



Évaluation du 5^{ème} programme de l'UNFPA en assistance au gouvernement de la République d'Haïti (2013-2016)

Rapport final

Version finale

Équipe :

Max HENNION, Chef de mission, spécialiste suivi-évaluation et population & développement

Dr. Guy Marcel CRANN, spécialiste santé maternelle et néonatale, planification familiale

Eunide LOUIS, spécialiste égalité des sexes et droits de la procréation

1^{er} mai 2016

Table des matières

Abréviations et acronymes	v
Haïti : Chiffres-clés	vii
Carte de Haïti	x
Résumé exécutif	xi
1 Introduction	1
1.1 <i>Objectif de l'évaluation</i>	1
1.2 <i>Couverture de l'évaluation</i>	1
1.3 <i>Méthodologie et approche évaluative</i>	1
2 Contexte	5
2.1 <i>Contexte national</i>	5
2.2 <i>Situation humanitaire</i>	9
2.3 <i>Rôle de l'assistance internationale</i>	10
3 Programme 2013-2016 de l'UNFPA à Haïti	10
3.1 <i>Logique d'intervention du programme</i>	10
3.2 <i>Structure financière du programme</i>	12
3.3 <i>Réalisations financières</i>	14
4 Réponse aux questions évaluatives	19
4.1 <i>Pertinence</i>	19
4.2 <i>Efficacité et durabilité du volet santé maternelle et néonatale</i>	21
4.3 <i>Efficacité et durabilité du volet égalité des sexes et droits de la procréation</i>	31
4.4 <i>Efficacité et durabilité des activités population et développement</i>	35
4.5 <i>Efficiences</i>	38
4.6 <i>Positionnement stratégique de l'UNFPA dans le SNU</i>	40
4.7 <i>Prise en compte du contexte de vulnérabilité du pays dans la programmation de l'UNFPA</i>	41
4.8 <i>Réponse aux crises ou préparation à y répondre</i>	42
5 Conclusions	44
5.1 <i>Conclusions globales ou stratégiques</i>	44
5.2 <i>Conclusions opérationnelles ou programmatiques</i>	47
6 Recommandations	50
6.1 <i>Recommandations stratégiques</i>	50
6.2 <i>Recommandations opérationnelles</i>	53
7 Annexes	57
7.1 <i>Annexe 1: Termes de référence de l'évaluation</i>	58
7.2 <i>Annexe 2 : Liste des personnes consultées</i>	79
7.3 <i>Annexe 3: Liste des documents consultés</i>	81
7.4 <i>Annexe 4: Matrice d'évaluation</i>	82
7.5 <i>Annexe 5: Cartographie des parties prenantes</i>	202
7.6 <i>Annexe 6: guides d'entretien</i>	205

Liste des tableaux

Table 1 - Répartition des ressources par résultat	12
Table 2 - Taux d'utilisation des budgets 2013-2015	14
Table 3 - Dépenses 2013-2015 par partenaire d'exécution.....	16
Table 4 - Répartition des Décès Maternels par Département, 2014.....	23
Table 5 - Répartition des accouchements institutionnels par département.....	23
Table 6 - Déploiement des Sages-femmes dans les institutions.....	24
Table 7 - Distribution des sages-femmes par département	24
Table 8 - Nombre de SONU prévus dans le Plan Stratégique National SR et PF 2013-2016	25
Table 9 - Taux d'utilisation de la PF, 2014	28
Table 10 - PPS proposant au moins 3 méthodes contraceptives (2014)	28
Table 11 - Part des méthodes de longue durée, 2014.....	29
Table 12 - Utilisation des méthodes longue durée par les PE de l'UNFPA (année 2015).....	29
Table 13 - Répartition de la population, 2014	88
Table 14 - Répartition des Décès Maternels enregistrés dans les institutions par Département en 2014	104
Table 15 - Répartition des accouchements institutionnels par département.....	104
Table 16 - Nombre de SONU prévus dans le Plan Stratégique National SR et PF 2013-2016	106
Table 17 - Indicateurs de produits UNFPA SR/sages-femmes	107
Table 18 - Déploiement des Sages-femmes dans les institutions.....	108
Table 19 - Distribution des sages-femmes par département	108
Table 20 - Répartition des utilisateurs de PF et taux d'utilisation de la PF selon la méthode et le département géographique MSPP année 2014.....	124
Table 21 - PPS proposant au moins 3 méthodes de contraceptifs (2014).....	126
Table 22 - Utilisation des méthodes longues durée au niveau national.....	129
Table 23 - Utilisation des méthodes longue durée par les PE de l'UNFPA	129

Liste des graphiques

Figure 1 : Évolution de l'aide de 2010 à 2013 (en M\$US).....	10
Figure 2: Logique d'intervention du 5ème programme.....	11
Figure 3 - Répartition des budgets 2013-2015	13
Figure 4 - Sources de financement par résultat.....	13
Figure 5 - Taux global d'utilisation des budgets 2013-2015	15
Figure 6 - Taux différencié d'utilisation des budgets 2013-2015.....	15
Figure 7 - Utilisation des ressources par partenaire SSR	17
Figure 8 - Utilisation des ressources par les partenaires P&D.....	18
Figure 9 - Utilisation des ressources par les partenaires ES	18
Figure 11 - Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales.....	23
Figure 12 - Répartition des SONU par département, 2015.....	25
Figure 13 - Disponibilité des fonctions SONU (national)	26
Figure 14 - Comparaison fonctions disponibles en 2015 par rapport à la ligne de base en 2009.....	26
Figure 15 – Architecture des partenariats de l'UNFPA pour les produits n°1 et 2	27
Figure 16 - Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé.....	88
Figure 17 - % d'accouchements en milieu hospitalier par département.....	103
Figure 18 - Répartition des SONU par département, 2015.....	106
Figure 19 - Disponibilité des fonctions SONU (national)	115
Figure 20 - Comparaison fonctions disponibles en 2015 par rapport à la ligne de base en 2009.....	116
Figure 21 – Architecture des partenariats de l'UNFPA pour les produits n°1 et 2	118
Figure 22 - Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales.....	121

Équipe d'évaluation	
Chef de mission	Max Hennion, Dr
Expert santé reproductive	Guy Marcel Crann, Dr
Expert égalité des genres et droits de la reproduction	Eunide Louis, Dr

Abréviations et acronymes

NB. Certains acronymes anglais ont été conservés car utilisés de manière courante par l'UNFPA et ses partenaires haïtiens.

ATLAS	Progiciel utilise par l'UNFPA pour l'enregistrement et la consolidation des données financières des bureaux-pays
BP	Bureau pays de l'UNFPA
CEPODE	Centre d'études population et développement
CPFO	Centre de Promotion des Femmes Ouvrières
CSI	Cadre Stratégique Intégré
DPAG	<i>Direction de la Prise en compte de l'Analyse selon le Genre</i>
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DSO	Direction Sanitaire de l'Ouest
DSN	Direction sanitaire des Nippes
DSSE	Direction sanitaire du Sud-Est
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FASH	Faculté des Sciences Humaines
FMP	Faculté de médecine et de pharmacie
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
INSFSF	Institut National Supérieur de Formation de Sage-Femmes
ISF	infirmières sages-femmes
MAPODE	Maîtrise population et développement
MCFDF	Ministère de la Condition féminine et des Droits des Femmes
MISP	Minimum Initial Service Package
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Extérieure
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (OPS)
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
PAPP (CPAP)	Plan d'Action du Programme Pays
PE	Partenaire d'Exécution
PF	Planification Familiale
PP	Programme pays
PNUD	Programme des NU pour le Développement
PPS	Points de prestation de services
PTA	Plan de Travail Annuel (AWP Annual Work Plan)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHCS	Reproductive Health Commodity Security
SF	Sage-femme
SMN	Santé maternelle et néonatale
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
SONUB	SONU de base
SONUC	SONU Complet
SR	Santé reproductive
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive

UEP	Unité d'Étude et de Programmation
UNCT	United Nations Country Team
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	Fonds des NU pour la Population / United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
TTG	Table Thématique Genre
VBG	Violence basée sur le genre

Haiti : Chiffres-clés

Géographie		Année	Source
Superficie	27 750 km ²		
Population			
Enregistrement des naissances à l'état civil			
Taille de la Population	10 911 819	2015	Projection de la Population ¹
Population Féminine	5 503 354	2015	Projection de la Population
Population Masculine	5 408 465	2015	Projection de la Population
Population 18 ans et plus	6 296 351	2015	Projection de la Population
Densité de la Population		2015	Projection de la Population
Population dans la zone urbaine (49.5%)	5 667 686	2015	Projection de la Population
Population dans la zone rurale (51.5%)	5 244 133	2015	Projection de la Population
Taille moyenne du ménage	4.5	2007	EEEI ²
Nombre de ménages	2.260.092	2012	Projection de la Population
Enregistrement des naissances à l'état civil	79.7%	2012	EMMUS V ³
Rapport de masculinité	98%	2013	Projection de la Population
Proportion des femmes en âge de procréer	26,5%	2013	Projection de la Population
Proportion des enfants, des adolescents et jeunes :			Projection de la Population
0-9 ans			
▪ Hommes	24.3 %	2013	
▪ Femmes	22.9 %	2013	
10-14 ans			
▪ Hommes	11.3 %	2013	
▪ Femmes	10.8 %	2013	
15-19 ans			
▪ Hommes	10.8 %	2013	
▪ Femmes	10.4 %	2013	
20-24 ans			
▪ Hommes	10.0%	2013	
▪ Femmes	9.8 %	2013	
Proportion des femmes chefs de ménages :			EJH ⁴
o National	42%	2007	
o Aire métropolitaine	46%	2007	
o Rural	39%	2007	
Taux de croissance de la population			
Gouvernement			
Type de gouvernement	République parlementaire		
Dates-clés politique			
Sièges tenus par des femmes au parlement (%)			

¹ Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) et Centre Latino-Américain de Démographie (CELADE) « Estimations et projections de la population totale, urbaine, rurale et économiquement active », 2008

² IHSI Enquête sur l'emploi et l'économie informelle (EEEI)

³ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Enquête de Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services. Résultats préliminaires (EMMUS V) 2012

⁴ FAFO, Enquête sur la Jeunesse d'Haïti, 2009

Économie			
PIB	3.3% 0,8% 2.9% -5,4% 5,6% 2,8%	2006/2007 2007/2008 2008/2009 2009/2010 2010/2011 2011/2012	Les comptes Économiques ⁵
Taux de croissance du PIB	1.7%	2015 (est.)	MEF
PIB par habitant	1 438	2015	MEF
Indicateurs sociaux			
Taux d'alphabétisation (10 +)	61.0%	2003	RGPH ⁶
Indice de Développement Humaine (IDH)	.532	2007	PNUD ⁷
Proportion de population en Insécurité Alimentaire	41%	2011	CNSA ⁸
Proportion de la population au-dessous du seuil de pauvreté (moins de 2 dollars américains par jour)	58.8%	2012	ECVMAS
Proportion de la population (ménages) ayant accès à l'eau potable (Traitée)	68.3%	2012	EMMUS V
Proportion de la population ayant accès à l'électricité pour éclairage	34%	2006	EMMUS IV
Espérance de vie (années)	62.5	2010-2015	Projection de la Population
o Hommes	60.7	2010-2015	
o Femmes	64.3	2010-2015	
Nombre de naissances	273,000	2010-2015	Projection de la Population
Pourcentage des naissances par âge de la mère			Projection de la Population
o 15-19	8.4	2010-2015	
o 35 et plus	18.1	2010-2015	
Mortalité infantile (pour 1000 naissances)			
Ratio de Mortalité Maternelle (par 100 000 naissances)	630	2005-2006	EMMUS IV
Mortalité Infantile (par mille)	59 ‰	2012	EMMUS V
Mortalité néo natale (par mille)	31 ‰	2012	EMMUS V
Mortalité post néonatale (par mille)	29 ‰	2012	EMMUS V
Mortalité juvénile (1-4 ans) (par mille)	31 ‰	2012	EMMUS V
Mortalité des enfants (< 5 ans) (par mille)	88 ‰	2012	EMMUS V
Connaissance de la contraception	99.7%	2005-2006	EMMUS IV
Prévalence Contraceptive (femmes en union)	31 %	2012	EMMUS V
Couverture de Vaccination,(tous les vaccins) :			EMMUS V
Hommes	46.4 %	2012	
Femmes	44.0%	2012	
Nutrition des enfants (Malnutrition chronique)	22.0%	2012	EMMUS IV
Nombre d'enfants avec la maladie de	21.0%	2012	EMMUS V

⁵ IHSI Les comptes économiques. Direction des Statistiques Économiques (DES)

⁶ (IHSI) Recensement de la Population et de l'Habitat (RGPH)

⁷ PNUD, Rapport sur le Développement Humain

⁸ Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire (CNSA) Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire (ENSA), Port- au Prince, Haïti, 2012

diarrhée,			
Connaissance du VIH/SIDA :			
Hommes	99.6.0%	2012	EMMUS V
Femmes	99.70%	2012	
Prévalence du VIH/SIDA :			
Deux Sexes	2.2%	2012	EMMUS V
Hommes	1.7%	2012	
Femmes	2.7%	2012	
Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé	90.3	2012	EMMUS V
Pourcentage de femmes dont la naissance vivant a été protégée contre le tétanos néonatal	75.6	2012	EMMUS V
Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé (Public, Privé et mixte)	35.9	2012	EMMUS V
Violence physique ou émotionnelle ou sexuelle (pourcentage)	25.4%	2005-2006	EMMUS IV
Taux net de fréquentation scolaire			
○ Primaire		2012	EMMUS V
Hommes	76.7%		
Femmes	77.7%		
○ Secondaire			
Hommes	21.6%		
Femmes	29.1%		
Objectifs du millénaire (OMD)			
Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes			
Cible 3A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard			
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement (IPS)		2012	EMMUS
- primaire :	0,93		
-- secondaire :	1,08		
3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole		A completer.	
3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national	4,3%		IPU
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle			
Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle			
5.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	157 ⁹	2013	MSP
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	37,3%	2012	EMMUS
Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015			
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes	66%	2012	EMMUS
5.5 Couverture des soins prénatals			
- au moins une visite:	90*		EMMUS
-- au moins quatre visites :	67%		
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	35%		EMMUS

⁹ Taux du MSP pour la MM institutionnelle, donc milieu communautaire non inclus.

