contribuer à ces rechutes: i) l'aquis des croyances antérieures avec ses tabous(vaudou), empêchant l'appropriation des messages de prévention; ii) des facteurs économiques et géographiques, empêchant l'application des messages et le suivi à 6 mois (exemple: la mère travaille toute la journée loin de sa maison et ne peut nourrir- allaiter son enfant qu'une fois par jour) ; iii) une maladie sous-jacente chronique (sida,...) ou une récurrence de maladie aiguë.

6.2 Les processus

3. Le suivi de la croissance et du développement des enfants se déroule de manière stable depuis le début des activités, les activités étant moins importantes à Torbek. Le taux des enfants suivi par les KFA ayant un poids faible/très faible pour leur âge est constant (20%). Nous ne disposons pas des données nécessaires pour affirmer si les enfants suivis par les responsables de KFA ont une santé qui s'améliore ou si les bénéficiaires des KFA correspondent à la cible du projet.
4. Le degré de participation communautaire au sein du projet est globalement relativement élevé bien que plus faible sur les aspects évaluatifs et organisationnels.
5. Le processus de sélection des responsables des responsables de KFA et la mise en place des activités se sont déroulés sans conflit et difficulté particulière. Il existe une certaine diversité des profils des responsables, mais ils sont dans l'ensemble tous motivés par leurs activités. Les activités de formation ont été en partie oubliées par les participants et peu d'informations sont disponibles sur ces activités.
6. Une certaine carence méthodologique subsiste dans la mise en œuvre des activités visant le changement de comportement. Aucune étude préalable des déterminants des changements potentiels n'a été effectuée, le matériel employé est d'une faible qualité didactique et on ne dispose pas des moyens pour vérifier l'efficacité des interventions.
7. S'il existe une certaine collaboration entre le MSPP et Tdh au plan départemental, peu de relations sont constatées au plan local. Les activités de prévention et de suivi des enfants sont bien souvent

effectuées uniquement par Tdh, les agents du MSPP n'étant soit pas au courant soit peu impliqués. Ce jugement global doit être interprété en considérant le contexte d'instabilité chronique en Haïti depuis quelques années qui a notamment des répercussions importantes sur le fonctionnement de l'État haïtien et de sa fonction publique.

8. La qualité de la prise en charge des enfants à l'USN reste bonne et le travail effectué conséquent, ce que confirment les indices de suivi, tous conformes aux standards OMS. Cependant, une diminution progressive sur quelques années (cf tableau 17) du respect des protocoles thérapeutiques, tant au niveau de la nutrition que de l'éveil psychoaffectif et moteur, me semble inquiétante. Cette diminution de qualité était préexistante au transfert de l'USN dans les structures pédiatriques, et s'est accélérée au départ du Dr Beauséjour au 30 juin 2003. Une attention toute particulière devra être portée aux indices de suivis dans les mois qui viennent. S'ils restent stables et bons, une réflexion sur l'efficacité d'un protocole thérapeutique « allégé » par rapport aux recommandations actuelles internationales (27,30) doit se faire, notamment sur l'opportunité de donner un traitement antibiotique à large spectre de routine chez tous les enfants sévèrement malnutris sans pathologies associées. La prescription très répandue de métronidazole (déjà questionnée en 2002 lors de l'évaluation externe) peut également se discuter, traitement qui ne semble pas avoir fait ses preuves en terme d'efficacité pour l'indication de la malnutrition sévère (8 et 30 : p.17). Il faut rapidement trouver un moyen de rétablir l'application des protocoles *lege artis*. Le manque de temps n'est pas une cause suffisante, la qualité du protocole ayant déjà diminuée avant le transfert en pédiatrie en novembre 2004. Relevons cependant que le personnel à été fortement réduit (cf tableau 16): 10 infirmières et auxiliaires pour trois rotations d'horaire journalières pour 12 à 23 lits environ, un effectif jugé comme faible pour la prise en charge de la malnutrition sévère en Afrique du Sud (31). Dans ce contexte, la réintroduction progressive par ordre de priorité des activités abandonnées me semble adéquate: lait thérapeutique 1 pour tous en phase initiale, préparation strict des laits, monitoring des quantités données et du décompte calorique journalier chez les enfants sans évolution favorable du poids, réintroduction d'un antibiotique à large spectre chez tous de routine, par exemple cotrimoxazole (31). Pour l'éveil psychoaffectif et moteur, la fiche d'évaluation devrait être revue et simplifiée avant sa réintroduction. L'observation durant l'évaluation met en évidence de long séjours (3 enfants depuis plus de 40 jours), laissant craindre l'augmentation de la durée de séjour dans les mois qui viennent, liée à de graves pathologies associées (tuberculose miliaire) ou à l'échec de reprise pondérale. Le nombre de lits occupés était de 23, ce qui est beaucoup si on compare ce chiffre au taux d'occupation moyen des lits (premier trimestre 2005:13 lits; premier trimestre 2004: 14 lits; premier trimestre 2003: 14 lits). La demande d'hémogramme de routine met un évidence une très importante prévalence d'anémie parfois grave (88%) justifiant amplement cet examen. La collaboration avec la pédiatrie est bonne mais insuffisante. Aucun tournus de personnel ne s'est encore fait avec la pédiatrie et l'acquis de connaissances par la formation jugée comme bonne n'a pas été consolidé par la pratique. La connaissance des activités de l'USN et de son fonctionnement reste très partielle par les cadres de la pédiatrie, dont certains restent persuadés de la non viabilité du transfert, et que le paiement des salaires, des médicaments et des nutriments ne pourra pas être repris par le domaine publique vu le contexte sociopolitique et économique. Relevons également la difficulté d'obtenir des rendez-vous avec le personnel du secteur publique, toutes très occupées. Le problème de sanitation reste un thème lourdement récurrent. Aucune démarche n'a été effectuée pour obtenir le label d' « Hôpital ami des bébés »
9. La qualité du suivi des enfants sortis de l'USN est bonne sous réserve que le nombre d'enfants suivis évalués n'est que de 60%. Il est à craindre que le 40% restant ne bénéficie pas des mêmes prestations que celles fournies par l'équipe des Cayes, notamment concernant l'accès à la vaccination, dont le rattrapage n'a pas lieu à l'USN, et dont la couverture reste faible pour tous.. La qualité des messages pourrait être encore améliorée par une réflexion sur les croyances en contradiction avec ces messages. La poursuite de la prise en charge des frais de transport, comme proposée dans le rapport d'évaluation de V. Ridde de février 2005 (6), améliorerait le nombre

d'enfants pris en charge. La fréquence du suivi reste stable dès le deuxième trimestre 2004, avec une augmentation de l'effectif permanent ambulatoire, comme le montre les nouveaux indicateurs mis en évidence par le délégué, et se situe à environ une consultation/mois (cf tableau 17). La qualité dépend de l'approvisionnement par le MSPP en vaccins et médicaments qui dépend beaucoup de la sécurité à l'accès des médicaments essentiels (voir plus haut), et par Tdh en médicaments, matériel, nourriture et logistique (dont l'approvisionnement en eau potable à l'USN).

10. La prise en charge est perçue comme très bonne par les parents sous réserve de critères d'ordre socioéconomique (coûts de transport).
11. La prise en charge est perçue comme bonne par les professionnels en regard des résultats de récupération nutritionnelle atteints. Les conditions de travail depuis le transfert en pédiatrie sont perçues comme moins bonnes avec un manque de temps lié à la diminution du personnel et des locaux plus exigus. La supervision médicale en matière de nutrition fait défaut. Ces points négatifs expliquant la diminution du respect des protocoles thérapeutiques.

6.3 La pertinence

12. D'une manière globale, la stratégie d'action de Tdh en Haïti est proche de la stratégie sectorielle en matière de SMI/Nutrition. Cependant, nous émettons des doutes, d'une part, quant au recours aux matrones sans autres investissements parallèles dans le système de santé (voir recommandations OMS résumées à la figure 6 en annexe), doutes déjà émis dans cette stratégie sectorielle. D'autre part, des actions liées à la sécurité alimentaire sont réalisées alors que Tdh précise que cela ne constitue pas son métier. De surcroît, par rapport à cette stratégie, il semble manquer en Haïti des actions de plaidoyer et d'autre type, liées au système de santé. La préparation des laits 1 et 2 se fait avec du lait entier contrairement à la politique de Tdh sur l'utilisation des produits laitiers mais en accord avec le guide pour Haïti. Une attention particulière doit être portée sur la quantité de produits alimentaires de substitution⁷ commandés à Tdh (Blévita, Stimugen). La poursuite du soutien à l'USN s'inscrit bien dans le cadre d'un « appui et renforcement des services de santé existants » (28). La recommandation 5 (voir plus bas) de favoriser la supervision des protocoles thérapeutiques et d'éveil psychoaffectif et moteur par le médecin de la pédiatrie va également dans ce sens. Cependant, et selon l'évolution du contexte politique et économique actuellement régressive, la « transition entre substitution et appui » pourrait être revue et l'appel à une ONG santé envisagée pour le maintien de l'efficacité de l'USN, bien que cette option soit reconnue comme peu viable sur le long terme. La remarque s'applique également au transfert de la prise en charge du paiement des médicaments, matériel, nourriture et logistique qui doit être reporté. On pourrait également réfléchir à l'intégration de plus de femmes dans les rangs des agents de santé communautaires.
13. User de stratégies d'intervention différentes en fonction des zones géographiques n'a de sens que si l'on prouve qu'il existe des besoins différents. Aucune justification de la sorte n'a été apportée et il apparaît donc important pour Tdh de clarifier et éventuellement justifier ces dissemblances stratégiques. La différence de moyens utilisés en fonction des régions d'intervention paraît en effet peu pertinente.

6.4 La pérennisation

14. Le processus de pérennisation s'est relativement bien déroulé concernant les KFA mais les éléments favorables ne supplantent pas encore les facteurs défavorables.
15. La pérennisation des Clubs des mères a relativement bien été organisée, mais le processus mérite encore certains efforts.

⁷ Les compléments nutritionnels sont parfois nécessaires. Cependant, nous proposons que la nutritionniste de Tdh établisse une liste de quels produits et surtout leur indication stricte, si ce n'est déjà fait.

16. Le processus de pérennisation des interventions de l'équipe de prévention a été plus problématique que les autres. Il manque essentiellement des actions envers la stabilisation des ressources et les prises de risques organisationnels.