Carte de Haïti



Résumé exécutif

But de l'évaluation et son audience

L'évaluation finale du 5^{ème} programme avec le gouvernement de la République d'Haïti a été engagée en application de la Décision 2009/18 de l'UNFPA¹⁰. Elle a été réalisée pour préparer le prochain programme-pays. Elle est destinée à l'UNFPA, aux intervenants nationaux, ainsi qu'à un public plus large (publication sur le site Web de l'UNFPA).

Objectifs de l'évaluation

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont de :

- fournir une analyse de la pertinence et de la performance du programme de pays de l'UNFPA pour Haïti ;
- procéder à une analyse des avantages comparatifs de l'UNFPA et son positionnement en vue de contribuer aux résultats de développement d'Haïti ;
- tirer les principaux enseignements de la coopération passée et actuelle et de fournir un ensemble d'options claires conduisant à des recommandations stratégiques et concrètes pour le prochain cycle de programme.

Programme évalué

Le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (2013-2016) vise à améliorer la qualité de vie du peuple d'Haïti à travers l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, promouvoir les droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle. Les quatre résultats attendus du programme sont les suivants¹¹ :

1. Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;
2. Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;
3. La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;
4. Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les domaines d'intervention du programme devaient être intégrés et centrés sur les cibles stratégiques que sont les femmes, les jeunes, y compris les adolescentes¹² et les populations déplacées.

Le programme 2013-2016, élaboré en 2012, prend acte de la décision du gouvernement de mettre fin à l'approche de l'aide humanitaire, seulement 18 mois après le séisme de janvier 2010. Le contexte des crises humanitaires n'est indiqué au niveau des résultats attendus que pour l'approche égalité de genre (Résultat 5), en lien avec l'augmentation des violences basées sur le genre qui avait suivi le tremblement de terre.

¹⁰ Decision 2009/18 8f, Executive Board, 2009.

¹¹ Dans leur ordre de présentation dans le cadre de coopération.

¹² Le CPD 2013-2016 ne visent pas explicitement les adolescents ; Cette option a été prise en 2012 dans le CPAP pour répondre aux préoccupations de MSPP et de l'UNICEF.

Le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (2013-2016) prévoyait un budget de 26 M\$, dont 12 M\$ en fonds réguliers et 14 M\$ avec d'autres sources.

Méthodologie de l'évaluation

L'évaluation finale est structurée à partir des critères d'évaluation suivants :

- Quatre des cinq critères d'évaluation normatifs du CAD-OCDE : pertinence, efficacité, efficience et durabilité ;
- Deux critères additionnels spécifiques de l'UNFPA, qui visent à apprécier le positionnement stratégique de l'UNFPA à Haïti dans le cadre de l'UNCT : coordination et complémentarité.

Sur la base de ces critères d'évaluation, de l'analyse de la documentation et des préoccupations partagées avec l'équipe du bureau-pays, l'équipe d'évaluation propose huit questions d'évaluation (QE), dont deux relatives au cluster « contextes fragiles ».

Les QE définissent la trame de la collecte et de l'analyse des informations. Elles sont déclinées en critères de jugement, lesquels sont informés par des indicateurs.

Le nombre relativement restreint de partenaires d'exécution (17, dont 10 ONG) a permis une couverture exhaustive (par entretiens semi-directifs avec les responsables et un échantillon aléatoire de professionnels sur le terrain). Les bénéficiaires ont été échantillonnés de manière aléatoire (mobilisation des usagers des structures de soins ou de conseil) et associés à l'évaluation dans des focus groupes (présence des responsables des structures et des usagers) ou des entretiens de groupe (usagers seuls) selon les opportunités.

Principales conclusions

Les avancées du plaidoyer SR ont été importantes ; les acquis sont moindres pour la planification familiale, les dimensions transversales et l'approche par les droits humains.

Le passage de l'urgence au développement implique un changement de mode opératoire avec les partenaires d'exécution qui laisse une plus large part à l'émulation, la reddition des comptes et la transparence que les modalités d'exécution du 5^{ème} programme. L'UNFPA s'est engagée dans ce changement sans le faire aboutir.

L'appui aux partenaires d'exécution n'a permis que le maintien de l'offre de services SR/PF préexistante, sans engager de nouveaux partenariats recentrés sur les nouvelles priorités stratégiques. Cette offre n'est accessible pour l'essentiel qu'aux populations vulnérables vivant à proximité des PPS (points de prestation de services).

Le dispositif de suivi du programme a été significativement amélioré et est devenu un outil d'accompagnement des partenaires. Il permet un suivi quasi instantané des performances des programmes.

L'Institut National des Sages-Femmes est un acquis essentiel du 5^{ème} programme. Il contribue à pallier progressivement aux déficits d'accès aux soins, tout en promouvant une approche cohérente avec la stratégie à long terme de l'UNFPA.

Les progrès de l'égalité de genre et de la lutte contre les violences basées sur le genre ont été minimisés par les limites imposées par le ministère de la condition féminine (MCDFD), et la faiblesse de ses capacités d'action et de mobilisation.

Les dimensions transversales (adolescentes, VIH, situations de crises) et l'approche par les droits humains n'ont pas pu être matérialisées dans les activités du 5^{ème} programme, du fait de limites de capacité au sein du bureau de pays et de la faible réceptivité du gouvernement et des administrations partenaires.

Les incidences négatives du déclin de la mobilisation des ressources des fonds thématiques ont été minimisées par l'ingénierie financière propre aux PTA mais avec des effets limitants sur la capacité à introduire des évolutions stratégiques.

Le rapport identifie également des conclusions opérationnelles relatives à la mise en œuvre et aux résultats des programmes en cours.

Recommandations

Les recommandations ont été identifiées pour contribuer à reconfigurer la stratégie de l'UNFPA à Haïti en fonction de ses priorités stratégiques plutôt que dans une reconduction des activités et des partenaires.

Les résultats attendus des nouvelles orientations sont les suivantes :

- 100% des adolescentes vivant en ville sont autonomes et responsables de leur santé sexuelle et reproductive ;
- L'emploi des ressources budgétaires du MSPP est aligné sur le plan stratégique SSR et la DSF assure pleinement ses attributions ;
- Un système fonctionnel de gestion des informations sur les violences spécifiques envers les femmes et les filles est mis en place et informe les organisations et instances porteuses du plaidoyer sur l'égalité des droits ;
- Les SONUB sont rendus fonctionnels sur la période de service social des sages-femmes, en priorisant les zones rurales ;
- Les données du RGPH sont disponibles et mises en perspectives pour la SSR (des adolescentes) et l'égalité FH (grossesses précoces, avortement, VBG) ;
- Le Bureau est prêt à assurer la disponibilité des services essentiels de santé reproductive et la prévention des cas de VBG en cas de crise humanitaire ;
- Les partenariats de l'UNFPA sont porteurs d'émulation, de reddition des comptes et, finalement, d'autonomisation des partenaires.

Les actions à mettre en œuvre pour l'atteinte de ces résultats sont présentées dans le rapport, ainsi que des recommandations opérationnelles en lien direct avec les programmes en cours.

1 Introduction

1.1 Objectif de l'évaluation

En application de la Décision 2009/18 de l'UNFPA, tous les programmes supportés par le Fonds doivent être évalués au moins une fois au cours du cycle, en particulier les programmes-pays¹³. L'évaluation finale du 5^{ème} programme avec le gouvernement de la République d'Haïti est en conformité avec cette exigence. Les principales leçons apprises au travers de cette évaluation contribueront également à la préparation du prochain programme-pays.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont de :

- fournir à l'UNFPA, aux intervenants nationaux, ainsi que qu'à un public plus large, une analyse de la pertinence et de la performance du programme de pays de l'UNFPA pour Haïti
- procéder à une analyse des avantages comparatifs de l'UNFPA et son positionnement en vue de contribuer aux résultats de développement d'Haïti.
- tirer les principaux enseignements de la coopération passée et actuelle et de fournir un ensemble d'options claires conduisant à des recommandations stratégiques et concrètes pour le prochain cycle de programme.

1.2 Couverture de l'évaluation

L'évaluation couvre toutes les activités et/ou programmes mis en œuvre par l'UNFPA pendant la période du 5^{ème} programme, donc janvier 2013 à décembre 2015. Elle couvre les 4 outcomes du CPAP.

1.3 Méthodologie et approche évaluative

1.3.1 Critères d'évaluation et questions évaluatives

L'évaluation finale est structurée à partir des critères d'évaluation suivants :

- Quatre des cinq critères d'évaluation normatifs du CAD-OCDE : pertinence, efficacité, efficience et durabilité ;
- Deux critères additionnels spécifiques de l'UNFPA, qui visent à apprécier le positionnement stratégique de l'UNFPA à Haïti dans le cadre de l'UNCT : coordination et complémentarité.

Sur la base de ces critères d'évaluation, de l'analyse de la documentation et des préoccupations partagées avec l'équipe du bureau-pays, l'équipe d'évaluation propose les six questions d'évaluation (QE) suivantes.

- EQ1: Dans quelle mesure le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (i) a contribué à répondre aux besoins de la population haïtienne, (ii) a été aligné sur les priorités des politiques nationales et internationales, ainsi que sur les plans stratégiques de l'UNFPA et (iii) a répondu aux changements qui ont affecté le contexte du développement et aux crises humanitaires pendant la période de mise en œuvre du programme ?
- EQ2 : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à accroître durablement l'accès à et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale

¹³ Decision 2009/18 8f, Executive Board, 2009.

et de planification de la famille, particulièrement dans les zones de concentration des jeunes, des adolescents et des groupes vulnérables ou fragilisés par des crises ?

- EQ3: Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à améliorer durablement l'utilisation des informations et des données démographiques et socio-économiques dans les documents de politique et les plans d'action, ainsi que dans le suivi de leur mise en œuvre ?
- EQ4 : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué (i) à l'intégration de l'égalité des sexes et des droits de la reproduction des femmes dans le cadre législatif, règlementaire et dans les politiques sectorielles, et (ii) à l'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre, et la prise en charge médicale des victimes, notamment pendant les crises humanitaires ?
- EQ5: Dans quelle mesure l'UNFPA a fait à Haïti un bon usage de ses ressources humaines, financières et techniques et utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches pour l'atteinte les résultats du programme ?
- EQ6: Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA a contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination et à une division des tâches adéquate dans le système des Nations Unies à Haïti ?

La correspondance entre les QE et les critères d'évaluation est illustrée dans la table ci-après :

	Pertinence	Efficacité	Efficienc e	Durabilité	Coordination	Complémentarité
QE1	X					
QE2		X		X		
QE3		X		X		
QE4		X		X		
QE5			X			
QE6					X	X

Dans le cadre du cluster « contextes fragiles » dans lequel s'inscrit par ailleurs cette évaluation, deux QE sont communes à tous les pays couverts :

- EQ7 : Dans quelle mesure le 5^{ème} programme à Haïti a pris en compte la vulnérabilité du pays aux désastres naturels et aux urgences humanitaires, la fois dans sa programmation et sa mise en œuvre ?¹⁴
- EQ8 : Dans quelle mesure l'UNFPA, avec ses partenaires, a été capable (ou prêt) à répondre aux crises pendant la période couverte par le 5^{ème} programme ?¹⁵

¹⁴ To what extent did the UNFPA country programme take into account the country's vulnerability to disasters and emergencies, both at the planning and the implementation stages?

¹⁵ To what extent was (or is) UNFPA, along with its partners, able (or likely) to respond to crises during the period covered by the country programme?

Les QE définissent la trame de la collecte et de l'analyse des informations. Elles sont déclinées en critères de jugement, lesquels sont informés par des indicateurs. L'ensemble définit le contenu de la matrice d'évaluation qui est présentée en annexe 2. La matrice présente également les sources d'information et les outils de collecte d'information correspondants. Elle est destinée à regrouper les constats réalisés pendant l'évaluation et à mettre en évidence la triangulation des différentes sources d'information.

En conséquence, le corps du rapport d'évaluation présente une synthèse des constats, la justification devant être recherchée dans la matrice d'évaluation en annexe.

1.3.2 Sélection d'un échantillon de parties prenantes et trames d'entretien

Le nombre relativement restreint¹⁶ de partenaires d'exécution (17, dont 10 ONG) a permis une couverture exhaustive (par entretiens semi-directifs avec les responsables et un échantillon aléatoire de professionnels sur le terrain). Les bénéficiaires ont été échantillonnés de manière aléatoire (mobilisation des usagers des structures de soins ou de conseil) et associés à l'évaluation dans des focus groupes (présence des responsables des structures et des usagers) ou des entretiens de groupe (usagers seuls) selon les opportunités.