7 Recommandations

Axe 1 : Accès aux soins

Pour s'assurer d'un éventuel effet des interventions de Tdh sur la santé et la nutrition des enfants et de leurs mères, il est indispensable d'agir de manière plus systémique en ayant moins recours aux seules actions des agents communautaires. Les activités de ces derniers doivent être intégrées dans le système de santé qui nécessite, dans le contexte haïtien actuel et à moyen terme, indubitablement un soutien important pour que des liens s'établissent entre les différents éléments du système (hôpital, dispensaire, agents de santé communautaire). Les activités de nutrition doivent être mieux intégrées dans celle du système de santé (dont la vaccination) et il faut trouver une certaine harmonisation des interventions de Tdh avec celles du MSPP et de ses partenaires (colvols/responsables de KFA/agents). En fonction des ressources de Tdh et des besoins des communautés, cette réorientation nécessaire du projet pourrait se concentrer sur une seule commune (50.000 habitants). Si Tdh ne souhaite pas s'investir dans de telles actions (supervision, formation, organisation/formation des comités de gestion, etc.), l'ONG doit faire en sorte que d'autres partenaires oeuvrent en lien très étroit avec elle. Les détails de cette réorientation du projet doivent être discutés et élaborés lors de l'atelier de planification d'octobre 2005 avec la participation active de toutes les parties prenantes.

- Recommandation 1 : S'assurer, par l'intermédiaire du projet de Tdh ou de ses partenaires, que les activités de prévention soient intégrées dans les actions curatives au sein d'un soutien global au système de santé en collaboration étroite avec le MSPP.

Axe 2 : Pratique de soins

Un effort particulier doit être consenti pour réorganiser les activités, se doter des ressources humaines, financières et techniques pour être en mesure d'agir efficacement en faveur d'éventuels changements de comportements néfastes à la santé et la nutrition des enfants.

- Recommandation 2 : Effectuer une étude des déterminants des comportements néfastes à la santé et la nutrition des enfants. Si nécessaire, faire recours à une expertise externe mais selon une démarche participative et avec l'objectif de former le personnel Tdh.
- Recommandation 3 : Sur la base des résultats de l'enquête, qui doit aussi fournir des données utiles pour l'évaluation de l'efficacité des interventions, élaborer les messages et les outils en faveur des changements de comportements néfastes à la santé et la nutrition des enfants
- Recommandation 4 : Réorganiser la structure interne de Tdh afin de donner plus d'importance et de professionnalisme à cet axe d'intervention, en nommant une personne responsable et en coordonnant les activités entre les différentes zones d'intervention

Axe 3 : Sécurité alimentaire

Bien que cet axe d'intervention soit contraire à la stratégie de Tdh Lausanne, des activités ont été réalisées et elles ont suscité, fort justement, la formulation de besoins des populations. Compte tenu du fait que le manque d'accès aux aliments est une des causes sous-jacentes à la malnutrition, il apparaît délicat de ne pas intervenir à ce propos. Cependant, si Tdh ne souhaite pas le faire, elle doit s'assurer que d'autres le font. Il peut aussi être envisagé, dans une perspective de concentration géographique des activités, que Tdh se dote des moyens nécessaires.

- Recommandation 5 : S'assurer de disposer des ressources humaines et financières (voire avec l'aide de partenaires, par ex. AVSI) pour répondre aux besoins suscités par les interventions.

Axe 4: Prise en charge de la malnutrition

- Recommandation 6 : Réintroduire une supervision de l'application du protocole thérapeutique, d'une part, en motivant l'infirmière responsable de l'USN et, d'autre part, en impliquant le médecin responsable de la pédiatrie dans prise en charge de la nutrition dans sa globalité par la poursuite du processus de plaidoyer en direction du MSPP pour l'intégration de l'USN dans la pédiatrie de l'HIC . Voir aussi 5.6 : les stratégies d'intervention.
- Recommandation 7 : Trouver les moyens de redéfinir un protocole pour l'éveil psychoaffectif et moteur adapté, appliquer ce protocole (idem recommandation 5) et établir une nouvelle fiche d'évaluation à la sortie.
- Recommandation 8 : Organiser des réunions du personnel de l'USN pour qu'ils identifient les points faibles du programme de nutrition et d'éveil et en proposent les mesures correctives (démarche participative)
- Recommandation 9 : Adapter les messages de prévention en faisant une étude sur les déterminants, voir recommandation 2
- Recommandation 10 : Réaliser une étude visant à comprendre la faible ampleur du nombre d'enfants touchés par le dépistage et la prévention (vaccination...).

Système de suivi et d'évaluation

Dans le cadre de cette évaluation, l'équipe de consultants a mis au jour la difficulté de rendre compte de l'efficacité des interventions de Tdh ainsi que du suivi de ces dernières. Trop peu de données de routines sont disponibles, rares sont les données avant/après des interventions ou des formations, beaucoup de documents et de rapports ne sont pas classés et facilement accessibles. Le tableau 19 en annexe est proposé comme outil de suivi de la pérennisation/pérennité. Il faut ici préciser que cette carence organisationnelle n'est pas propre à Tdh Haïti. De nombreuses autres ONG ne se sont pas encore dotées de tels moyens d'évaluation et de monitoring.

- Recommandation 11 : Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des activités du projet, soit par la nomination d'un employé Tdh responsable de sa mise en place, en coordination étroite avec les différents responsables de services, soit par la présence d'une ressource externe responsable de la mise en place du système durant quelques mois (3) en prenant soin de l'intégrer au sein de tous les services et de former le personnel Tdh.

8 Annexes

Programme de l'évaluation

Samedi 4 juin	Arrivée à PAP de VR
Dimanche 5	Arrivée à PAP de SB, phase préévaluative
Lundi 6	Voyage PAP-Cayes, phase préévaluative, préparation du plan d'évaluation
Mardi 7	Préparation des outils de collecte de données, introduction sur le contexte et les activités du projet, analyse documentaire, visite à l'hôpital, rencontre directrice hôpital, planification de la collecte de données
Mercredi 8	EG : équipe développement communautaire EI : responsable équipe communautaire ; délégué ; médecin responsable pédiatrie
Jeudi 9	EG : responsables KFA, équipe prévention Tdh, personnel soutien USN, club des mères, causerie EI : responsable équipe communautaire, animateur facilitateur, infirmière responsable USN Nuit à Camp Perrin VR
Vendredi 10	EG : responsables KFA, club des mères, causerie à Dominique, personnel soignant USN Ob : PR EI : directrice HIC
Samedi 11	EG : responsables KFA à Torbek, parents USN Ob : Club des mères EI : animateur facilitateur, éducatrice USN, 2 mères USN
Dimanche 12	Analyse des données EI : infirmière USN, auxiliaire USN
Lundi 13	EG : responsables KFA à Torbek Ob : Causerie, causerie équipe prévention, archives USN EI : infirmière responsable prévention, infirmière responsable HIC
Mardi 14	EI : DDSS du Sud, infirmière responsable prévention Préparation de la restitution et restitution en après-midi
Mercredi 15	Voyage vers PAP, écriture du rapport
Jeudi 16	Écriture du rapport, restitution auprès de l'ACDI (FSE)
Vendredi 17	Départ de PAP
Samedi 18	Arrivée en Suisse et au Canada

EG : entrevue de groupe ; EI : entrevue individuelle ; Ob : Observation

Tableau 5 : Évolution de quelques indicateurs sanitaires liés aux ODM en Haïti (source Banque Mondiale)

	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	

Source : Banque Mondiale

Tableau 6 : Quelques indicateurs sociosanitaires du pays et du département du Sud (source : (2))

	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 des 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