Échantillon de parties prenantes pour la santé reproductive

Parties prenantes	Points à discuter
UNFPA : Représentant assistant et chargés de programme SR	Revue des réalisations des PTA ; forces et faiblesses des partenaires d'exécution ; opportunités et contraintes liées aux cadres stratégiques des politiques nationales et de la stratégie du siège, ainsi que leurs révisions
OMS	Coordination des interventions en santé reproductive et maternelle ; appréciation des activités de l'UNFPA relatives à l'accessibilité aux services et la disponibilité des produits
UNICEF	Coordination des interventions en santé reproductive pour les jeunes, et le positionnement en regard des adolescents ; appréciation des activités de l'UNFPA
Autres bailleurs (USAID,...)	
Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction de la Santé de la Famille (DSF)	Contribution de l'UNFPA au développement d'une stratégie opératoire en SR ; sélection et suivi des partenaires d'exécution ; développement des capacités de l'administration et formation des sage femmes et infirmières ; sécurité des approvisionnements et des ressources pour les appuis institutionnels ; perspectives de prise en charge financière à l'avenir
Responsables et professionnels de santé dans les structures soutenues par le UNFPA (santé maternelle et néonatale, planification de la famille, gestion des crises humanitaires), en particulier les directions sanitaires départementales et les ONG	Résultats obtenus avec le UNFPA en termes d'accessibilité et d'utilisation des services, en particulier les évolutions de la demande pour les services SR, les publics couverts par leur structure ; amélioration des compétences liée aux formations, à l'encadrement, au suivi de la programmation et de la mise en œuvre des PTA ; situation de la sécurité des approvisionnements et appréciation des effets des outils introduits par le UNFPA.
Responsables et intervenants des structures chargées de la formation des sages-femmes et des infirmières (INSFSF)	Résultats obtenus en matière de compétences et de maîtrise des messages SR de l'UNFPA ; adéquation des curricula et des moyens mobiliser pour les formations ; analyse des stages post-formation ; compétences pédagogiques des formateurs formés

¹⁶ En application d'une des recommandations du rapport d'évaluation finale du précédent programme.

Échantillon de parties prenantes pour la collecte et l'utilisation des données

Parties prenantes	Points à discuter
UNFPA : Représentant assistant et chargé de programme PD	Revue des réalisations des PTA ; forces et faiblesses des partenaires d'exécution ; opportunités et contraintes liées aux cadres stratégiques des politiques nationales et de la stratégie du siège, ainsi que leurs révisions
IHSI	Résultats obtenus par l'appui de l'UNFPA pour la préparation du RGPH ; degré d'opérationnalisation du dispositif ; perspective de financement du RGPH en 2016 ; l'élaboration de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique.
FASCH, ANAPOD	Résultats (volume et qualité) des promotions MAPODE et des recherches appuyées par le UNFPA ; distribution des proportions par ministère et par poste (décisionnels ou non) ; degré d'atteinte de la masse critique de ressources humaines qualifiées en PD ; exemple concrets d'utilisation des acquis dans les documents de planification ou de stratégie sectorielle (MSP, MEN, MCF,...)

Échantillon de parties prenantes pour l'égalité des sexes et des droits de la procréation

Parties prenantes	Points à discuter
UNFPA : Représentant assistant et chargée de programme EDP	Revue des réalisations des PTA ; forces et faiblesses des partenaires d'exécution ; opportunités et contraintes liées aux cadres stratégiques des politiques nationales et de la stratégie du siège, ainsi que leurs révisions
Ministère de la Condition Féminine et Droits de la Femme	Contribution de l'UNFPA au développement d'une stratégie opératoire d'amélioration de l'égalité de genre et de prise en charge des victimes de VBG ; sélection et suivi des partenaires d'exécution ; développement des capacités de l'administration et perspectives de prise en charge des jeunes cadres formés ; encadrement et soutien à l'opérationnalisation des appuis de l'UNFPA
ONG	Résultats de l'appui de l'UNFPA aux actions du MCFDF en matière de cadre stratégique, législatif et réglementaire pour l'égalité des sexes et les VBG, notamment en situation de crises humanitaires
Groupe de victimes VBG	Résultats de l'appui de l'UNFPA aux actions du MCFDF en matière de cadre stratégique, législatif et réglementaire pour la prise en charge des soins médicaux liés aux VBG

Échantillon de parties prenantes pour la coordination/complémentarité

Parties prenantes	Points à discuter
Coordinateur résident	Coordination et complémentarité dans le cadre UNCT
Autres agences des NU du pilier social (UNICEF, OMS)	Coordination et complémentarité dans le cadre UNCT
Ministère du Plan	Nature, étendue et qualité du partenariat avec le UNFPA aux étapes de la programmation, de la mise en œuvre et du suivi ; priorités et cadres partagés, divergences éventuelles

Échantillon de parties prenantes pour la dimension « contextes fragiles »

Parties prenantes	Points à discuter
--------------------------	--------------------------

UNFPA : Représentant assistant et chargés de programme SR	Forces et faiblesses des partenaires d'exécution (mobilisés ou seulement identifiés) ; opportunités et contraintes liées aux cadres stratégiques des politiques nationales
OCHA, OMI et autres agences ou missions des NU liées aux situations d'urgence	Organisation générale de la coordination, positionnement des questions de santé reproductive et de VBG dans les stratégies de réponse, coordination particulière avec l'UNFPA
Services de la protection civile et leur ministère de tutelle	Politique nationale, moyens humains et financiers disponibles, positionnement des questions de santé reproductive et de VBG dans les stratégies de réponse

Les visites de terrain ont été l'occasion d'organiser des focus groups (cf. annexe 2) avec les bénéficiaires finaux du programme. Elles ont été organisées :

- dans 3 centres de santé et 2 centres de formation dans la zone métropolitaine, ce qui permet une couverture des axes thématiques du programme ;
- dans les départements où l'UNFPA a été actif pendant l'exécution du programme (Nippes et Sud-Est), de manière à couvrir les actions en dehors de Port-au-Prince.

2 Contexte

2.1 Contexte national

Cinq ans après le séisme de magnitude 7 qui a frappé Haïti le 12 janvier 2010, Haïti est passé de la phase de relèvement au développement de long-terme, et continue d'améliorer les infrastructures et les institutions, travaille à augmenter l'accès à ainsi que la qualité de la couverture en santé, éducation et à d'autres services sociaux, et à stimuler les investissements.

2.1.1 Les défis du développement et les stratégies nationales

Bien que d'importants défis subsistent, Haïti a connu un certain nombre de développements positifs depuis le séisme : Sur un total de 1,5 million, plus d'1,4 million de déplacés ont pu quitter les camps pour être relogés. Les programmes de reconstruction s'emploient à remettre en état les habitations, à construire des logements plus sûrs et à réhabiliter les infrastructures de quartiers.

Les enfants haïtiens bénéficient d'un meilleur accès à l'éducation primaire qui a connu une augmentation de 78 à 90 % (2008-2015) du taux de participation des enfants en âge d'être scolarisés. Cependant, la qualité de l'éducation et l'apprentissage reste faible. Seul un tiers de tous les enfants âgés de 14 ans sont inscrits dans la classe correspondante à leur âge.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 11% et, la fourniture de services par l'état a augmenté de 29% entre 2005 et 2012. Haïti a fait des progrès dans la lutte contre l'épidémie de choléra depuis le début 2010 avec un taux de mortalité à moins de 1%.

Contexte politique, économique et social¹⁷

Situation politique : La conjoncture politique est dominée par des élections d'une échelle sans précédent. Le gouvernement de transition est chargé d'organiser des élections présidentielles, législatives et municipales en 2015. En raison des retards dans les élections municipales et législatives, les maires n'ont pas été élus depuis décembre 2006 et les mandats des deux tiers du Sénat et de toute la Chambre des députés sont caduques depuis janvier 2015. Le premier tour des élections législatives a eu lieu le 9 août 2015 et est fortement contesté. Le second tour de l'élection présidentielle est reporté et doit être organisé en 2016 par le président par intérim. Le climat politique reste tendu et

¹⁷ Sources utilisées : Cadre stratégique des NU en Haïti (révision 2015-2016) ; Rapport sur les OMD (2013) ; Banque Mondiale (<http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>)

les difficultés techniques, financières et logistiques liées aux nombres de postes électifs à pourvoir sont considérables.

La situation sécuritaire reste stable mais cette stabilité est fragile. Les deux dernières années ont été marquées par des avancées importantes dans le domaine de l'état de droit et des droits de l'Homme.

Économie : Bien que la croissance demeure modeste, la stabilité macroéconomique globale a été préservée. Bien que la croissance par habitant ait été positive depuis 2010, il est nécessaire d'avoir des taux de croissance plus rapides pour réduire la pauvreté. Après une contraction de 5,3% du PIB en 2010 en raison du tremblement de terre, Haïti a connu de 2011 à 2014 un taux de croissance réel moyen de 3,8% et une croissance du PIB par habitant de 2,4%, stimulée en partie par des niveaux élevés d'aide à la reconstruction et les envois de fonds.

Le PIB moyen par habitant a diminué de 0,7% par an entre 1971 et 2013, tiré par l'augmentation de la population active, mais limité par l'instabilité politique et les catastrophes naturelles.

Un des grands défis pour Haïti sera de gérer la diminution substantielle de l'aide des bailleurs de fonds (cf. 2.2 ci-dessous).

Haïti reste le pays le plus pauvre du continent américain et l'un des plus déshérités du monde (avec un PNB par habitant de 846 dollars en 2014), et souffre de carences importantes dans les services essentiels.

Social : D'après la dernière enquête sur les ménages (ECWAS 2012), plus de 6 sur 10,4 millions d'Haïtiens (59%) vivent sous le seuil de pauvreté de 2,42 dollars par jour et plus de 2.5 millions (24%) vit sous le seuil de pauvreté extrême de 1,23 dollar par jour. C'est aussi l'un des pays les plus inégalitaires de la planète, avec un coefficient de Gini de 0,61 en 2012. Le rapport de 2013 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) a mis en évidence de nombreux progrès. Haïti a atteint ou pratiquement atteint plusieurs cibles. L'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans a été réduite de moitié ; l'extrême pauvreté a diminué (24% en 2012) ; le taux net de scolarisation est de 88% ; la mortalité infantile a baissé de 44% (depuis 1990) ; 90% des femmes ont bénéficié d'au moins une visite prénatale pendant leur grossesse ; l'épidémie de VIH/sida a été stabilisée, à un taux de prévalence de 0,9% chez les 15-24 ans ; l'accès à l'eau potable a été étendu à 64,8% des ménages ;... Le maintien d'un taux de chômage élevé (14%), et très élevé chez les jeunes urbains (57%), reste une limitation forte de ces acquis et une menace pour leur durabilité.

2.1.2 Santé reproductive

Les données les plus récentes sont issues de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V) de 2012.

Santé maternelle et néonatale

La fécondité moyenne est de 3,5 enfants. En milieu rural, les femmes donnent naissance, en moyenne, à 1,9 enfants de plus que celles du milieu urbain. De la même manière, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont, en moyenne, 1,8 enfants de plus que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus. Près d'une naissance sur cinq (19 %) s'est produite moins de 24 mois après la naissance précédente.

Une adolescente de 15-19 ans sur sept a déjà commencé sa vie reproductive : 11 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3 % sont enceintes du premier enfant. La proportion des adolescentes ayant commencé leur vie reproductive est légèrement plus élevée en milieu rural (15 %) et qu'en milieu urbain (13 %).

Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 5 dernières années, 90 % ont reçu, pour la naissance la plus récente, des soins prénatals par un personnel de santé formé et 67 % ont effectué

au moins 4 visites prénatales. Cette proportion de femmes enceintes a augmenté régulièrement au cours des douze dernières années; passant de 79 % en 2000 (EMMUS-III), à 85 % en 2005-2006 (EMMUS-IV) pour atteindre 90 % en 2012 (EMMUS-V). La couverture en soins prénatals est élevée et pratiquement homogène sur l'ensemble du territoire. Un peu plus des deux tiers des femmes enceintes (67 %) avaient effectué le nombre minimal (4) de visites requis.

En 2012, le MSPP, avec l'appui de ses partenaires, a élaboré un plan national d'élimination du Tétanos Maternel ou Néonatal d'ici l'année 2015, plan dont la vaccination représente l'un des axes stratégiques. Dans 76 % des cas, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. En plus de la vaccination habituelle des femmes enceintes, celles en âge de procréation ont été vaccinées dans 65 communes à haut risque entre avril et mai 2013.

Parmi les naissances survenues au cours des cinq dernières années, 36 % se sont déroulées dans un établissement de santé. Cette proportion a sensiblement augmenté, passant de 23 % en 2000 et 25 % en 2005-2006 à 36 % en 2012. 37 % ont bénéficié, durant l'accouchement, de l'assistance d'un prestataire qualifié en obstétrique. Un peu plus de six femmes sur dix (61 %) n'ont reçu aucun soin postnatal dans les délais recommandés.

Près de sept nouveau-nés sur dix (69 %) n'ont reçu aucun soin postnatal dans les deux premiers jours après la naissance.

La mortalité maternelle n'a pas été couverte par l'EMMUS V.