Source : MSPP, PAHO

Tableau 7 : Cadre logique de l'intervention de Tdh

CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION 2004-2005		
Nom du projet	Aire d'intervention	Agence d'exécution
LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LE DEPARTEMENT DU SUD	Haïti – Département du Sud Pour la prise en charge de la malnutrition sévère: Tout le Dpt du Sud Pour la malnutrition modérée: Le suivi des cas exécutés est proposé directement à l'HIC des Cayes, et le cas échéant par le programme communautaire de Tdh et/ou autres partenaires Pour les axes communautaires: 48 localités prioritaires des communes de Torbeck et de Camp-Perrin	Fondation Terre des hommes Adresse en Suisse: En Budron C8 - 1052 Le Mont-sur-Lausanne 00 41 21 654 66 66 Adresse en Haïti: Rue Toussaint Louverture, Les Cayes 286-0078 / 286-3919 / 485-1614
Finalité du projet	Population cible	Phase
Contribuer à la réduction de la malnutrition infantile dans le département du Sud d'Haïti.	Femmes en âge de procréer de plus de 15 ans, femmes enceintes, mères d'enfants de moins de 2 ans (environ 10'000), enfants de moins de 3 ans (environ 8'000) et familles de ces catégories	Phase II : Janvier 2004 - Décembre 2005
Objectif fin 2005		
Objectif	Fin 2005, dans l'aire d'intervention du projet, à travers un transfert de compétences et de responsabilités vers les familles, les communautés et les institutions publiques, la santé des mères et des enfants de moins de 3 ans, dans l'aire d'intervention du projet, à travers un transfert de compétences et de responsabilités vers les familles, les communautés et les institutions publiques, la santé des mères et des enfants de moins de 3 ans. - Au niveau familial, par la modification de 3 comportements les plus néfastes pour le développement et la croissance de l'enfant (allaitement, sevrage et gestion des maladies), - Au niveau communautaire, par une offre accrue de services de santé de base et une optimisation des ressources alimentaires locales, - Au niveau du MSPP, par une meilleure accessibilité aux services de santé primaire et une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère par le HIC au niveau départemental.	
Résultats	Indicateurs de performance	Mesures de l'indicateur
I L'accès aux soins de santé primaire est facilité <u>Maternité sans risques</u> : Les femmes enceintes et nouveaux-nés ont à disposition des services répondant aux minimum standards OMS/UNICEF. <u>Suivi de croissance et du développement de l'enfant de moins de 3 ans</u> : Il existe des structures communautaires ou institutionnelles offrant un service de suivi de croissance et du développement des enfants de moins de 3 ans. <u>Accès aux soins de santé primaire</u> : Il existe un dispensaire couvrant les besoins de santé primaire des populations des localités de Marc, Trois Rac et Garat.	<u>Maternité sans risques</u> : Chaque localité dispose d'un minimum de 2 matrones formées ou recyclées capable de délivrer un paquet minimum de services (consultations pré-natales, accouchements, consultations post-natales). <u>Suivi de croissance et du développement de l'enfant</u> : Un responsable KFA pour 100 enfants de moins de 3 ans est formé et dispense des services préventifs (contrôle P/T, Vit A, Fe, dépistage, traitement diarrhée, ...). <u>Accès aux soins de santé primaire</u> : Un dispensaire est créé pour couvrir les besoins en santé primaire des populations de Trois Rac, Marc et Garat. Son fonctionnement mixte est effectif et efficace.	<u>Matrones</u> : Tests de connaissance de la formation ou recyclage, sondage des mamans accouchées, présence effective du kit de matrones. <u>KFA</u> : Test de connaissance des responsables, présence effectives d'intrants, registres, ... <u>Dispensaire</u> : Evaluation du fonctionnement du dispensaire.
II Les pratiques de soins aux enfants de moins de 3 ans sont améliorées <u>Allaitement exclusif</u> : Des alternatives au problème de la séparation diurne mère/enfant ont été trouvées pour permettre aux mères de procéder à un allaitement exclusif au plus proche des 6 mois. <u>Sevrage</u> : Les enfants de moins de 2 ans ont bénéficié d'un sevrage progressif favorisant le lien affectif et l'équilibre nutritionnel (alimentation adéquate, allaitement continu le plus longtemps possible, abandon des pratiques et produits nocifs). <u>Gestion des maladies</u> : La fréquence des diarrhées chez les enfants de moins de 3 ans a diminué, les enfants sont référés à des structures de santé (KFA, dispensaire, hôpital) en cas de maladies.	<u>Allaitement exclusif</u> : 2 ou 3 initiatives efficaces renforçant le lien M/E ont été identifiées, mises en place et sont utilisées par les mères allaitantes. <u>Sevrage</u> : Baisse de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 24 mois: - 2003: 6.6%, Camp-Perrin 6.3% et Torbeck 4.9% (enquête janvier 2003) - 2005: 5% (attendus fin 2005) <u>Gestion des maladies</u> : Baisse de la fréquence des diarrhées: - 2003: 30.0%, Camp-Perrin 21.3% et Torbeck 29.5% (enquête janvier 2003) - 2005: 15% (attendus fin 2005)	- Observations - Sondages de satisfaction - Enquête nutritionnelle fin 2005 - Enquête CAP fin 2005
III Les ressources locales ont été optimisées Les coopératives agricoles ou groupements communautaires ayant proposé des initiatives pertinentes visant à favoriser la production et l'utilisation d'aliments locaux couvrant les besoins nutritionnels essentiels du groupe cible ont été soutenues par le projet.	<i>Cet indicateur est à fixer suite à l'évaluation des déficits et des potentiels</i>	<i>idem</i>
IV La malnutrition est prise en charge au niveau départemental <u>MPE aiguë sévère</u> : L'HIC est doté d'une unité de référence pour le traitement thérapeutique de la malnutrition aiguë sévère du département du Sud. Les performances de cette unité se rapprochent des standards internationaux minimum de récupération. Le traitement inclus une prise en charge psychoaffective de l'enfant qui favorise sa récupération. <u>MPE modérée</u> : Les enfants originaires des Cayes et des zones d'intervention de Tdh, exécutés de l'USN de l'HIC et ceux dépistés sont suivis pendant 6 mois. <u>Dépistage/Postes de rassemblement</u> : Les activités de dépistage et de postes de rassemblement sont progressivement déléguées respectivement aux groupements de quartier et/ou au MSPP.	<u>MPE aiguë sévère</u> : Fin 2003, le protocole est signé. Mi-2004, l'USN est fonctionnel à l'HIC et atteint les indicateurs de performance de Tdh en 2005. Il existe une méthodologie de stimulation psychoaffective appliquées par le personnel. 90% des enfants de la pédiatrie reçoivent cette stimulation. Fin 2004, le comité de gestion a écrit un plan de gestion de l'unité mixte de nutrition pour 2005 permettant de garantir sa viabilité financière et opérationnelle. <u>MPE modérée</u> : Mi-2004, le système de prise en charge ambulatoire de la MPE modérée fonctionne dans les locaux de la pédiatrie. Fin 2004, un plan de reprise de cette activité par le HIC est élaboré. <u>Dépistage/Postes de rassemblement</u> : Fin 2004, un plan de délégation progressive du dépistage aux agents de quartier est élaboré. Fin 2004, un plan de reprise de l'activité de postes de rassemblement par le MSPP est élaboré.	<u>MPE aiguë sévère</u> : Protocole signé, rapport d'intégration, plan de gestion 2005, statistiques mensuelles de récupération. <u>MPE modérée</u> : Rapports de fonctionnement et de performance de l'unité de prévention, plan de reprise de l'activité par le HIC. <u>Dépistage/Postes de rassemblement</u> : Statistiques de dépistage à la pédiatrie, plan de délégation progressive du dépistage, plan de reprise de l'activité de postes de rassemblement par le MSPP.

Source : Tdh

Tableau 8 : Faisabilité des questions d'évaluationÉvaluation de l'efficacité du projet

Questions d'évaluation	Temps	Budget	Données	Décision technique	Décision stratégique
Quel est le degré de prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés par les matrones ?			Non	Rejet car : Formations non terminées, matrones non équipées	
Quel est le degré de suivi de croissance et de développement des enfants de moins de 3 ans par les KFA ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Évaluation du concept de KFA et se son processus, importance de l'indicateur p/r à la malnutrition
Quelle est l'utilisation des services du dispensaire de Dominique ?			Non	Rejet : dispensaire pas encore ouvert (auxiliaire non nommée par le MSPP)	
Quel est le degré d'empowerment communautaire ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Élément stratégique essentiel vs planification
Quelle est l'évolution du degré d'allaitement exclusif chez les mères ?	Non	Non	Oui	Rejet : à prévoir dans l'enquête CAP	
Quelle est l'évolution du degré de sevrage progressif des enfants par les mères ?	Non	Non	Oui	Rejet : à prévoir dans l'enquête CAP	
Quelle est l'évolution du niveau des maladies diarrhéiques ?	Non	Non	Oui	Rejet : à prévoir dans l'enquête CAP	
Quelle est l'évolution de l'utilisation des aliments locaux ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Secondaire
Quelle est l'évolution du taux de rechute des enfants étant passé par l'USN ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Essentielle pour l'efficacité de l'USN

Évaluation des processus

Questions d'évaluation	Temps	Budget	Données	Décision technique	Décision stratégique
Quel a été le degré de participation des communautés dans le projet ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	
Comment s'est déroulé le processus de sélection et mise en place des matrones ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Données probantes limitées, stratégie sectorielle Tdh claire, activité en cours
Comment s'est déroulé le processus de sélection et mise en place des responsables de KFA ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	
Comment les activités visant les changements de comportements (par les groupes) ont-elles été mises en œuvre ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	
Quelle est l'évolution de la production des aliments locaux ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Secondaire
Quel est le niveau de collaboration entre les formations sanitaires du MSPP, les matrones et les responsables de KFA ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Collaboration et pérennité
Quel est le niveau de qualité de la prise en charge des enfants à l'USN ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Processus USN
Quel est le niveau de qualité du suivi des enfants sortis de l'USN ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Processus USN
Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les parents des enfants ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Processus USN
Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les professionnels ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Processus USN

Évaluation de la pertinence

Questions d'évaluation	Temps	Budget	Données	Décision technique	Décision stratégique
Est-il pertinent pour Tdh d'agir simultanément sur les trois déterminants de la malnutrition ?	Oui	Oui	Oui	Définie dans la stratégie Tdh	
Est-ce que les stratégies de Tdh Haïti s'inscrivent dans la stratégie sectorielle de Tdh en matière de SMI/Nutrition ?	Oui	Oui	Oui	ToR	À retenir
Est-il pertinent d'avoir effectué le transfert de l'USN à l'HIC ?	Oui	Oui	Oui	Résumé du rapport janvier 05	
Est-il pertinent d'avoir des stratégies d'action différentes entre les trois zones d'intervention (Cayes, Camp Perrin/Torbek, reste du département) ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	À retenir

Évaluation de la pérennité/pérennisation

Questions d'évaluation	Temps	Budget	Données	Décision technique	Décision stratégique
Quel est le degré de pérennité actuel des interventions avec les matrones ?	Oui	Oui	Non	Rejet	Données probantes limitées, stratégie sectorielle Tdh claire, activité en cours
Quel est le degré de pérennité actuel des interventions avec les KFA ?	Oui	Oui	Non	Rejet	
Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les matrones ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	Données probantes limitées, stratégie sectorielle Tdh claire, activité en cours
Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les KFA ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	À retenir
Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les groupements communautaires liées aux activités de changement de comportement ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	À retenir
Quel a été le processus de pérennisation des interventions de l'équipe de prévention ?	Oui	Oui	Oui	Acceptée	À retenir
Quel est le degré de pérennité de l'USN à l'HIC ?	Oui	Oui	Oui	Résumé du rapport janvier 05	

Autre évaluation

Questions d'évaluation	Temps	Budget	Données	Décision technique	Décision stratégique
Quel est le niveau de notoriété (positionnement) de Tdh ?	Non	Oui	Oui	Rejet	

Figure 2 : Différents canevas d'entrevues

Canevas d'entrevue pour les responsables KFA, causeries, club des mères

Sélection et mise en place

1. Pourriez-vous m'expliquer les activités que vous réalisez ?
2. Pourriez-vous m'expliquer quelles sont les personnes qui ont décidé la sélection des responsables de KFA ?
3. Sur quels critères se sont-elles basées ?
4. Comment le processus de sélection s'est-il déroulé ? Avez-vous rencontré des problèmes, des résistances de certains membres de la communauté ?
5. Comment s'est déroulé le processus de mise en place des KFA ? Décrivez les étapes, la démarche, etc.
6. Avez-vous reçu des formations spécifiques sur la santé, sur d'autres sujets ?
7. Avez-vous fait face à certains problèmes dans l'ensemble de ce processus ? Expliquez.
8. Que pensez-vous de l'importance de faire payer les SRO et le JIF ? Que faites-vous avec les personnes qui ne peuvent pas payer ?
9. Comment faites-vous pour rejoindre les familles/mamans les plus vulnérables, celles qui ne viennent généralement pas à vos activités ?

Participation communautaire

1. Comment s'est déroulée la définition du besoin auquel tente de répondre vos activités ?
2. Comment se passe la définition des orientations de vos activités ? La direction des activités ? Pouvez-vous prendre des initiatives ? Représentez-vous l'ensemble des intérêts de la communauté ?
3. Comment la création de vos activités a été eu lieu ? Qui en est à l'origine ? Collaborez-vous avec d'autres organisations communautaires ?
4. D'où viennent les ressources pour effectuer ses activités ? Qui décide de leur utilisation ?
5. Comment la mise en œuvre et l'administration de vos activités est-elle effectuée ?
6. Comment se déroule l'évaluation de vos activités ? Qui décide des critères de succès ?

Collaboration MSPP

1. Quelles sont les formations sanitaires du MSPP proches de chez vous ?
2. Pourriez-vous m'expliquer comment vous collaborez avec les agents du MSPP de ces dispensaires ?
3. Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?

Pérennisation

Voir autre guide

Canevas d'entrevue pour les membres de l'équipe de développement communautaire

Sélection et mise en place des responsables de KFA

1. Pourriez-vous me décrire les activités réalisées par les responsables de KFA ?
2. Pourriez-vous m'expliquer quelles sont les personnes qui ont décidé la sélection des responsables de KFA ?
3. Sur quels critères se sont-elles basées ?
4. Comment le processus de sélection s'est-il déroulé ? Avez-vous rencontré des problèmes, des résistances de certains membres de la communauté ?
5. Globalement quelles sont les caractéristiques des responsables de KFA ? (genre, socioéco, littérés, etc.)
6. Comment s'est déroulé le processus de mise en place des KFA ? Décrivez les étapes, la démarche, etc.
7. Avez-vous fait face à certains problèmes dans l'ensemble de ce processus ? Quelles sont les grandes difficultés auxquelles vous avez dû faire face ? Expliquez.

Collaboration MSPP

1. Quelles sont les formations sanitaires du MSPP proches de chez vous ?
2. Pourriez-vous m'expliquer comment vous collaborez avec les agents du MSPP de ces dispensaires ?

Pérennisation des KFA

Voir autre guide

Empowerment communautaire

Voir autre guide

Participation communautaire

Voir autre guide avec exercice à partir des tableaux

Canevas d'entrevue pour la pérennisation

Lors des entrevues individuelles et de groupes, les responsables de KFA écoutent la présentation du relevé des activités de Poste de rassemblement et les responsables de club des mères/causeries des activités de changement de comportement.

Après la lecture de ces activités, l'évaluateur pose la question suivante :

- Selon vous, quels sont les événements/activités/actions importants liés à ces activités qui ont été favorables ou défavorables à la pérennité des actions, soit à leur réalisation par les responsables sans l'aide de Tdh ?

Si les acteurs ne décrivent pas spontanément les événements en détail, il est possible de faire recours aux neuf questions suivantes :

1. Avez-vous entrepris des actions pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités des PR/Club des mères/causeries ?
2. Avez-vous pris des risques organisationnels en faveur des activités des PR/Club des mères/causeries ?
3. Avez-vous déployé des incitations pour que les acteurs soient encouragés à effectuer les activités des PR/Club des mères/causeries ?
4. Avez-vous essayé d'adapter les activités des PR/Club des mères/causeries au contexte local en fonction de leur efficacité et des besoins des populations ?
5. Avez-vous mis en place les activités des PR/Club des mères/causeries en lien avec les objectifs du projet de Tdh ?
6. La communication entre les acteurs concernés (Tdh, KFA, etc) a-t-elle été de nature transparente ?
7. Quel est le niveau de partage d'une culture de l'artefact (mythes, symboles, métaphores, rituels, normes, valeurs) entre Tdh et les des PR/Club des mères/causeries?
8. Avez-vous cherché à intégrer les règles relatives aux activités de Tdh dans celles des PR/Club des mères/causeries ?
9. Avez-vous effectué des investissements dans des ressources (financières, humaines, matérielles, formation) adéquates pour réaliser les activités des PR/Club des mères/causeries ?
10. Quel est le type de compatibilité pratique ou technique des activités : pas de sens car création de structure ad-hoc

Adapté de Ridde, Pluye et al, 2005

Canevas d'entrevue pour les activités de changements de comportement

Les premières questions portent sur la préparation du projet

1. À quel problème s'attarde votre projet? Quel est le but du projet? Quel changement de comportement est visé (objectif général)?
2. Comment avez-vous identifié ce problème? (Pourquoi avez-vous choisi de vous intéresser à ce problème?)
3. À qui s'adresse votre projet (clientèle visée)? Pouvez-vous les décrire?
4. Avez-vous identifié les lieux, moyens et moments de les rejoindre?
5. Avez-vous identifié les déterminants du problème, les facteurs qui influencent le changement visé par votre intervention? Si oui, quels sont-ils et de quelle façon les avez-vous identifiés?
6. Avez-vous analysé l'environnement dans lequel doit évoluer le projet?
7. Qui sont les partenaires du projet? Quel est leur rôle respectif? De quelle façon sont-ils impliqués dans le déroulement du projet?
8. Avez-vous identifié et tenu compte des résistances possibles et des conditions facilitantes avant la mise en oeuvre de votre projet?

Nous allons maintenant parler de l'élaboration de l'intervention

9. Quels sont les objectifs spécifiques? Pourquoi les avez-vous retenus?
10. Parmi les déterminants du problème que vous avez identifiés, en avez-vous identifié des plus importants et sur quelle base?
11. Quel est le cadre d'intervention du projet et les stratégies retenues ? Pourquoi?
12. Le projet tient-il compte des contraintes organisationnelles des milieux?
13. Avez-vous prévu la formation et le soutien continu aux intervenants?
14. Décrivez-moi le contenu et la séquence des activités du projet?
15. L'échéancier est-il réaliste pour atteindre les objectifs?
16. Décrivez-moi le matériel que vous utilisez et la façon dont-il a été choisi ou développé?

Enfin nous discutons de la mise en oeuvre et l'évaluation du projet

17. Qui est impliqué dans la mise en oeuvre du projet? Ya-t-il un responsable de l'implantation?
18. Y a-t-il des personnes défavorables à la mise en oeuvre de ce projet?
19. Avez-vous prévu un plan pour l'évaluation de ce projet? Si oui, décrivez-le (indicateurs, outils)
20. Avez-vous procédé à l'évaluation du projet (processus, impact)?
21. Avez-vous prévu la diffusion des résultats de l'évaluation de votre projet? Si oui, de quelle façon?

Adapté de Godin et al, 2003

Canevas d'entrevue pour les activités de l'USN

En début d'entrevue, chacun décrit ses activités à l'USN et/ou dans l'équipe de prévention des Cayes.

Admission, accueil et sortie

1. Quels sont les critères d'admission et de sortie?
2. Sur quel document théorique vous appuyez-vous?
3. Y a-t-il un système de collecte de données?
4. Qui vous adresse les enfants?
5. Attribuez-vous une attention particulière à l'accueil des parents?
6. Une consultation médicale a-t-elle toujours lieu à l'admission, ou dans les 24 heures? Si non, quand en demandez-vous une ?
7. Transférez-vous à l'admission des enfants en pédiatrie et pourquoi?

Protocole thérapeutique

1. Comment traitez-vous la malnutrition?
2. Comment préparez-vous les laits, d'où viennent les composants, quelle en est leur accessibilité?
3. Qui prépare les laits?
4. Qui fait boire les laits aux enfants?
5. Comment comptabilisez-vous les apports caloriques journaliers, la fréquence des repas et les quantités absorbées?
6. Quand augmentez-vous les apports et passez-vous du lait 1 au lait 2?
7. Les mères continuent-elles d'allaiter le cas échéant et à quel moment?
8. Quand utilisez-vous les sondes nasogastriques et les perfusions?
9. Quels sont les suppléments alimentaires, qui les prépare, distribue, en sont les bénéficiaires?
10. Chaque enfant est-il vu minimum une fois par un médecin?
11. Que faites-vous en cas de pathologie associée?
12. Que faites-vous en cas d'urgence et quelles sont-elles?
13. Quelles sont les mesures supportives que vous avez utilisées le mois passé?
14. Quel est le système de prescription des médicaments, qui les prépare, qui les donne aux enfants?
15. Quand, pourquoi et qui prescrit des analyses et/ou des radiographies?

Protocole d'éveil psychoaffectif et psychomoteur

1. Pouvez-vous me décrire ce qu'est l'éveil psychoaffectif et psychomoteur?
2. Quel matériel, moyens sont à disposition?
3. Quel temps (horaires) est prévu pour cette activité?
4. Qui participe à ces activités?
5. Y a-t-il des activités de dessin?
6. Quelle attitude avez-vous pendant ces activités, (confiance-affection-langage)?
7. Prenez-vous du temps avec les parents: empathie, apprentissage de l'éveil?
8. L'enfant a-t-il des jouets personnels?
9. Récoltez-vous des données pour cette activité, comment évaluez-vous ses progrès?

Collaboration avec la pédiatrie

1. Dans quel domaine collaborez-vous avec la pédiatrie?
2. La qualité des contacts est-elle bonne?
3. Pensez-vous que la collaboration soit réciproque et suffisante?

Éducation-santé/ prévention à l'USN

1. Participez-vous à l'éducation-santé des parents et de quelle façon?
2. Quels sont les domaines de prévention à l'USN?
3. Quels sont les moyens de transmission des messages?
4. A quoi servent les dossiers sociaux?

Questions plus spécifiques pour les parents des enfants de l'USN

1. Le transport jusqu'à l'USN a-t-il posé des problèmes, de quel ordre?
2. Comment avez-vous été accueillis?
3. Allaites-vous, avez-vous reçu des conseils en allaitement?
4. Vous a-t-on expliqué votre rôle, aidez-vous aux nettoyages, à la préparation des repas, à l'éveil psychoaffectif et moteur?
5. Quand et quoi donnez-vous à manger à votre enfant?
6. Comment passez-vous votre temps avec votre enfant (jeux, langage,...)?
7. Quels messages de prévention vous a-t-on donnés?
8. Avez-vous parlé de vos conditions de vie?

Canevas d'entrevue pour les activités de prise en charge des enfants sortis de l'USN

1. Décrivez-moi l'organisation du suivi ambulatoire des enfants sortis de l'USN. Quelles sont les activités?
2. Quelle éducation à la santé continuez-vous à donner alors?
3. Quelles sont les différentes stratégies de suivi, les différents moyens de prévention?
4. Quel est le pourcentage des enfants qui sortent de l'USN avec un rendez-vous ambulatoire à l'USN (versus référés dans un autre centre)?
5. Quelle est la fréquence de ces rendez-vous et leur taux de suivi?
6. A votre avis, quelles sont les causes de l'abandon du suivi ambulatoire?
7. Pensez-vous que les mères comprennent l'importance du suivi et de la prévention?
8. Quel est le rôle des visites domiciliaires?
9. Quel est le rôle des postes de rassemblement?
10. Quelle est la fréquence des ruptures de stock des médicaments et matériel fournis par le MSPP (vaccins, vitamine A,...) et par Tdh?
11. Quels sont les autres programmes que vous suivez ambulatoirement?
12. Quelles données à visée statistiques récoltez-vous, comment?
13. Comment expliquez-vous les rechutes (facteurs extérieurs)?