Planification de la famille

Le plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale 2013-2016 identifie des besoins non couverts en matière de planification familiale. L'indice synthétique de fécondité est de 3,5 alors que le nombre moyen d'enfants désirés est de 2,0. L'objectif fixé par le MSPP pour la période 2013-2016 est de faire baisser le taux de besoins non couverts afin qu'il se situe à environ 10 %.

Parmi les femmes en union de 15-49 ans, au moment de l'enquête EMMUS V, 35 % utilisaient, une méthode contraceptive, essentiellement une méthode moderne (31 %) et 3 % utilisaient une méthode traditionnelle. Les deux méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les injectables (19 %) et le condom masculin (5 %). La prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a augmenté entre 2005-2006 et 2012 passant de 25 % à 31 %. Parmi les femmes de 15-49 ans en union, 35 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : environ 16 % pour espacer et 20 % pour limiter les naissances. Globalement, 84 % des femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives n'ont parlé de planification familiale ni avec un agent de terrain, ni dans un établissement de santé.

Seulement 23 % des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes s'adressent au secteur public pour se procurer leur méthode (8 % auprès d'un hôpital et 15 % auprès d'un centre de santé). 30 % des utilisatrices se procurent leur méthode dans le secteur médical privé, essentiellement dans un centre de santé ou dispensaire (12 %) ou dans une pharmacie (11 %). Les secteurs médicaux mixte et non institutionnel couvrent chacun 14 % de l'approvisionnement, tandis que le secteur privé non médical (boutique, marché amis, parents etc.) en couvre 15 %.

L'avortement, bien qu'il ne soit pas une méthode de planification familiale, demeure un moyen utilisé par 4% de femmes. 40% de ces avortements provoqués se sont déroulés dans un établissement de santé et, dans 42 % des cas, l'avortement se fait avec l'assistance de personnel de santé, en majorité un médecin (39 %).

Les pourcentages les plus élevés de femmes auxquelles le personnel de santé n'a transmis aucun message sur la planification familiale concernent les femmes de 15-19 ans (93 %), celles du milieu urbain (86 %), celles de l'Aire Métropolitaine (88 %), celles de niveau d'instruction secondaire ou plus (86 %) et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (88 %).

2.1.3 Population et développement

Le constat général fait sur le système statistique en 2010¹⁸ restait largement valable en 2013, au démarrage du 5^{ème} programme. Il était synthétiquement le suivant :

- l'absence d'un véritable décollage des services nationaux de statistique qui ont beaucoup de difficultés à répondre aux demandes d'information économique et sociale à tous les niveaux ;
- les enquêtes sont réalisées au coup par coup, beaucoup plus à l'initiative des bailleurs de fonds extérieurs que pour répondre à une demande nationale ;
- une production statistique inadaptée aux besoins des utilisateurs, notamment des décideurs nationaux en raison de son manque de fiabilité et des retards importants dans les publications;
- le retard avec lequel les analyses sont menées, ce qui explique que l'information produite est rarement utilisable au moment de la mise en œuvre des politiques ;
- le manque d'approfondissement des analyses réalisées qui se limitent en général à la description des phénomènes et n'intègrent pas des études de comportement qui seules permettent de prendre des mesures de politique économique ;

Pour ce qui est des statistiques sanitaires, d'état civil et de l'éducation, les lacunes étaient les suivantes : insuffisance de la couverture des données recueillies et publiées, absence d'indicateurs pertinents, retards dans les publications.

La réalisation du RGPH en 2013 et de l'EMMUS V en 2012 étaient les principaux piliers pour compenser les faiblesses de disponibilité des données pour informer les politiques sectorielles, les plans d'action et leur suivi-évaluation. Si l'EMMUS a bien été réalisé, le RGPH n'est plus envisagé qu'en 2016.

L'analyse et l'utilisation des données est généralement rudimentaire dans les documents de politique générale (par exemple le plan stratégique de développement d'Haïti) comme de politiques sectorielle.

2.1.4 Égalité des sexes et droits de la procréation

Le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF) a été créé le 8 novembre 1994 suite aux revendications des femmes et dans la mouvance de la préparation de la quatrième Conférence de Beijing (Septembre 1995). Le MCFDF, entité à caractère transversal, est aujourd'hui bien implanté grâce au Décret du 22 Décembre 2005 relatif à sa réorganisation et son fonctionnement et s'emploie à la mise en œuvre effective de sa mission qui est, aux termes de l'article 2 de ce Décret, « de formuler, d'appliquer, d'orienter et de faire respecter la politique du Gouvernement, en œuvrant à l'émergence d'une société égalitaire pour ses composantes des deux sexes ; d'orienter la définition et l'exécution des politiques publiques équitables à l'échelle nationale »¹⁹.

Les attributions du Ministère sont réparties entre les Directions et Unité suivantes :

- Direction de Promotion et de Défense des Droits des Femmes ;
- Direction de Prise en compte de l'Analyse selon le Genre ;
- Direction des Affaires Administratives ;
- Direction des Affaires Juridiques ;
- Direction de Coordination des Bureaux Départementaux ;
- Unité d'Étude et de Programmation (UEP).

En 2012, l'avancée vers plus d'égalité de genre a été marquée par un diagnostic devant servir de base justificative dans le cadre de la finalisation de la politique d'égalité femmes hommes. Des documents de politique et un plan national d'action ont été approuvés en Conseil des Ministres en 2014.

La période récente a été caractérisée par une plus grande participation politique des femmes surtout au sein du gouvernement et dans les postes de direction, ce qui a mis en valeur l'importance du quota

¹⁸ UNFPA, Évaluation Finale du Programme de Pays 2009-2011, 2011

¹⁹ Rapport de Beijing + 20, Aout 2014

d'au moins 30% de femmes au niveau des services publics. Cette mesure n'a cependant pas été mise en œuvre lors des dernières élections. Il n'y a par exemple pas de femmes dans le parlement.

La violence basée sur le genre (VBG) en Haïti était déjà problématique avant le séisme du 12 Janvier, y compris la violence domestique. La problématique est devenue plus visible après le séisme et certains indicateurs montrent une augmentation spécifiquement dans les zones de précarité telle que les camps. L'enquête EMMUS V démontre la dimension structurelle des VBG : Plus d'un quart des femmes de 15-49 ans (28 %) ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, principalement exercées par la mère/femme du père, le mari/partenaire, le père/mari de la mère ou la sœur/frère. Un peu plus d'une femme sur dix (13 %) a été victime d'actes de violences sexuelles à n'importe quel moment de sa vie. Dans l'ensemble, 20 % des femmes de 15-49 ans ont subi seulement des violences physiques, 5 % seulement des violences sexuelles, et 8 % à la fois des violences physiques et sexuelles. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 6 % ont subi des violences pendant la grossesse. Parmi les femmes qui ont déjà été en union, 29 % ont subi des violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles ou de la part de leur mari actuel ou du plus récent. Parmi les femmes qui ont subi des violences physiques causées par leur mari/partenaire dans les 12 derniers mois, 50 % ont eu des blessures à la suite de ces violences.

La Violence Basée sur le Genre (VBG) est un phénomène qui souvent reste dans le silence. Les facteurs de ce silence incluent la peur de la victime face à son agresseur, peur de la stigmatisation, un manque de confiance dans le système judiciaire et un accès limité aux services. Une augmentation de nombre de cas rapportés peut refléter des changements dans les facteurs mentionnés et/ou une réelle hausse des cas.

2.2 Situation humanitaire

Haïti est considéré comme le cinquième pays au monde le plus exposé au risque de catastrophe. Plus de 96 % de la population est exposée à au moins deux risques de catastrophe naturelle, notamment les séismes, les ouragans, les glissements de terrain, les inondations et la sécheresse.

Le pays a accompli des progrès substantiels pour se relever des chocs multiples des dernières années: 94% de la population de déplacés du tremblement de terre de 2010 ont quitté les camps. Environ 1 450 sites ont été fermés et plus de 1,45 millions de personnes ont pu revenir ou être relocalisées²⁰. 79 397 personnes vivent encore à ce jour dans des camps et comptent sur l'aide humanitaire pour survivre.

L'incidence de l'épidémie de choléra a été réduite de moitié depuis le début de l'épidémie en 2010, et l'insécurité alimentaire a diminué de 1,5 million de personnes en début de 2013 à 600 000 personnes en Octobre 2013. Environ 30 % de la population haïtienne est incapable de répondre à ses besoins alimentaires de base. Au sein de ce groupe vulnérable, environ 650 000 personnes souffrent d'insécurité alimentaire grave, et environ 165 000 d'insécurité alimentaire aiguë (par rapport à 65 000 l'année dernière).

Néanmoins, des besoins critiques et des vulnérabilités importantes persistent à travers le pays, nécessitant des interventions humanitaires car environ 30% des 10 millions d'haïtiens souffrent toujours de besoins chroniques et graves²¹. Parmi ces personnes vulnérables, environ 817 000 personnes (ou 8,3% de la population totale) dans 35 communes dans le pays étaient susceptibles de nécessiter une assistance humanitaire en 2014 (pour 1,5 million en 2013, confirmant la dynamique de stabilisation du pays).

La mise en œuvre par la République Dominicaine d'une politique d'expulsion de ressortissants haïtiens ou de personnes assimilées comme telles a provoqué une crise humanitaire sur la frontière du pays.

²⁰ NU, TAP (transitional Appeal) 2015-2016.

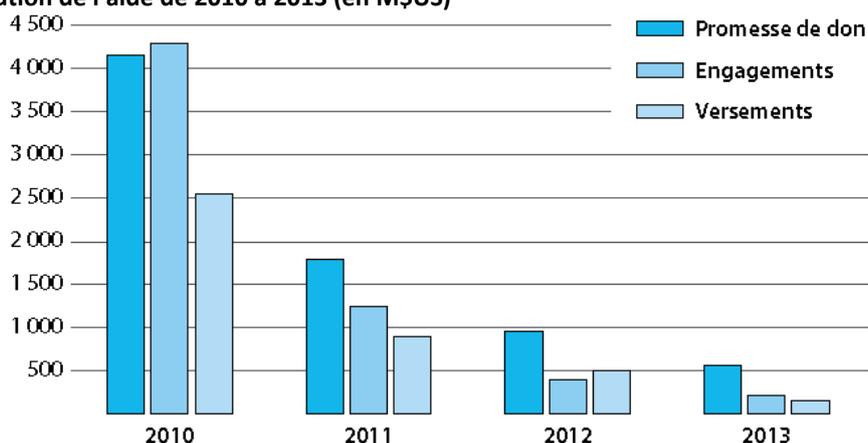
²¹ OCHA, Plan d'Action Humanitaire pour Haïti 2014.

2.3 Rôle de l'assistance internationale

Haïti est parmi les principaux bénéficiaires de l'aide externe à l'échelle mondiale. Le tremblement de terre de 2010 a suscité une mobilisation internationale hors pair. En 2010, l'aide publique au développement (APD) vers Haïti a atteint plus de 3 milliards de dollars, dont 40 % d'aide humanitaire. Le retour à la normale s'est fait en 2012 avec 1,3 milliard, la composante humanitaire se limitant à 20 %²². En 2012 toujours, dernière année où le calcul a été fait, l'aide internationale correspondait à 12% du PIB. Le niveau de 2012 est anticipé rester stable jusqu'à 2016.

Sur la période récente, la capacité d'absorption des bénéficiaires de l'aide publique au développement (gouvernement et ONG) s'est améliorée, avec un rapprochement des niveaux d'engagements et de décaissements.

Figure 1 : Évolution de l'aide de 2010 à 2013 (en M\$US)



Source : MGAE, MPCE (2014)

La part du secteur « santé et population » dans l'APD sur la période 2008-2012 a été de 9,6%. Pour le secteur de la santé, 17 bailleurs contribuent. Cette fragmentation, combinée à la faiblesse institutionnelle de l'État, limite la synergie des ressources et des moyens engagés.

3 Programme 2013-2016 de l'UNFPA à Haïti

3.1 Logique d'intervention du programme

Le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (2013-2016) vise à **améliorer la qualité de vie du peuple d'Haïti à travers l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, promouvoir les droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle**. Les quatre résultats attendus du programme sont les suivants²³ :

5. Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;
6. Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;
7. La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la

²² PNUD, Rapport sur les OMD, 2014

²³ Dans leur ordre de présentation dans le cadre de coopération.