Canevas d'entrevue pour évaluer la perception de la qualité à l'USN

Par le personnel

1. Que pensez-vous globalement de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN?
2. Pensez-vous que l'accès à l'USN pour les enfants malnutris soit bon? Quels sont les facteurs extérieurs limitant cet accès?
3. Les parents sont-ils bien accueillis, leur fait-on des reproches sur l'alimentation de leurs enfants?
4. Parlez-moi de la qualité de l'éveil psychoaffectif et moteur?
5. Que pensez-vous du protocole de nutrition et de son application?
6. Etes-vous satisfaites du travail de récolte de données?
7. Que pensez-vous de l'hygiène des locaux?
8. Quelle est la qualité de votre collaboration avec la pédiatrie?
9. Que pensez-vous de la façon dont les mères sont prises en charge?
10. Que pensez-vous de la qualité des messages de prévention?
11. La formation dont vous bénéficiez est-elle de bonne quantité et qualité, idem pour la supervision?
12. Que pensez-vous du travail du comité de pilotage et de son efficacité?
13. Que pensez-vous de l'approvisionnement par Tdh en médicaments, matériel, nutriments et logistique?

Par les parents

1. Etes-vous globalement satisfaites de la prise en charge à l'USN?
2. Est-ce que le personnel s'occupe bien de vous et de votre enfant?
3. Avez-vous dû attendre à votre arrivée?
4. Vous a-t-on fait des reproches?
5. Votre enfant va-t-il mieux, si non vous a-t-on expliqué pourquoi, avez-vous causé avec un médecin?
6. Etes-vous rassurées?
7. Vous a-t-on bien informées au sujet des occupations avec votre enfant?
8. Quels problèmes vous pose l'obligation de rester à l'USN?
9. Que pensez-vous des activités de prévention?
10. Pensez-vous continuer le suivi à la sortie de l'USN?
11. Pensez-vous changer quelques-unes de vos habitudes, quels sont les obstacles à ces changements?

Tableau 9 : Matrice de participation communautaire

Acteurs concernés => Agents communautaires de Tdh (agents Tdh); GC : Groupes Communautaires (KFA, causerie, club)

<i>Indicateurs de participation</i> Échelle	Aucune 0	Faible 1	Moyenne 2	Bonne 3	Très bonne 4
Évaluation des besoins	Les besoins de la communauté sont définis par Tdh ; utilisation de données épidémiologique uniquement.	Le point de vue de TDH domine la définition des besoins. Les intérêts communautaires sont pris en compte.	Les agents Tdh sont des représentants des opinions communautaires et évaluent les besoins.	Les GC sont des représentants des opinions communautaires et évaluent les besoins.	Les membres de la communauté sont impliqués dans l'évaluation de leur besoin (approche participative)
Représentation et leadership	Tdh assume le leadership, un représentant de la communauté est imposé.	Les GC ne fonctionnent pas mais les agents Tdh travaillent de manière indépendante.	Les GC fonctionnent sous le leadership des agents Tdh indépendants	Les GC sont actifs et prennent des initiatives	Les GC représentent parfaitement l'ensemble des intérêts de la communauté et contrôlent les activités des agents de Tdh
Organisation	Les GC sont imposés/incités par Tdh et sont inactifs	Les GC sont imposés/incités par Tdh mais déploient certaines activités	Les GC sont imposés/incités par Tdh mais deviennent très actifs	Les GC coopèrent avec d'autres organisations communautaires	Les organisations communautaires existantes ont été impliquées dans la création des GC
Mobilisation des ressources	Aucune ressource collectée ou provenant de la communauté. Les GC ne décident d'aucune allocation des ressources.	De petites sommes d'argent sont collectées par la communauté. Les GC n'ont pas de contrôle sur l'allocation des ressources collectées.	Les communautés contrôlent les ressources, les GC contrôlent les dépenses pour certaines activités sélectionnées	Les communautés contrôlent les ressources, les GC contrôlent et décident de l'allocation des ressources	La communauté évalue les besoins en ressources, collecte les ressources lorsque nécessaire et les allouent
Administration et mise en œuvre	Induit par Tdh. Les GC sont supervisés par Tdh.	Les agents Tdh mettent en œuvre les activités de manière indépendante avec de légères implications des GC	Les GC s'auto-administrent et ne contrôlent pas les activités des agents Tdh.	Les GC s'auto-administrent et sont impliqués dans la supervision des activités des agents Tdh.	Les agents de Tdh sont sous la responsabilité et supervisés activement par les GC.
Évaluation du projet	Évaluation effectuée par les responsables Tdh. Les critères de succès sont précisés par les responsables Tdh.	Évaluation effectuée par les responsables Tdh. Les critères de succès sont précisés par Tdh avec quelques apports des agents Tdh.	Évaluation effectuée par les responsables Tdh. Les critères de succès sont précisés par Tdh en collaboration avec les agents Tdh et quelques apports des GC.	Évaluation effectuée par les responsables Tdh et les agents Tdh. Les critères de succès sont précisés par les GC avec l'aide du personnel de Tdh.	Évaluation effectuée par les GC. Les critères de succès sont précisés par les GC avec l'aide du personnel de Tdh.

Adapté de Ndure et al. 1999, Rifkin et al. 1988

Tableau 10 : Résumé du plan d'évaluationÉvaluation de l'efficacité du projet

Questions d'évaluation	Indicateurs/données	Outils	Sources
1. Quel est le degré d'empowerment communautaire ?	Participation, compétences, communication, capital communautaire	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe communautaire, groupe communautaire, responsable KFA
2. Quelle est l'évolution du taux de rechute des enfants étant passé par l'USN ?	Taux de rechute, taux d'abandon du suivi	Documentation, cahiers, protocoles, entrevues	USN (unité de prévention)

Évaluation des processus

Questions d'évaluation	Indicateurs/données	Outils	Sources
3. Quel est le degré de suivi de croissance et de développement des enfants de moins de 3 ans par les KFA ?	Nombre d'enfants de moins de 3 ans/Population P/T, Fréquence du suivi, vente SRO et GIFF (quant et \$)	Cahier de suivi, rapports mensuels	Responsables de KFA, responsable équipe communautaire
4. Quel a été le degré de participation des communautés dans le projet ?	Évaluation des besoins, leadership, organisation, mobilisation des ressources, mise en œuvre, évaluation	Échelle de Rifkin	Équipe communautaire, groupe communautaire, responsable KFA, délégué
5. Comment s'est déroulé le processus de sélection et mise en place des KFA ?	Décideurs, critères de sélection, processus de sélection, caractéristiques des sélectionnés, stratégie de mise en place	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe communautaire, responsable KFA, délégué
6. Comment les activités visant les changements de comportements (par les groupes) ont-elles été mises en œuvre ?	Préparation, élaboration, théorie/pratique, adaptation, mise en œuvre, évaluation	Entrevues individuelles	Responsable équipe communautaire, responsable équipe de prévention, délégué
7. Quel est le niveau de collaboration entre les formations sanitaires du MSPP, les matrones et les KFA ?	Référence de patients, formation publique, partage de ressources matérielles, supervision par le MSPP, connaissance réciproque	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe communautaire, responsable KFA, délégué, MSPP
8. Quel est le niveau de qualité de la prise en charge des enfants à l'USN ?	Critères admissions (<3et), accueil, éveil psycho-affectif, protocoles thérapeutiques, standards OMS, collaboration avec la pédiatrie, prise en charge des accompagnants, éducation à la santé, prescription médicale	Cahiers, protocoles, entrevues individuelles, entrevues de groupes, observation	USN, infirmières, auxiliaires, assistance sociale, pédiatre, directrice hôpital
9. Quel est le niveau de qualité du suivi des enfants sortis de l'USN ?	Messages transmis, % de visites effectuées, stratégies de suivi à domicile, empathie	Entrevues de groupes Entrevues individuelles, observation, cahiers	Équipe de prévention, parents

10. Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les parents ?	Attente, l'accueil, soins aux enfants, récupération de l'enfant, prise en charge psyco-affective, participation des parents, accès financier et géographique	Entrevues de groupes Entrevues individuelles Voir traduction	Parents
11. Quelle est la perception de la qualité de la prise en charge des enfants à l'USN par les professionnels ?	Critères admissions (<3et), accueil, éveil psyco-affectif, protocoles thérapeutiques, standards OMS, collaboration avec la pédiatrie, prise en charge des accompagnants, éducation à la santé, approvisionnement, supervision Tdh, formation, accès financier et géographique	Entrevues de groupes Entrevues individuelles Observation	infirmières, auxiliaires, assistance sociale, personnel de soutien, pédiatre, directrice hôpital, MSPP

Évaluation de la pertinence

Questions d'évaluation	Indicateurs/données	Outils	Sources
12. Est-ce que les stratégies de Tdh Haïti s'inscrivent dans la stratégie sectorielle de Tdh en matière de SMI/Nutrition ?	Stratégies en Haïti Stratégies SMI/nutrition	Documentation	Tdh
13. Est-il pertinent d'avoir des stratégies d'action d'axe différentes entre les trois zones d'intervention (Cayes, Camp Perrin/Torbek, reste du département) ?	Stratégies d'action par zones	Documentation, entrevues individuelles	Tdh, responsables sectoriels Tdh, délégué

Évaluation de la pérennité/pérennisation

Questions d'évaluation	Indicateurs/données	Outils	Sources
14. Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les KFA ?	Événements routinisation et implantation	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe Tdh communautaire, responsables KFA, délégué
15. Quel a été le processus de pérennisation des interventions avec les groupements communautaires liés aux activités de changement de comportement ?	Événements routinisation et implantation	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe Tdh communautaire, regroupements communautaires, délégué
16. Quel a été le processus de pérennisation des interventions de l'équipe de prévention ?	Événements routinisation et implantation	Entrevues de groupes Entrevues individuelles	Équipe de prévention, délégué

Termes de Référence

2005 – Evaluation Externe – Haïti
« Projet de lutte contre la malnutrition infantile dans le département du sud »
Fondation Terre des hommes - Lausanne (Tdh)
Phase 2003-2005

1. INTRODUCTION

Le projet en question est cofinancé par les bailleurs suivants : DDC (Service développement et coopération - Suisse), l'ACDI (Canada – CGF/FSE), Chaîne du Bonheur (Suisse), Terre des Hommes-Espagne et fonds propres de Tdh.

Il est à relever, qu'à la demande de ECHO (qui a également cofinancé le projet durant 6 mois en 2004) une partie de l'intervention de Tdh en Haïti a déjà fait l'objet d'une évaluation externe. Cette dernière a été réalisée en janvier 2005, elle s'est spécifiquement concentrée sur un des deux volets du projet, à savoir la reprise du traitement de la malnutrition sévère par le Ministère de la Santé (MSPP).

L'évaluation externe présentée dans ce document couvre quant à elle l'ensemble du projet mentionné, elle est mandatée par Tdh sans obligation particulière face aux bailleurs, elle s'inscrit cependant dans le cadre de la GCP (Gestion par Cycle de Projet) de Tdh et se réalise à la fin d'une phase de 3 ans (2003-2005).

1.1 Rappel de l'objectif du projet

Volet 1 : Reprise du traitement de malnutrition sévère par le MSPP

« Fin 2005, l'Hôpital Immaculée Conception des Cayes (HIC) est doté d'une unité de référence pour le traitement thérapeutique des cas de malnutrition aigüe sévère du département du sud. Les performances de cette unité se rapprochent des standards internationaux minimum de récupération⁸. Le traitement inclut une prise en charge psychoaffective⁹ de l'enfant, qui favorise sa récupération ».

Volet 2 : Santé communautaire

« Les communautés choisies sont capables d'entreprendre des actions qui ont un impact positif sur l'état nutritionnel global des enfants de moins de 3 ans.

Les familles ont des comportements positifs¹⁰ influençant tous les stades du développement de l'enfant (pré natal, naissance, post natal, allaitement, sevrage) ».

2. EVALUATION EXTERNE

Cette évaluation externe est réalisée par un binôme de consultants indépendants : Monsieur Valéry Ridde et Madame Sylvie Bailat. Il s'agit pour Tdh du second mandat pour M. Ridde et du premier pour la Dresse. Bailat.

Les profils et expériences des deux consultants sont complémentaires. Ils se partageront des éléments spécifiques de l'évaluation mais présenteront un unique rapport d'évaluation.

2.1 Dates de l'évaluation

- Sur place en Haïti du 04 au 17 juin 2005.

2.2 Objectifs de l'évaluation

- Tirer les enseignements des points forts et points faibles (lessons learned) du projet.
- L'évaluation porte sur les résultats du projet par rapport à ce qui avait été planifié à l'origine (pertinence et impact) et l'organisation (stratégies d'interventions et structures opérationnelles) mise en place par Tdh pour atteindre ses résultats (efficacité, efficience).
- L'évaluation analyse également la pérennité/pérennisation du projet (spécifiquement pour le volet 2 compte tenu que celle du volet 1 à déjà fait l'objet d'analyse lors de l'évaluation demandée par ECHO).
- L'évaluation émet des recommandations (concrètes et réalistes) sur les options futures d'intervention en vue de la Planification Stratégique de la nouvelle phase (2006-2008) qui sera réalisée sous forme d'atelier en octobre 2005.

⁸ Standards OMS : Mortalité < 15% / Taux de récupération > 50% / Gain de poids 10-15 g/kg/j

Durée moyenne de séjour < 30 jours / Taux d'abandon < 10%.

⁹ Eveil psychoaffectif et psychomoteur, conscience de soi, jeux, chants, etc.

¹⁰ Bonne pratique de l'allaitement maternel, du sevrage, de la prévention et du traitement précoce des maladies de l'enfant, d'affection, etc.

2.3 Termes de Référence (ToR)

- a) Analyse générale sur le niveau d'atteinte des résultats et sur l'effet (impact) de l'intervention. Il s'agit également d'analyser les « effets pervers » (Do No Harm) de l'intervention de Tdh.
- b) Pertinence des 2 volets d'intervention choisis (volet 1 « *Traitement de la malnutrition sévère : axe 4* » et volet 2 « *La prévention communautaire de la malnutrition : axes, 1, 2 et 3* ») compte tenu des principaux besoins des populations et des particularités d'intervention de Tdh en Haïti.
- c) Pertinence des zones d'intervention choisies (principalement pour le volet 2).
- d) Pertinence de la stratégie d'intervention choisie sur le volet 2 et sur le volet 1 (pour ce qui est des activités de dépistage, postes de rassemblement et autres...).
- e) Analyse de la méthodologie (forme et contenu) utilisée par le projet au sein des communautés pour atteindre l'objectif du projet (volet 2).
- f) Analyse du niveau de respect des protocoles thérapeutiques et procédures mise en place pour la prise en charge et le traitement des cas de malnutrition aiguë sévère (principalement pour le volet 1).
- g) A l'USN : Niveau de respect des protocoles en ce qui concerne : l'admission (*versus non admission ou exclusion*), l'accueil et la prise en charge des enfants (y compris le travail sur l'éveil psychoaffectif et psychomoteur) et le suivi des enfants une fois sortis de l'USN.
- h) Analyse de la qualité (technique et humaine) du service offert aux bénéficiaires par les professionnels de l'USN.
- i) Analyse de la perception que les bénéficiaires (parents) ont des services offerts par l'USN (y compris la qualité humaine du service en lien avec les points g et h).
- j) Analyse de la perception que les professionnels ont sur les services qu'ils offrent depuis l'USN aux bénéficiaires (y compris leur propre perception de la qualité humaine du service en lien avec les points g et h).
- k) L'intervention choisie s'inscrit-elle dans la stratégie sectorielle de Terre des hommes en matière de SMI/Nutrition (voir document de référence mentionné ci-dessous).
- l) Analyse de la notoriété (positionnement) de Tdh par rapport aux autres acteurs (ONG internationales d'aide humanitaire) présents dans le département et/ou en Haïti dans le même domaine d'intervention : Santé materno-infantile et nutrition.

2.4 Documents de référence

- Planification stratégique du projet (2003-2005)
- Rapports semestriels et annuels (2002, 2003, 2004, 2005)
- SITREP mensuels du délégué
- Evaluations externes antérieures
- Rapports de visite (2001) de Rebecca Norton (personne ressource nutrition à Tdh)
- Manuel de Gestion par Cycle de projet de Tdh
- Stratégie sectorielle de Terre des hommes en matière de SMI/Nutrition (et ses annexes)
- Plan stratégique de la Fondation 2005-2009 (version provisoire)

NB : L'ensemble de ces documents est disponible sur place.

2.5 Proposition de personnes et institutions à rencontrer sur place

- Bénéficiaires du projet (parents)
- FSE / Monsieur Hugues Joseph
- Direction de HIC
- Responsables de la Pédiatrie à HIC
- MSPP (local, national)
- Leaders communautaires des zones d'intervention

3. RAPPORT D'ÉVALUATION

Un rapport provisoire d'évaluation sera remis à Tdh au plus tard le 15 juillet 2005. Ce dernier sera lu et commenté par Tdh et retourné aux évaluateurs au plus tard le 15 août. Les évaluateurs auront alors jusqu'au 30 août 2005 pour présenter la version définitive du rapport.

Le rapport (y compris dans sa version provisoire) doit tenir compte des éléments minimums suivants :

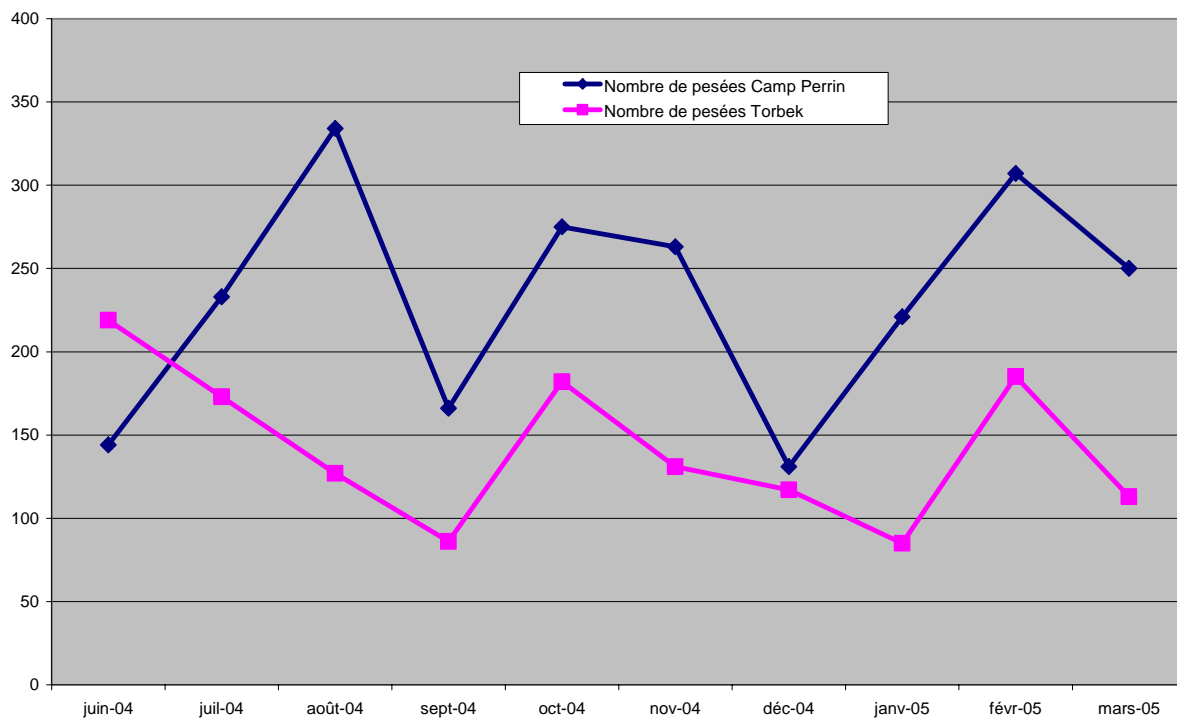
- Utilisation de la langue française.
- Longueur maximale de 20 pages.
- Une table des matières.
- Un résumé succinct du projet (demi-page) et une liste des abréviations utilisées (afin que le rapport soit accessible aux lecteurs non familiarisés par le projet et par la thématique SMI/Nutrition).

- Un résumé exécutif (2 pages) sur le contenu du rapport d'évaluation.
- Un paragraphe spécifique qui présente l'avis des évaluateurs sur le degré¹¹ d'atteinte de l'objectif.
- Annexes minimums : Termes de référence, liste des personnes interviewées, liste de références bibliographiques (y compris celles mentionnées au point 2.4 de ce document) et/ou sites web consultés.
- Toutes les informations confidentielles doivent être présentées dans une annexe séparée.

*Lausanne, le 18 mai 2005
John Orlando*

¹¹ Tdh est conscient que la mesure du degré d'atteinte de l'objectif comporte une dimension subjective et même aléatoire, cependant il nous intéresse (et est très utile à l'interne) de demander aux évaluateurs de donner leur avis sur ce point. Nous demandons donc aux évaluateurs de donner leur avis en fonction du barème suivant : Niveau 1 : totalement atteint (100%), N2 : hautement atteint (80%), N3 : moyennement atteint (60%), N4 : peu atteint (40%), N5 : très peu atteint (20%), N6 : nullement atteint (0%).