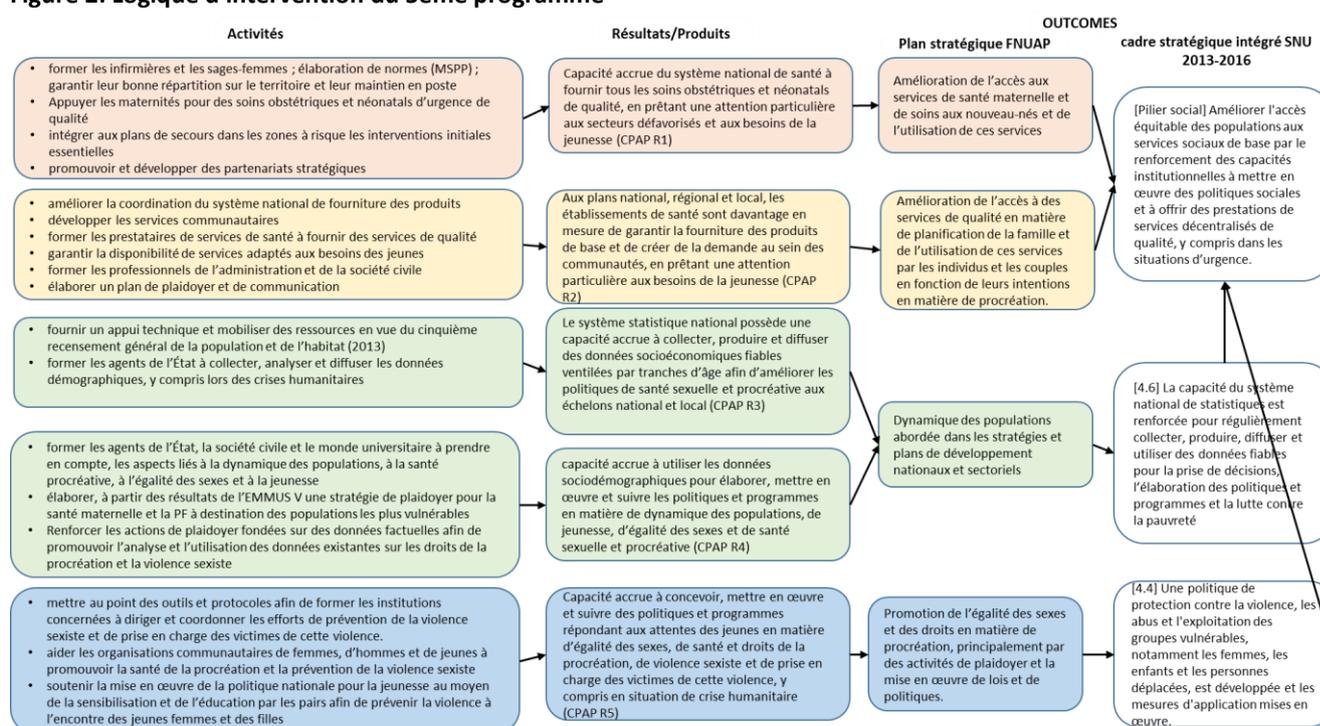
planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;

- Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les domaines d'intervention du programme devaient être intégrés et centrés sur les cibles stratégiques que sont les femmes, les jeunes, y compris les adolescentes²⁴ et les populations déplacées.

La logique d'intervention du programme présentée ci-après schématise les liens de causalité qui sont indiqués dans le CPAP, avec leurs liens avec le Plan Stratégique de l'UNFPA et le Cadre Stratégique Intégré 2013-2016 du SNU à Haïti.

Figure 2: Logique d'intervention du 5ème programme



Le programme 2013-2016, élaboré en 2012, prend acte de la décision du gouvernement de mettre fin à l'approche de l'aide humanitaire, seulement 18 mois après le séisme de janvier 2010. Le contexte des crises humanitaires n'est indiqué au niveau des résultats attendus que pour l'approche égalité de genre (Résultat 5), en lien avec l'augmentation des violences basées sur le genre qui avait suivi le tremblement de terre.

L'analyse du programme, puis l'élaboration du schéma de la logique d'intervention ne font pas apparaître une théorie du changement explicite et analytique dans les domaines d'intervention de l'UNFPA. Les dynamiques à mobiliser par les activités pour atteindre les résultats ne sont pas explicitées, pas plus que le lien entre les résultats et les impacts.

La première question posée par le diagramme de la logique d'intervention est celui de la masse critique nécessaire pour transformer les activités en outcomes. Par exemple, à partir de quel volume et avec quel ciblage de « l'appui aux maternités pour des soins obstétriques et néonataux d'urgence de qualité » l'UNFPA peut contribuer à un accès plus important et plus équitable à des services de SR de qualité ? Si les ressources sont insuffisantes pour atteindre la masse critique, est-ce que des approches complémentaires ou alternatives, ou des effets de leviers ont été explorés ?

²⁴ Le CPD 2013-2016 ne visent pas explicitement les adolescents ; Cette option a été prise en 2012 dans le CPAP pour répondre aux préoccupations de MSPP et de l'UNICEF.

La seconde question laissée ouverte par la chaîne de résultat du CPAP est l'opérationnalisation du lien entre l'amélioration des capacités (commune à 4 résultats sur 5) et l'atteinte des outcomes 1 (Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base) et 4 (Développer et mettre en œuvre un politique de protection contre la violence). De la même manière, les conditions de la pérennisation des acquis (effets) aux différents niveaux ne sont pas identifiés ni ne font l'objet d'une mise en œuvre spécifique.

En règle générale, le développement des capacités est une des conditions de la pérennisation des acquis et de gains en matière d'efficacité. Il ne conditionne cependant pas seul la couverture des besoins et le ciblage des situations de plus grande vulnérabilité ou d'urgence.

Enfin, il n'est pas clair que le niveau de moyens mobilisés (activités), même sous hypothèse d'une atteinte systématique des résultats (efficacité parfaite), soient en capacité d'atteindre les effets de seuil du déclenchement d'impacts de haut niveau (outcomes) de l'UNFPA. Dans ce sens, le cadre de programmation du 5^{ème} programme peut difficilement contribuer à apporter à l'UNFPA tous les bénéfices attendus d'une approche orientée sur les résultats.

Ces questionnements, en plus de ceux qui découlent de la couverture par l'évaluation des critères d'évaluation, sont intégrés dans la démarche au niveau des critères de jugement et des indicateurs dans la matrice d'évaluation.

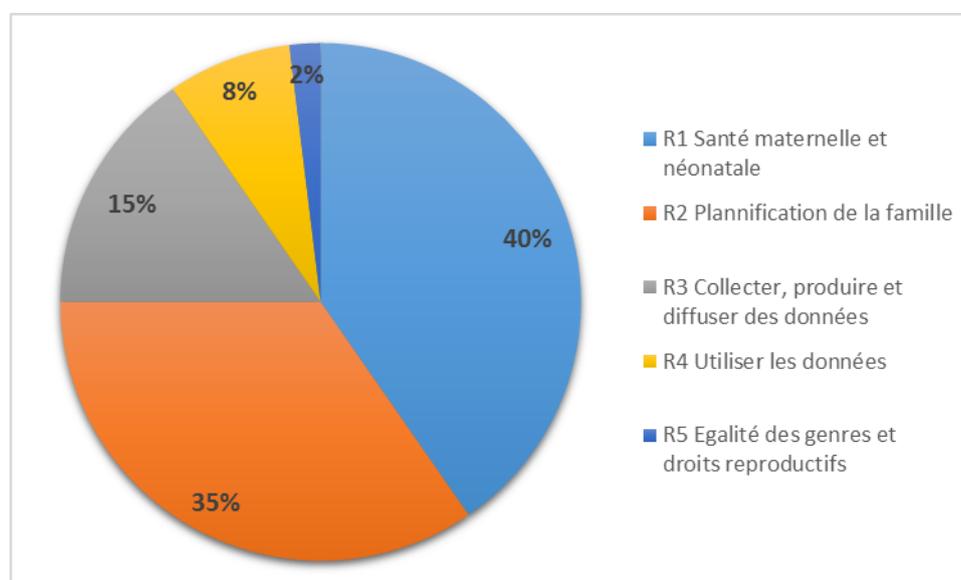
3.2 Structure financière du programme

Le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (2013-2016) prévoyait un budget de 26 M\$, dont 12 M\$ en fonds réguliers et 14 M\$ avec d'autres sources.

La répartition du budget par résultat est la suivante :

Table 1 - Répartition des ressources par résultat

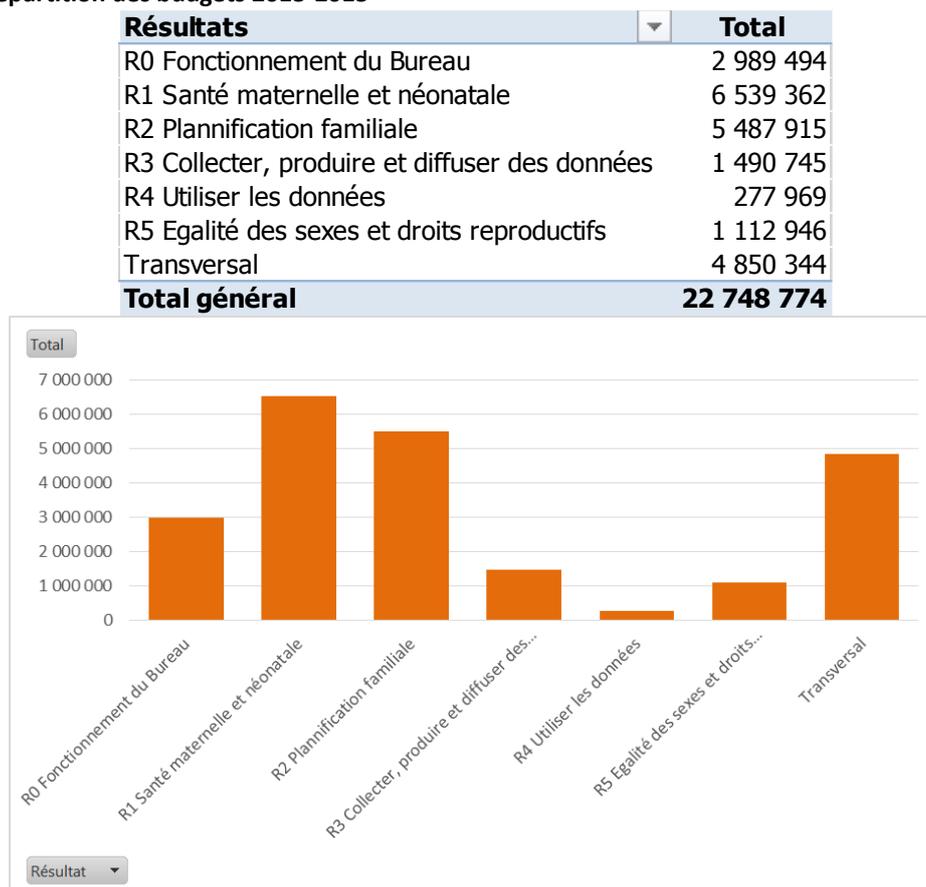
Résultats	Ressources ordinaires	Autres ressources	Total	%
R1 Santé maternelle et néonatale	3,5	7,0	10,5	40%
R2 Plannification de la famille	4,0	5,0	9,0	35%
R3 Collecter, produire et diffuser des données	2,0	2,0	4,0	15%
R4 Utiliser les données	2,0	-	2,0	8%
R5 Egalité des genres et droits reproductifs	0,5	-	0,5	2%
Total général	12,0	14,0	26,0	100%



Source : CPAP

Sur la base de la programmation actuelle (CPAP 2013, 2014 et 2015), la distribution des budgets au 31/12/2015, soit un an avant la clôture du 5^{ème} programme, est présentée dans la figure ci-après :

Figure 3 - Répartition des budgets 2013-2015

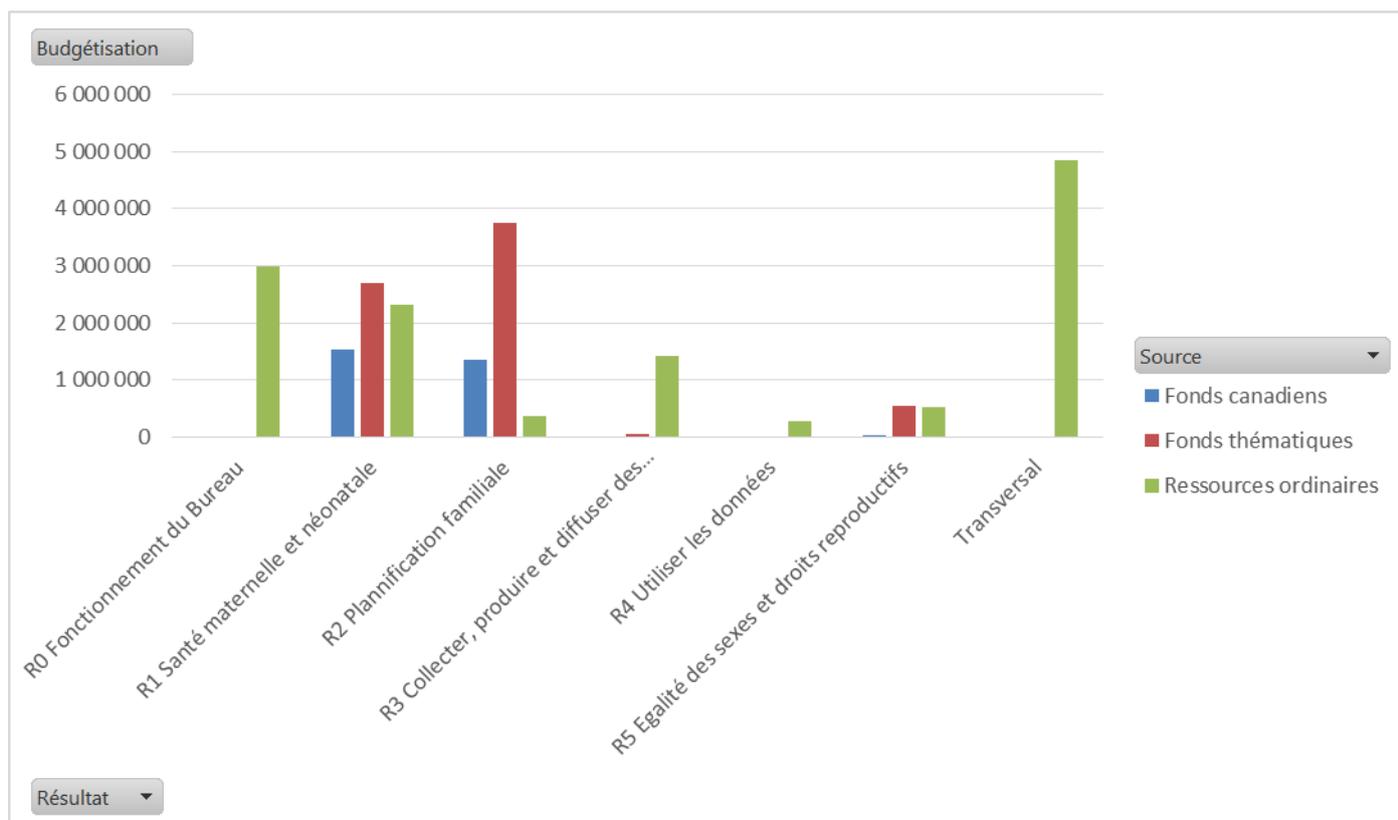


Source : données Atlas au 31/12/2015

Les sources de financement effectivement mobilisées et mises en œuvre sont cohérentes avec les prévisions du CPAP. La part des ressources autres que les ressources ordinaires de l'UNFPA était anticipée à 54%. Elle a été jusqu'à là de 56%. L'origine des budgets mobilisés pour les résultats est présentée ci-après.