Figure 3 : Évolution du nombre de pesées dans les communes de Camp Perrin et Torbek



Source : Tdh

Figure 4 : Évolution du pourcentage d'enfants avec un rapport poids/âge faible ou très faible dans les communes de Camp Perrin et Torbek

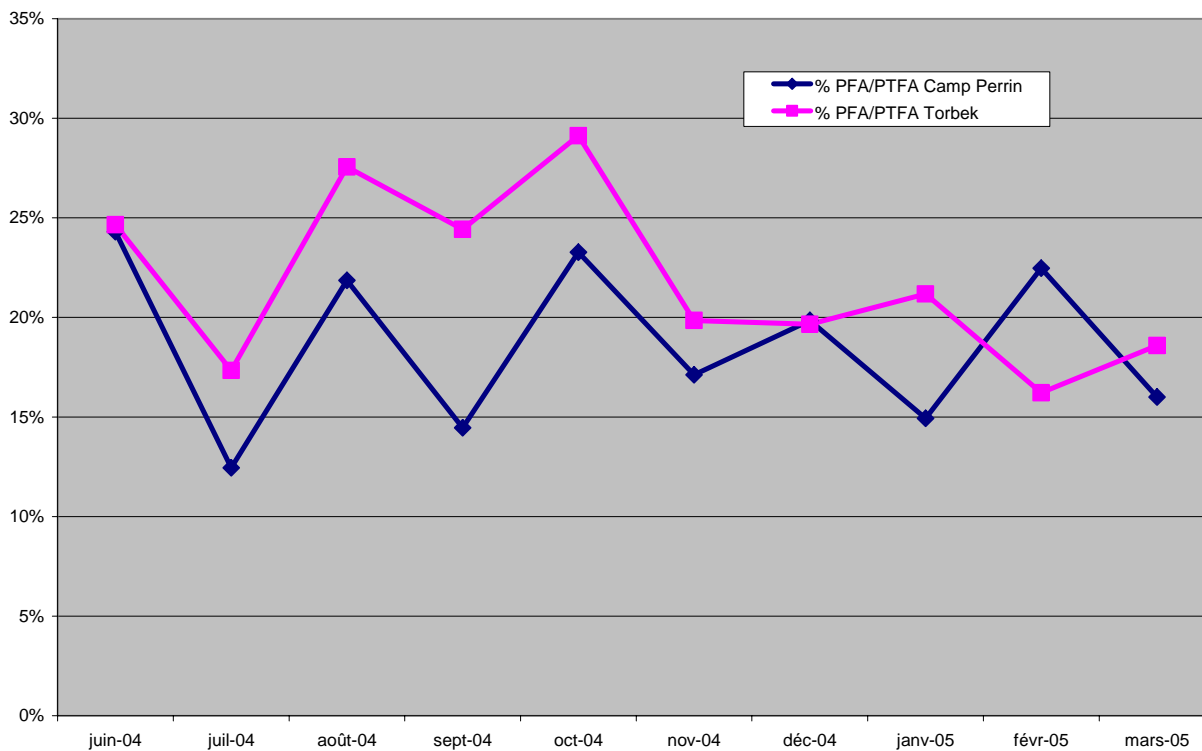


Tableau 11 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des KFA

	Événements favorables	Événements défavorables
Événements spécifiques à la pérennisation		
Stabilisation des ressources organisationnelles	Principe du bénévolat, choix de leader, recouvrement des coûts avec la vente des SRO et des JIF, choix de personnes stables dans la communauté, dotation du matériel pour fonctionner.	Faible participation/capacité financière des bénéficiaires ; inflation monétaire ; désintérêt éventuel de certains leaders communautaires ; absence de primes d'encouragement.
Prise de risques organisationnels	Présentation de l'objectif de désengagement dès le départ, nomination de plus d'un responsable de KFA, partenariat avec le MSPP (liste des KFA).	Présence d'autres ONG agissant selon une autre approche (i.e. primes de motivation, autre tâche plus valorisantes comme la vaccination).
Événements conjoints à la pérennisation et l'implantation		
Incitation ou bénéfices pour les acteurs	Valorisation sociale du rôle de KFA, processus d'encouragement moral de Tdh	
Adaptation des activités	Choix de volontaires habitués à rendre des services à la communauté, sélection des responsables par les communautés, adaptation des horaires aux disponibilités des membres de la communauté, service apprécié par les familles.	
Liens avec les objectifs des KFA	<i>Création ad hoc de ces entités</i>	
Communication transparente entre les acteurs	Information préalable du retrait de Tdh et des tâches des responsables de KFA.	
Partage d'une culture de l'artefact entre Tdh et les KFA		
Intégration des règles relatives aux activités dans celles des KFA	Signature d'un contrat, planification des horaires des activités.	
Événements spécifiques à l'implantation		
Investissement dans des ressources	Dotation de matériel et équipement de démarrage ; formations diverses, supervisions régulières.	
Compatibilité pratique/technique des activités avec celles des KFA	<i>Création ad hoc de ces entités</i>	

Sources : entretiens

Tableau 12 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des Club des mères

	Événements favorables	Événements défavorables
Événements spécifiques à la pérennisation		
Stabilisation des ressources organisationnelles	Principe du bénévolat, sélection des mères des communautés, pas de besoin en matériel, tentatives de cotisations	
Prise de risques organisationnels	Création d'un comité de direction et formations (leadership, organisation communautaire, etc.), s'appuyer sur un animateur local, rédaction préliminaire de fiches sur des thèmes d'éducation à la santé	Aucun lien avec le MSPP
Événements conjoints à la pérennisation et l'implantation		
Incitation ou bénéfices pour les acteurs	Reconnaissance sociale, acquisition de nouvelles connaissances	
Adaptation des activités		Pas de matériel adapté et d'étude des déterminants des changements de comportement
Liens avec les objectifs des Clubs	<i>Création ad hoc de ces entités</i>	
Communication transparente entre les acteurs	Information préalable du retrait de Tdh et de l'importance de créer une organisation	
Partage d'une culture de l'artefact entre Tdh et les Clubs		
Intégration des règles relatives aux activités dans celles des Clubs	Réflexion sur la mise en place de comités de direction avec une reconnaissance officielle	
Événements spécifiques à l'implantation		
Investissement dans des ressources	Suivi et supervision de la part des animateurs polyvalents, formation des animateurs locaux	
Compatibilité pratique/technique des activités avec celles des Clubs	<i>Création ad hoc de ces entités</i>	

Sources : entretiens

Tableau 13 : Événements favorables et défavorables à la pérennisation des activités de prévention aux Cayes

	Événements favorables	Événements défavorables
Événements spécifiques à la pérennisation		
Stabilisation des ressources organisationnelles	Quelques dotations fournies par le MSPP (condoms, Vit. A., etc.)	Personnel uniquement payé par Tdh
Prise de risques organisationnels		
Événements conjoints à la pérennisation et l'implantation		
Incitation ou bénéfices pour les acteurs	Valorisation communautaire et création d'un sentiment de confiance	
Adaptation des activités		
Liens avec les objectifs de l'équipe de prévention Communication transparente entre les acteurs	<i>Création ad hoc de l'équipe</i>	
	MSPP annonce clairement qu'il n'a pas les moyens et demande l'intervention des partenaires	
Partage d'une culture de l'artefact entre Tdh et l'équipe de prévention	Équipe intégrée dans l'organisation de Tdh	
Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'équipe de prévention		
Événements spécifiques à l'implantation		
Investissement dans des ressources	Équipe salariée par Tdh ; stratégie de porte à porte ; éducation des mères	
Compatibilité pratique/technique des activités avec celles de l'équipe de prévention	<i>Création ad hoc de l'équipe</i>	

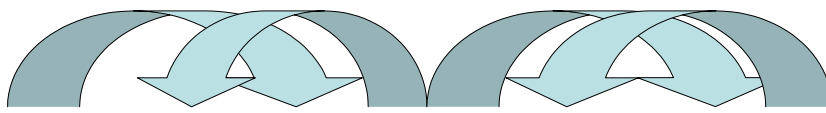
Sources : entretiens

Tableau 14 : Liste des formations effectuées pour et par l'équipe de développement communautaire en 2004 et 2005

PAR L'ÉQUIPE COMMUNAUTAIRE			POUR L'ÉQUIPE COMMUNAUTAIRE	
Thèmes	Date	Public	Thème	Date
KFA	Mai 2004	Responsables de KFA	Allaitement maternel	Juillet 2004
Gestion de caisse et de stock	Déc. 2004	Responsables de KFA, responsable des Clubs de mères	IST	Oct. 2004
Leadership communautaire	Déc. 2004	Responsables de KFA, responsable des Clubs de mères	Leadership communautaire	Nov. 2004
Développement communautaire	Déc. 2004	Responsables de KFA, responsable des Clubs de mères	Développement communautaire	Nov. 2004
Malnutrition	Mars/Avril 2005	Animateurs locaux	Gestion de caisse et de stock	Nov. 2004
Animation	Mars/Avril 2005	Animateurs locaux	Approche communautaire	Janv. 2005
Outils de gestion des organisations	Mai 2005	Animateurs locaux, responsable des Clubs de mères	Malnutrition	Janv. 2005

Sources : entrevues

Figure 5 : Résumé du degré d'empowerment pour les individus, les groupes communautaires et les communautés



<i>Individus</i>	<i>Groupes communautaires</i>	<i>Communautés</i>
Participation	Participation	Participation
Compétences	Compétences	Compétences
Estime de soi	Reconnaissance	Communication
Conscience critique	Conscience critique	Capital communautaire

■ Mauvais ■ Moyen ■ Bon

Sources : entrevues

Tableau 15 : Évaluation du degré de participation communautaire effectuée par les membres de l'équipe de développement communautaire de Tdh.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Moyenne	Écart-type
Évaluation des besoins	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3,9	0,3
Représentation et leadership	4	3	3	2	3	3	3	3	4	3,1	0,6
Organisation	3	2	3	1	2	2	1	3	2	2,1	0,8
Mobilisation des ressources	3	3	4	2	3	4	4	3	3	3,2	0,7
Administration et mise en œuvre	4	3	4	1	3	3	3	3	3	3,0	0,9
Évaluation du projet	2	2		2	3	4	4	3	3	2,9	0,8
Moyenne	3,3	2,8	3,6	2,0	3,0	3,3	3,2	3,0	3,2	3,0	0,5
Écart-type	0,8	0,8	0,5	1,1	0,6	0,8	1,2	0,0	0,8	0,6	

Sources : questionnaire

Tableau 16 : Comparaison du personnel soignant total de l'USN en 2002 et 2005 sans tenir compte des éducatrices.

	<i>2002</i>	<i>2005</i>	<i>Réduction de personnel</i>
Nombre d'infirmières	6	5	-17.00%
Nombre d'auxiliaires	12	4	-67.00%
Nombre d'aides soignantes	7	1	-86.00%
Nombre de médecins	1	1*	stable*
Total	26	11	-58.00%

*responsable de la pédiatrie en plus, secondée par un médecin cubain et un tournus d'internes occasionnel

Source : auteurs et rapport d'évaluation antérieure

Tableau 17 : Observation dans le temps de quelques indicateurs de suivi du protocole de nutrition à l'USN.