Figure 4 - Sources de financement par résultat

Budgetisation	Sources			Total général
	Fonds canadiens	Fonds thématiques	Ressources ordinaires	
R0 Fonctionnement du Bureau			2 989 494	2 989 494
R1 Santé maternelle et néonatale	1 534 078	2 691 745	2 313 539	6 539 362
R2 Plannification familiale	1 358 142	3 757 527	372 245	5 487 915
R3 Collecter, produire et diffuser des données		57 761	1 432 984	1 490 745
R4 Utiliser les données			277 969	277 969
R5 Egalité des sexes et droits reproductifs	32 100	553 760	527 085	1 112 946
Transversal			4 850 344	4 850 344
Total général	2 924 320	7 060 794	12 763 660	22 748 774



Source : données Atlas au 31/12/2015

Les fonds canadiens (« projet conjoint en SR/PF », 2,9 M\$ entre 2013 et 2014) ont été utilisé jusqu'en 2013. Au-delà, l'UNFPA n'a plus disposé, pour l'essentiel, que de ses fonds réguliers et thématiques.

3.3 Réalisations financières

3.3.1 Analyse globale

Sur la base d'une répartition interannuelle homogène, le budget mobilisé à fin 2015 devrait être de 19,5 M\$. Le total des engagements est à ce jour de 19,7 M\$, la mobilisation des ressources excède les prévisions initiales.

Le taux d'utilisation²⁵ des ressources mobilisées est de 92% (18,1 M\$). La performance globale est partagée par tous les résultats, à l'exception de celui lié à la collecte des données (82%).

Table 2 - Taux d'utilisation des budgets 2013-2015

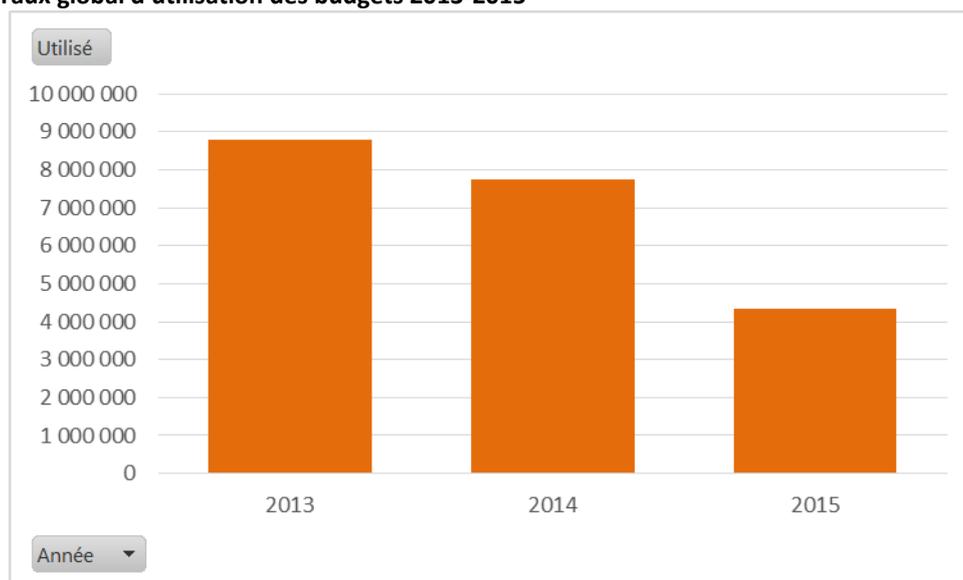
	Budgété	Utilisé	%
R0 Fonctionnement du Bureau	2 989 494	2 769 587	93%
R1 Santé maternelle et néonatale	6 539 362	6 038 307	92%
R2 Plannification familiale	5 487 915	5 032 233	92%
R3 Collecter, produire et diffuser des données	1 490 745	1 219 051	82%
R4 Utiliser les données	277 969	277 965	100%
R5 Egalité des sexes et droits reproductifs	1 112 946	1 039 678	93%
Transversal	4 850 344	4 538 726	94%
Total général	22 748 774	20 915 547	92%

Source : données Atlas au 31/12/2015

²⁵ Au sens d'Atlas, le système de gestion financière du UNFPA, c'est-à-dire les décaissements et des « unliquidated ».

Les montants utilisés sont en baisse d'une année sur l'autre, de 8,8 M\$ en 2013 à 4,4 M\$ en 2015.

Figure 5 - Taux global d'utilisation des budgets 2013-2015

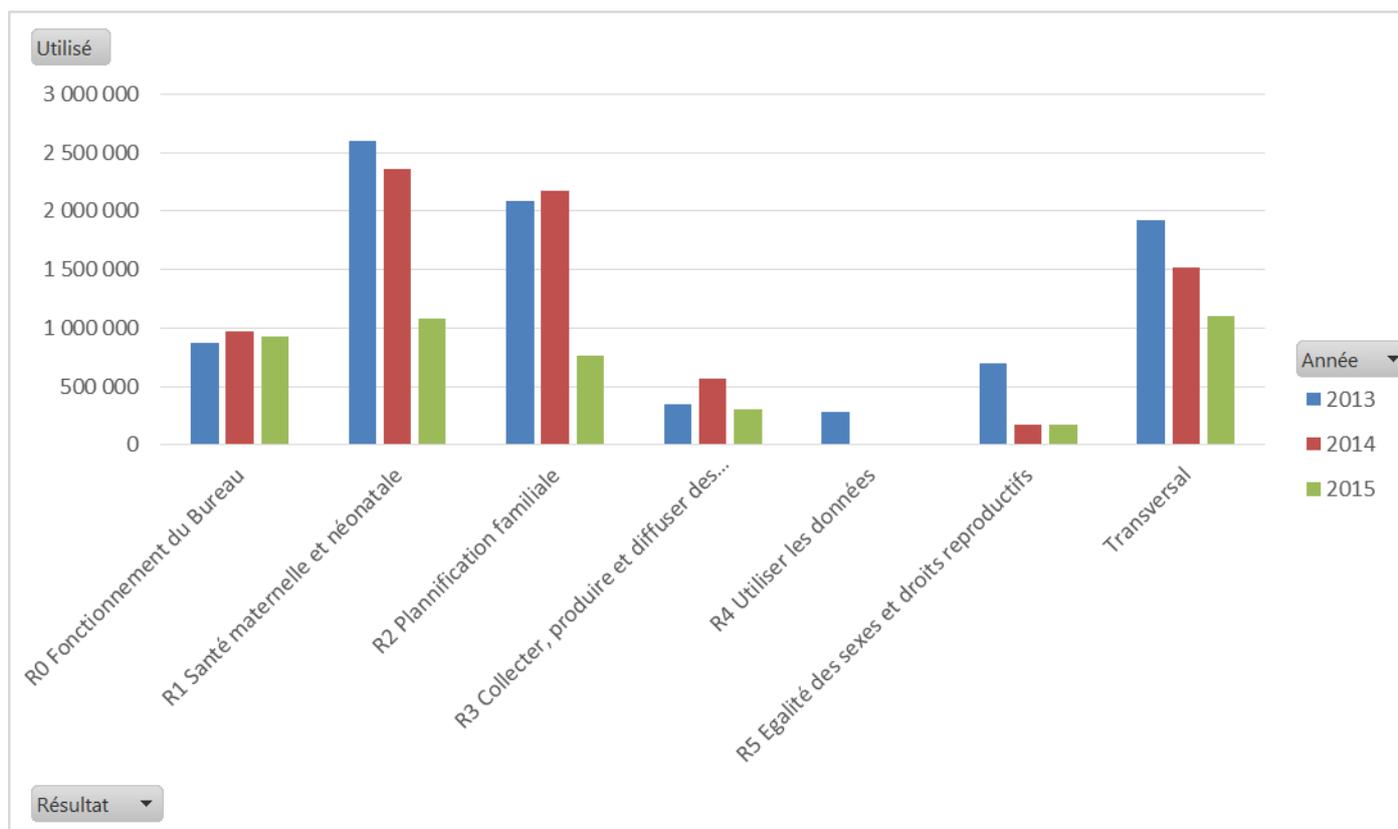


Source : données Atlas au 31/12/2015

La chronique sur trois ans de l'utilisation des ressources met en évidence une réduction des dépenses pour chacun des résultats, avec une baisse marquée en 2015 pour la santé reproductive et la planification de la famille. Cette baisse s'accroît de manière sensible en 2016.

Figure 6 - Taux différencié d'utilisation des budgets 2013-2015

Utilisé Résultat	Année			Total général
	2013	2014	2015	
R0 Fonctionnement du Bureau	868 517	976 499	924 572	2 769 587
R1 Santé maternelle et néonatale	2 601 202	2 354 215	1 082 891	6 038 307
R2 Plannification familiale	2 086 746	2 176 684	768 803	5 032 233
R3 Collecter, produire et diffuser des données	343 502	569 309	306 240	1 219 051
R4 Utiliser les données	277 965			277 965
R5 Egalité des sexes et droits reproductifs	699 949	171 176	168 554	1 039 678
Transversal	1 923 329	1 514 120	1 101 277	4 538 726
Total général	8 801 208	7 762 002	4 352 336	20 915 547



Source : données Atlas au 31/12/2015

3.3.2 Analyse par partenaires d'exécution

La répartition des dépenses par les partenaires d'exécution, d'une part, et le bureau dans le cadre de l'exécution directe, d'autre part, est présentée ci-après. L'importance de l'exécution directe était indiquée dans le CPAP et s'établit sur la période à 52% des décaissements.

Le reste du programme est réparti de manière relativement homogène entre 17 partenaires. La part des structures publiques dans les ressources utilisées est de 57% (4,4 M\$).

Table 3 - Dépenses 2013-2015 par partenaire d'exécution

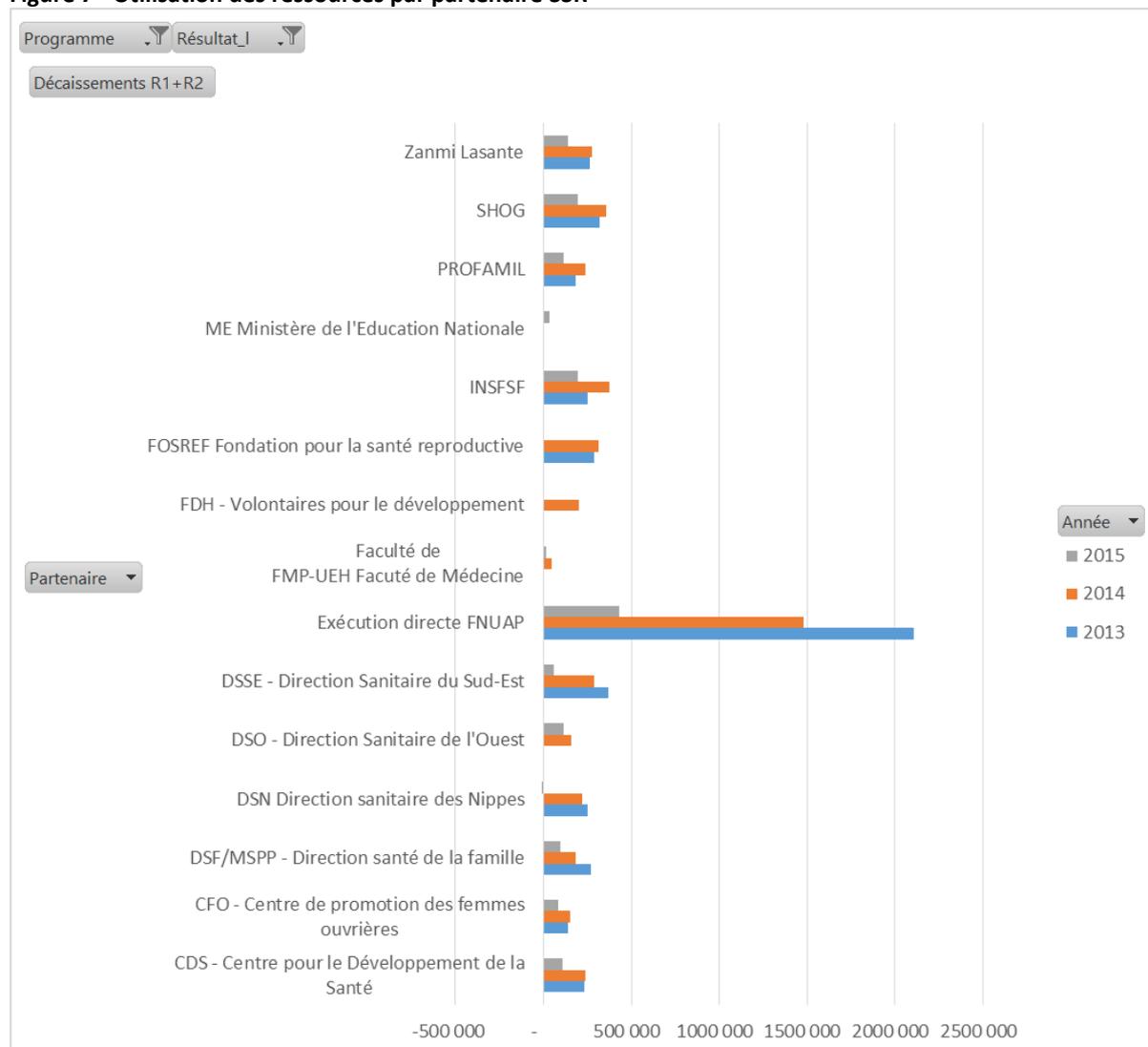
Partenaires	Utilisation des budgets						Résultats		Total général
	R1	R2	R3	R4	R5	Transversal			
CDS - Centre pour le Développement de la Santé	617 786	21 707			113 329			752 822	
CFO - Centre de promotion des femmes ouvrières	88 769	328 934						417 703	
DSF/MSPP - Direction santé de la famille	387 485	158 390						545 875	
DSO - Direction Sanitaire de l'Ouest	233 606	37 142						270 748	
DSSE - Direction Sanitaire du Sud-Est	560 870	157 639						718 510	
Faculté de FMP-UEH Faculté de Médecine		66 654						66 654	
FASCH/UEH - Faculté des Sciences Humaines				382 992				382 992	
IHSI			706 763					706 763	
INSFSF	822 955							822 955	
PROFAMIL		534 474						534 474	
SHOG	804 746	124 141						928 887	
Zanmi Lasante	685 213	49 363			86 083			820 659	
MCFDF - Ministère Condition Féminine					400 662			400 662	
DSN Direction sanitaire des Nippes	325 533	147 788						473 321	
ME Ministère de l'Education Nationale		34 671						34 671	
FOSREF Fondation pour la santé reproductive		603 969						603 969	
FDH - Volontaires pour le développement		204 617						204 617	
Exécution directe FNUAP	1 511 344	2 562 745	151 953	255 308	439 604	4 538 726		9 459 678	
Total général	6 038 307	5 032 233	858 715	638 300	1 039 678	4 538 726		18 145 960	

Source : données Atlas au 31/12/2015

Santé maternelle et néonatale, planification familiale (R1, R2)

Les performances financières des PE pour les 2 résultats sont présentées ensemble car les activités correspondantes sont mises en œuvre, pour l'essentiel, par les mêmes partenaires. 14 PE ont été mobilisés, en général consécutivement sur les 3 années. Cette régularité est très affirmée pour les ONG (7). Le soutien aux structures publiques (MEN, DD, Faculté de médecine,...) est moins régulier, sauf pour la DSF et l'INSFSF.

Figure 7 - Utilisation des ressources par partenaire SSR



Source : données Atlas au 31/12/2015

Le niveau de dépense a considérablement baissé en 2013 (1,6 M\$) par rapport aux 2 années précédentes (respectivement 4,7 M\$ et 4,5 M\$). Les dépenses réalisées en exécution directe par l'UNFPA ont été divisées par 5 entre 2013 (2,1 M\$) et 2015 (0,4 M\$). En pourcentage, la part de la mise en exécution directe diminue (de 45 à 27%) également.

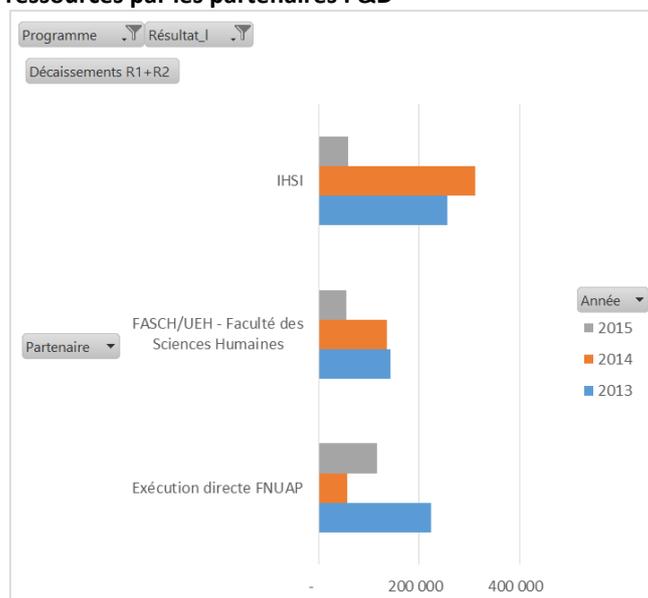
Le niveau de dépense est relativement homogène entre les PE (161 000\$/an en moyenne, hors exécution directe), que ce soit les structures étatiques (140 000 \$/an) ou non (183 000\$/an). Cette homogénéité questionne d'ailleurs la clé de répartition adoptée pour les arbitrages budgétaires et l'introduction d'une priorisation en fonction de la nature des activités ou de leur degré de cohérence avec les principes d'action de l'UNFPA. La présentation des activités dans les PTA met uniquement en avant la cohérence avec le cadre de résultat, indépendamment de l'approche (orientée sur les droits humains ou sur les services médicalisés).

Les 3 partenaires les plus dépensiers sont SHOG, l'INSFSF et la DDSE.

Population et développement (R3, R4)

Le niveau de dépense des 2 PE associés à la composante Population et développement (PD) a également fortement baissé entre 2013 et 2015, de manière tendancielle pour FASCH (pour une moyenne annuelle de 0,11 M\$) et plus erratique pour l'IHSI (pour une moyenne annuelle de 0,21 M\$) en fonction des grandes échéances que sont l'EMMUS et la préparation du RGPH. L'année 2013 met en évidence des budgets réduits de manière importante pour les deux PE. Le niveau de l'exécution directe est également très variable, avec une remontée en 2013 liée au développement d'activités de conseil (du bureau régional) pour le RGPH. Sa part dans les dépenses a variée de 88%, 11% et 51% respectivement en 2013, 2014 et 2015.

Figure 8 - Utilisation des ressources par les partenaires P&D

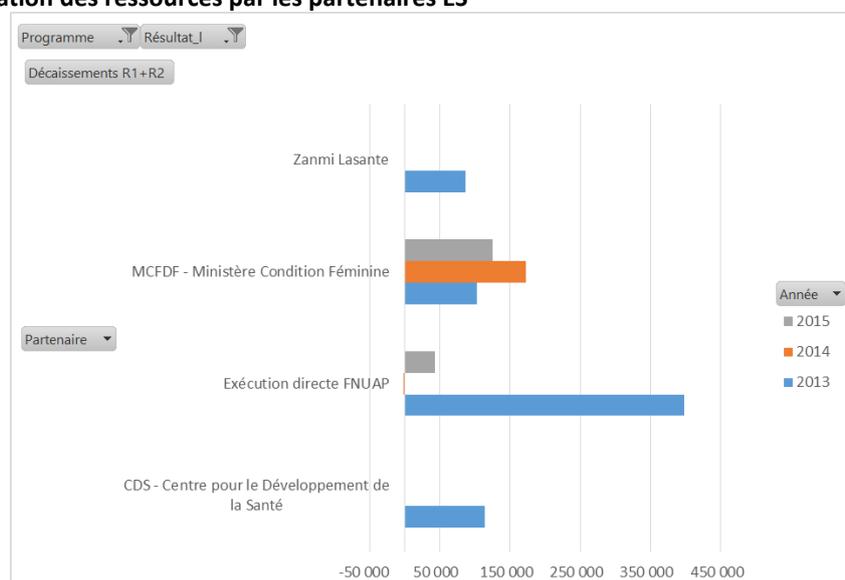


Source : données Atlas au 31/12/2015

Egalite des sexes et droits de la procréation (R5)

Contrairement aux autres composantes caractérisées par une permanence des partenariats de l'UNFPA, les ONG (CDS et ZL) appuyées en 2013 n'ont pas été reconduites les deux années suivantes. Seul le ministère (MCFDF) est appuyé sur l'ensemble de la période, avec un appui moyen de 0,13 M\$ par an. L'exécution directe a pris une part prépondérante (90%) en 2013 puis a pratiquement disparu.

Figure 9 - Utilisation des ressources par les partenaires ES



4 Réponse aux questions évaluatives

La réponse aux questions évaluatives est présentée ci-après, détaillée par critères de jugement.

IMPORTANT : Les informations documentaires et extraites des autres méthodes de collecte de l'information (entretiens, visites de sites) ainsi que l'analyse de ces constats au niveau des indicateurs sont présentés dans l'annexe 2 de ce rapport.

4.1 Pertinence

Question d'évaluation n°1 : Dans quelle mesure le 5^{ème} programme de l'UNFPA à Haïti (i) a contribué à répondre aux besoins de la population haïtienne, (ii) a été aligné sur les priorités des politiques nationales et internationales, ainsi que sur les plans stratégiques de l'UNFPA et (iii) a répondu aux changements qui ont affecté le contexte du développement et aux crises humanitaires pendant la période de mise en œuvre du programme ?

Réponse à la question :

Le 5^{ème} programme répond bien à des besoins identifiés par l'EMMUS V (de 2012) en matière de santé reproductive comme de l'égalité des droits Femmes-Hommes. Il ne tire pas cependant les conséquences de l'identification des plus grandes difficultés d'accès à une santé reproductive de qualité dans les zones rurales. Le CPAP s'inscrit principalement dans la continuité des zones d'intervention du projet conjoint UNFPA/UNICEF/OMS financé par la coopération canadienne (jusqu'en 2013), hormis un SONUB dans l'Artibonite. Les zones couvertes par les partenaires d'exécution sont essentiellement des zones urbaines, avec une concentration dans l'aire métropolitaine de la capitale.

Le CPAP est aligné sur les cadres de politique de développement (Vision 2030) du gouvernement mais ne s'inscrit pas explicitement dans les cadres sectoriels, notamment la politique de santé. L'UNFPA était alors engagée dans l'appui au MSPP au plan d'action pour la santé reproductive, qui n'était pas encore adopté. Les approches stratégiques se sont calquées sur le futur cadre sans pouvoir le revendiquer. La prise en charge des fonctions de santé reproductive sont cohérentes avec les principes promus par l'UNFPA.

Le CPAP est également aligné sur le cadre stratégique intégrée du SNU. Ce cadre n'apporte pas une valeur ajoutée claire par exemple en proposant une théorie du changement ou en identifiant des synergies opérationnelles entre les agences du pilier social.

L'approche stratégique du CPAP est insuffisamment mise en avant, au même titre que l'analyse des causes profondes de la persistance des besoins. Le CPAP ne présente pas une théorie du changement ou un cadre logique qui permet de comprendre comment et pourquoi les activités vont produire la transformation sociétale et du cadre de politique (les effets) qui est attendue. Les activités sont compatibles avec une contribution à la réponse aux besoins mais il est difficile d'apprécier l'échelle et la durée de cette contribution. Le projet conjoint avait élaboré un cadre stratégique plus complet qui n'a pas été repris pour élaborer le CPAP.

L'élaboration du CPAP s'est faite dans un contexte de transition de l'approche humanitaire à l'approche de développement voulue par le gouvernement et de révision du cadre stratégique interne de l'UNFPA. Autant la transition vers le développement a bien été intégrée à la démarche stratégique (les populations vulnérables fragilisées par les crises n'apparaissent plus que comme une dimension transversale), autant le repositionnement stratégique interne (avec « l'œil de bœuf ») s'est avéré difficile à prendre en compte. Le lien des chargés de projet avec les partenaires d'exécution rend difficile les évolutions importantes. Le CPAP est encore fortement structuré par

composante et les innovations profondes comme l'approche par les droits humains sont seulement mentionnées (une fois) ou indiquées comme des dimensions transversales (jeunes, vulnérables,...).

La faisabilité du CPAP, notamment la proportionnalité des résultats recherchés par rapport aux moyens financiers et humains prévisibles, n'est pas analysée. Les ressources sont allouées au cadre de résultats, sans analyse de vraisemblance de l'incidence sur les transformations. Le CPAP s'avère ainsi avoir été un cadre de conformité des actions et des dépenses au programme pays plus qu'une stratégie de mise en œuvre des objectifs du programme pays.