	<i>Année 2001</i>	<i>Mois de février 2003</i>	<i>Mois d'octobre 2004</i>	<i>Mois de mai-juin 2004</i>	<i>Mois de juin 2005</i>
Antibiotique à large spectre de routine	Systématique	Systématique	Systématique	Non systématique	Non systématique
Décompte calorique journalier	Toujours calculé et présent dans les dossiers	Parfois calculé	Parfois calculé	Jamais calculé	Jamais calculé
Fiche d'évaluation et de suivi psychoaffectif et moteur	Absente des dossiers	Parfois présente, jamais remplie	Parfois présente, jamais remplie	Absente des dossiers	Absente des dossiers
Relevé des quantités de lait en phase initiale	Quantités de lait 1 relevées aux 2 heures dans les fiches d'alimentation	Quantités de lait 1 relevées aux 2 heures	Partiellement relevées	Fiches d'alimentation présentes, jamais remplies	Fiches d'alimentation présentes, jamais remplies
Relevé des quantités de lait en phase de réhabilitation	Quantités de lait 2 relevées aux 3 heures	Partiellement relevées	Partiellement relevées	Fiches d'alimentation absentes des dossiers	Fiches d'alimentation absentes du dossier

Remarque: départ le 30 juin 2003 du directeur médical le Dr Beauséjour.

Source : auteurs et dossiers USN

Tableau 18 : Données concernant les enfants malnutris pris en charge ambulatoirement début 2003 et 2004.

	<i>Janvier-mars 2003</i>	<i>Janvier-mars 2004</i>	<i>Avril-juin 2004</i>	<i>Juillet-sept. 2004</i>	<i>Octobre-déc. 2004</i>
% de changement de comportement	64	100	90	88	76
% des enfants référés pris en charge	96	95	100	88	100
Nouvelles admissions	48	39	58	71	64
Taux de récupération %	83	80	76	73	76
Effectif permanent	156	-	157	243	257
Nombre de consultations total	-	373	586	677	857
Nombre de consultations par enfant/mois	-	-	1.2	0.9	1.1

Source : dossiers USN

Figure 6: Recommandations OMS concernant la stratégie des matrones, source (29)

The role of traditional birth attendants (TBAs)

Who is a TBA? : Strictly, the term TBA refers only to traditional, independent (of the health system), non formally trained and community-based providers of care during pregnancy, childbirth and the postnatal period.

Can TBAs provide the necessary care for women and newborns? : Because TBAs already exist in many developing country communities, it has been suggested that they could perform the role of the skilled attendant, where required with some training. Research indicates that training of TBAs has not contributed to reduction of maternal mortality. However, it is recognized that for some women TBAs are the only source of care available during pregnancy. And as experience from some countries such as Malaysia⁶ has shown, TBAs can become an important element in a country's safe motherhood strategy and can serve as key partners for increasing the number of births at which a skilled attendant is present.

Incorporating TBAs into a strategy to provide skilled attendants : It is now generally accepted that one of the main reasons why many TBA-based maternity care programmes of the past did not work, or were unsustainable, was that the programmes failed to link TBAs to a functioning health care system. Hence, in many instances, the TBAs did not work within an "enabling environment"—one in which health care providers at primary, secondary and tertiary levels of the health system function as a team, and in which drugs and equipment are available and effective supervision and systems of referral are in place.

To be effective, all health care workers, regardless of the skills they possess, need a supportive enabling environment. Where the decision is made—for cultural or other reasons—to incorporate TBAs into a skilled attendant strategy, the above reasons for past failures must be considered. Experts believe that the best role for the TBA in the skilled attendant strategy is to serve as an advocate for skilled care, encouraging women to seek care from skilled attendants. TBAs will be able to perform this role effectively only when there are good working relations between TBAs, skilled attendants, and staff in referral facilities. The TBA must be welcomed by the health care system and seen as an extension of it.

Important note: Lessons learnt to date show that investing in strategies based solely on TBAs has historically caused governments to delay the development and implementation of strategies for ensuring that skilled attendants are available to all women and newborns. To avoid falling into this trap, the decision to incorporate TBAs into the strategy for the provision of skilled care should be an interim step of a longer-term plan for training and providing sufficient skilled attendants.

In practical terms TBAs, can help in the provision of skilled care to women and newborns by:

- serving as advocates for skilled attendants and maternal and newborn health needs
- encouraging women to enrol for essential pre- and postnatal care and to obtain care from a skilled attendant during childbirth
- helping women and families to follow up on self-care advice and other recommendations (nutrition, treatment, dietary supplementation, immunization, scheduled appointments, plan for births and emergencies, etc.)
- encouraging the involvement of the male partner in the care of the woman and their newborn
- disseminating health information through the community and families (danger signs, where and how to seek care, healthy life styles, where to seek assistance for other reproductive health needs such as family planning, neonatal immunization, etc.) where this role is not the mandate of the skilled attendant
- giving social support during and after delivery, either as a birth companion — for example, acting as a doula (a South African term for a specially trained woman providing social support to women in labour) — or by supporting the household while the woman is away for childbirth
- informing the skilled attendant about women who have become pregnant in the community so that the skilled attendant can make direct contact with them
- serving as a link between families, communities and local authorities and the reproductive health services
- encouraging community involvement in the development/maintenance of the continuum of care.

In many countries TBAs represent a resource that can be developed with appropriate support, education and training, but cannot replace the need for all women to have care from a skilled attendant. The younger and the most able TBAs, with educational backing and access to appropriate adult education programmes, may be able to enter a midwifery programme. Alternatively, they may become auxiliary midwives or support workers for skilled attendants.

Tableau 19 : Outil permettant de suivre le processus de pérennisation et de porter un jugement sur le degré de pérennité

	Semestre 2 - 2005	Janvier 2006
	Actions entreprises ou événements survenus	Degré de pérennité
Événements spécifiques à la pérennisation		<i>Mémoire</i>
Stabilisation des ressources organisationnelles		
Prise de risques organisationnels		
Événements conjoints à la pérennisation et la mise en œuvre		<i>Adaptation</i>
Incitation ou bénéfices pour les acteurs		
Adaptation des activités		
Liens avec les objectifs de l'Hôpital		<i>Codes</i>
Communication transparente entre les acteurs		
Partage d'une culture de l'artefact entre l'ONG et l'Hôpital		
Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'Hôpital		<i>Règles</i>
Événements spécifiques à la mise en œuvre		
Investissement dans des ressources		
Compatibilité pratique/technique des activités avec celles de l'Hôpital		

Consignes :

- **Pérennisation :** Tout au long des mois de chaque semestre, notez de manière systématique l'ensemble des actions que vous entreprenez ou les événements qui surviennent dans le cadre de votre projet. Vous devez les classer en fonction des trois sous-groupes du tableau, selon qu'ils soient spécifiques à la pérennisation ou à la mise en œuvre.
- **Pérennité :** À la fin du semestre, organisez une rencontre avec toutes les personnes concernées et tentez de faire le point sur chacun des quatre éléments de la pérennité. Aidez-vous des 15 questions permettant de rendre opérationnelles ces quatre dimensions (voir rapport de janvier 2005).
- Répétez ces opérations chaque semestre du projet et soyez attentif à l'évolution de ces indicateurs.

Note : Il s'agit d'un document-test qui a pour but d'aider Tdh Haïti dans ses activités. Il serait intéressant, d'une part, de noter au fur et à mesure les difficultés rencontrées pour employer un tel outil, et d'autre part, de l'utiliser dans d'autres projets de Tdh, pour nous permettre de progresser et d'envisager la diffusion d'un outil utile aux ONG.

Références :

1. République d'Haïti. Cadre de Coopération Intérimaire – Haïti. Rapport de Synthèse. Port-au-Prince, 2004.
2. MSPP, PAHO. Salle de situation de santé. Haïti 2002, 2002.
3. 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.
4. 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.
5. MSPP. Politique nationale de nutrition. Port-au-Prince: Ministère de la santé publique et de la population, 2001.
6. Ridde V. Rapport d'évaluation. Projet d'appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le département du Sud. Version Finale. Québec: Fondation Terre des hommes, 2005.
7. Fondation Terre des hommes. Manuel de cycle de projet. Lausanne: Tdh : Reto Zehnder, Riccardo Rodari, Philippe de Leener, Catherine Wick, Patrick Durisch, 2001.
8. Zehnder R, Jeneus F. Récupération de la malnutrition protéino-énergétique sévère. Les Cayes (Haïti). Evaluation externe. Rapport d'évaluation du 12 au 17 août 2002. Mauraz: Tdh, 2002.
9. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. *Evaluation* 2003; 9:453-469.
10. 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.
11. Bamberger M, Rugh J, Church M, Fort L. Shoestring evaluation: Designing impact evaluations under budget, time and data constraints. *American Journal of Evaluation* 2004; 25:5-37.
12. Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. 3rd ed. Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications, 1997.
13. 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.
14. 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.
15. Péladeau N, Mercier C. Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et Sociétés* 1993; XXV:111-124.
16. Krueger RA. Focus group, a practical guide for applied research: Sage Publications, 1994.
17. Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrrière A, Mayer R, Pires A. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Editeur, 1997:405.
18. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning* 2004; 27:121-133.
19. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning* 2005; 28:123-137.
20. Ninacs WA. Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. PhD Thesis, Ecole de service social. Québec: Université Laval, 2001:313.
21. Ridde V, Baillargeon J, Ouellet P, Roy S. L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social* 2003; vol 50:263-279.
22. Rifkin SB, Muller R, Bichmann W. Primary health care. On measuring participation. *Social Science and Medicine* 1988; 26:931-940.
23. Ndure KS, Sy MN, Nturu M, Diène SM. Best practices and lessons learned for sustainable community nutrition programming. Dakar: ORANA, SANA, USAID, 1999.
24. Godin G. Le changement des comportements de santé. In: Fisher GF, ed. Traité de psychologie de la santé. Paris: Les Éditions Dunod, 2002:375-388.
25. Godin G, Alary M, Levy J, Otis J. Bilan analytique des initiatives de prévention primaire des ITS et du VIH. Québec: Université Laval, Hôpital Saint-Sacrement-CHA, Université du Québec à Montréal, 2003.
26. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs. Mountain View, CA: Mayfield., 2001.
27. Fondation Terre des hommes, Fenichiu O. Guide pratique pour la surveillance nutritionnelle. A l'intention du personnel de santé. Les Cayes: Tdh, 1999.
28. Fondation Terre des hommes. Santé Materno-Infantile et Nutrition. Stratégie Sectorielle de Terre des hommes. Lausanne: Tdh : Rebecca Norton, Carlos Royo, Amimbola Lagunju, 2005.
29. WHO, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004.
30. OMS. : Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization, 1998.
31. Puoane T, Sanders D, Ashworth A, Chopra M, Strasser S and McCoy D. Improving the hospital management of malnourished children by participatory research. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; volume 16, Number 1: 31-40.