CJ1.1 : Le processus de programmation a bien pris en compte les besoins de la population, en particulier des jeunes et des groupes vulnérables ou fragilisés par une crise humanitaire

Le processus de programmation a pris en compte les besoins en SR de la population au sens le plus générique possible. Le ciblage géographique en particulier est justifié principalement par l'existence du projet conjoint UNFPA/UNICEF/OMS financé par la coopération canadienne, plutôt que par les données de l'EMMUS. L'enquête identifiait clairement les zones rurales comme celles de plus grande concentration des besoins. Ce groupe n'est pratiquement pas ciblé par le CPAP. Les jeunes/adolescentes, les groupes vulnérables ou fragilisés par une crise humanitaire sont introduits dans la stratégie comme des dimensions transversales qui ne font pas l'objet d'actions ciblées.

Le CPAP ne développe pas l'analyse des données disponible, ni ne propose de théorie du changement. Le contexte de transition de ses cadres stratégiques tant externe (décision du gouvernement de sortir de l'approche humanitaire) qu'interne (nouveau cadre stratégique de l'UNFPA) n'a pas facilité l'élaboration d'une stratégie cohérente, intégrant les nouvelles approches et les nouvelles cibles.

L'alignement du CPAP avec le cadre de politiques nationales a été réalisé avec des documents très généraux de politique de développement. Les cadres programmatiques sectoriels ne sont pas mentionnés, même si par ailleurs le BP était en train d'appuyer le MSPP pour l'élaboration du plan d'action pour la santé reproductive. L'ancrage sur la politique nationale est insuffisamment perceptible.

La faisabilité du CPAP en fonction des moyens financiers et humains, ainsi que des compétences des partenaires d'exécution, dont dispose le BP comparé aux approches stratégiques retenues n'est pas analysée. Si le CPAP a bien réduit le nombre de produits à 5 (dont deux pour l'approche Population et développement) comme requis par l'évaluation du 4^{ème} programme, chaque produit est décliné en de trop nombreuses approches stratégiques (6 pour le produit 1 comme pour le produit 2) pour donner des guides pour l'action du BP.

CJ1.2.: Les stratégies d'intervention des 5 résultats du programme étaient cohérentes avec les priorités du Cadre Stratégique Intégré (2013-2016) et du plan stratégique de l'UNFPA et le sont restées en cas de révision de ces cadres

Les stratégies d'intervention des 5 résultats du programme étaient cohérentes avec les priorités du Cadre Stratégique Intégré (2013-2016) et du plan stratégique de l'UNFPA et le sont restées. Le CSI 2013-2016 donne des orientations très larges en termes d'objectif stratégique « *Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base par le renforcement des capacités institutionnelles à mettre en œuvre des politiques sociales et à offrir des prestations de services décentralisés de qualité, y compris dans les situations d'urgence.* » (p.88). Trois principes d'action peuvent s'en déduire : (i) équité, (ii) renforcement des capacités institutionnelles et (iii) prestations de services décentralisés de qualité. Le CPAP est entièrement aligné sur ces trois principes :

- L'équité est recherchée par la prise en charge de tout ou partie des frais logistiques et administratifs des PE prestataires de SR/PF ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles est appuyé au niveau central (MSPP ; MCFDF) et décentralisés (pour le MSPP dans les deux départements cibles) ;
- Les prestations de services décentralisés de qualité sont mises en place dans les SONU (B et C).

À l'inverse, les produits et résultats du CPAP ne se retrouvent pas systématiquement dans la matrice des résultats du CSI. Ainsi la position de chef de file pour l'approche Population et développement est donnée au PNUD et, par exemple, la dimension « jeunes » n'est pas identifiée.

Le CPAP indique (p.10) un alignement avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013 au travers de ses 4 résultats :

- La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;
- Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;
- Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;
- Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les 4 résultats repris du plan stratégique 2008-2013 ne sont cependant pas connectés explicitement aux produits et approches stratégiques énoncés par le CPAP. Au-delà de ces 4 résultats, le CPAP énonce des options stratégiques (p.10) dont le lien avec le plan stratégique n'est pas spécifié.

Le CPAP prend bien en compte du renforcement des capacités : la formation et l'appui technique sont pris en compte systématiquement pour chacun des 5 produits. À contrario, la coopération Sud-Sud est peu intégrée dans la stratégie. La seule coopération Sud-Sud indiquée par le CPAP est celle avec le Brésil, pays qui a mobilisé l'essentiel du contingent de la MINUSTHA. Il avait précédemment porté sur les VBG et il était prévu de l'étendre à l'appui à la réalisation du RGPH.

4.2 Efficacité et durabilité du volet santé maternelle et néonatale

Question d'évaluation : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à accroître durablement l'accès à et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale et de planification de la famille, particulièrement dans les zones de concentration des jeunes, des adolescents et des groupes vulnérables ou fragilisés par des crises ?

Réponse à la question :

Les activités appuyées par l'UNFPA ont maintenu le niveau d'accès et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale et de planification de la famille dans une période où le budget national s'est démontré déficient, avec des allocations en baisse malgré les engagements de la politique de la santé et du plan stratégiques SSR 2013-2016. La couverture des besoins du pays en SSR par les SONU s'est réduite après la clôture en 2014 du projet conjoint UNFPA-UNICEF-OMS financé par la coopération canadienne. Le nombre de SONUB a diminué au niveau national et des 11 centres appuyés par le projet conjoint, seul un seul reste conforme aux normes édictées par la MSPP avec l'appui de l'UNFPA. La qualité de service dans les SONU, et particulièrement les SONUB, est mauvaise hormis pour les 6 centres appuyés par l'UNFPA (1 SONUB du MSPP à Marigot, et 5 points de prestation de services (PPS) gérés par les partenaires de l'UNFPA du secteur privé non lucratif). L'approvisionnement en intrants s'est amélioré. Les ruptures de stocks ne concernent plus que 47% des SONU pour 82% précédemment.

Les indicateurs-clés des résultats de l'UNFPA (mortalité maternelle et néonatale) sur la période ne sont pas connus, dans l'attente de l'EMMUS VI. En dépit de l'échec de la politique de déploiement des SONUB, les statistiques administratives affichent des résultats positifs, avec en particulier la réduction de ¾ des décès maternels. Le taux de mortalité néonatale resterait quant à lui stable (2,46 en 2014).

Une contribution essentielle de l'UNFPA reste le bon fonctionnement de l'Institut National des Sages-Femmes (INSF), avec notamment un cycle long qui a permis d'ouvrir l'accès à la profession au-delà des infirmières diplômées. Les curriculums sont adaptés aux normes du MSPP et aux besoins de fonctionnement des SONUB. Les effectifs diplômés restent encore très inférieurs aux besoins théoriques mais les stagiaires ont déjà des difficultés pour trouver des SONU qui offrent des conditions d'accueil acceptables, malgré l'appui financier de l'UNFPA. La majorité des diplômées de l'INSF vont dans le privé, commercial ou caritatif, voir partent à l'étranger.

L'appui de l'UNFPA en faveur de la planification familiale, et en particulier de la diffusion des méthodes de longue durée n'a pas obtenu le niveau ambitieux de résultats attendus. L'augmentation du taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer à hauteur de 25% à la fin de 2016 n'est pas réalisable, avec une valeur actuelle (statistiques administratives et projection hasardeuse de la population) de 18,6%. Les méthodes de longue durée ne représentent que 1% de cette couverture des besoins.

Les méthodes de courte durée répondent pour 94% à la demande des femmes. Parmi les méthodes de longue durée, les implants sont privilégiés, avec une couverture de 5% de la demande globale et 79% de la demande de méthodes de longue durée. En comparaison, les méthodes de longue durée sont utilisées par 2% des clients fréquentant les PPS supportés par l'UNFPA alors que la valeur au niveau national est de 5,8%. Les partenaires de l'UNFPA sous-performent paradoxalement par rapport à la moyenne nationale.

Les besoins PF des jeunes, et singulièrement des adolescentes, ne sont pas pris en compte par l'action publique, et guère plus par les activités des partenaires de l'UNFPA. Les PPS appuyés ne proposent pas de services ou de modalités de mise en œuvre particulière pour ce public difficile à associer aux politiques publiques. Le MSPP a une position équivoque par rapport aux références à la constitution qui peuvent être interprétées comme définissant la promotion de la PF auprès des jeunes comme un délit. L'UNFPA n'a pas spécifiquement mobilisé un plaidoyer pour faire progresser le cadre législatif passéiste, notamment en mobilisant des partenaires porteur d'un message sur l'égalité des droits des adolescentes. Il en a été de même pour l'avortement.

La durabilité de la contribution de l'UNFPA sur la période réside en tout premier lieu sur la pérennité de son mandat, pour autant que ses ressources soient proportionnées aux besoins de la coopération avec Haïti, ce qui tend à ne pas être le cas. La durabilité financière des acquis du programme est questionnable dans la perspective d'une poursuite de la pénurie des financements publics consacrés à la SSR. Les partenaires privés de l'UNFPA n'ont pas développé de stratégie de diversification de leurs ressources, ou de péréquation des tarifs des actes obstétricaux dans les PPS. Ils préservent leur dépendance par rapport à l'UNFPA qui est a priori le seul bailleur institutionnel à prendre encore en charge des salaires et du fonctionnement sur une base pluriannuelle.

La durabilité sociale des acquis auxquels a contribué l'UNFPA est assurée à la fois par les actions d'information et l'évolution culturelle globale de la société haïtienne en faveur de l'éducation, la santé et la planification familiale. Ces acquis dépendent cependant pour une large part de la population de la pérennisation des PPS subventionnés ou appliquant des tarifs sociaux.

CJ.2.1 : Les services de santé maternelle et néonatale qualifiés, équipés et disposant des stocks nécessaires sont accessibles et utilisés par les jeunes, les adolescents et les groupes vulnérables

L'intervention de l'UNFPA a contribué, plus qu'à l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services, au maintien du niveau existant au début du 5^{ème} programme (2012). Cette contribution a permis de minimiser les effets d'une pénurie de ressources publiques allouées à la santé en général, et à la SSR en particulier.

Figure 10 - Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales



Source : Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

L'évolution des dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales confirme le manque d'engagement de l'État dans la santé. Elles sont passées progressivement de plus de 20% au milieu des années 90 à 5% et moins depuis 2011.

Les améliorations de la situation de la SSR à Haïti devaient être traduites par une baisse du taux de mortalité maternelle et une augmentation de la proportion des naissances se déroulant en présence de personnel de santé. Il n'y a pas d'estimation précise de ces deux indicateurs. Ils doivent être mesurés par l'enquête EMMUS VI qui est actuellement en préparation. Cependant les données disponibles vont dans le sens de progrès accomplis durant la période.

Table 4 - Répartition des Décès Maternels par Département, 2014

Département	Accouchements institutionnels	Décès	
		Nombre	Taux (%)
Artibonite	13 493	40	0,3%
Centre	11 068	29	0,3%
Grande Anse	2 261	4	0,2%
Nippes	2 743	7	0,3%
Nord	8 008	25	0,3%
Nord Est	4 037	14	0,3%
Nord Ouest	3 686	8	0,2%
Ouest	24 772	46	0,2%
Sud	7 011	20	0,3%
Sud-Est	1 817	7	0,4%
Total	78 900	200	0,3%

Source : Rapports des statistiques des institutions sanitaires du MSPP 2014

Le pourcentage des naissances se déroulant en présence de personnel formé tendrait vers une augmentation toujours selon les statistiques du MSPP, soit un taux de 57%.

Table 5 - Répartition des accouchements institutionnels par département

Département	Accouchements	Institutionnels (%)
Artibonite	20 838	64,8%
Centre	15 233	72,7%
Grande Anse	6 837	33,1%
Nippes	4 085	67,2%
Nord	16 478	48,6%
Nord Est	9 052	44,6%
Nord Ouest	6 558	56,2%
Ouest	46 010	53,8%
Sud	9 453	74,2%
Sud Est	3 756	48,4%
Total	138 300	57,1%

Source : Rapports des statistiques des institutions sanitaires du MSPP 2014

Le taux calculé à partir des statistiques du MSPP se base sur la réception de 90% des rapports mensuels des institutions collectées dans les départements et l'enregistrement de 32% des naissances attendues. Ce taux représente une augmentation de plus 54% par rapport à la situation en 2012²⁶ où le taux était estimé à 35,9% (Plan stratégique national SR et PF, p.7). Ces données devront être confirmées par l'enquête EMMUS VI.

Les progrès dans la prise en charge des urgences néonatales globalement dans le pays sont faibles La disponibilité de cette fonction est passée de 13% en 2009 à 19 % en 2015. Cette faible performance se traduit dans les statistiques par le taux de mort-nés très élevé enregistré dans le pays. (2,45 en 2012, 2,40 en 2013 et 2,46 en 2014).

Les actions nécessaires pour améliorer la santé maternelle et néonatale ont été mises en œuvre avec l'appui de l'UNFPA : les institutions offrant les soins obstétricaux d'urgences ont reçu les équipements de base pour réaliser les différentes fonctions établies par les normes, les institutions localisées en dehors des départements géographiques soutenu par l'UNFPA sont pris en charge par d'autres bailleurs (USAID à travers le projet Soins de Santé de Qualité pour Haïti SSQH, ACDI, le projet Prise en Charge Intégré de la Santé Maternel PRISMA II) cependant la présence des équipements dans les SONU n'est pas monitorée en dépit du fait que le guide de monitoring prévoit au cours des visites des SONU les superviseurs doivent vérifier la disponibilité et l'état des équipements.

En ce qui a trait au personnel 219 Infirmières sages-femmes sont déployées dans les institutions.

Table 6 - Déploiement des Sages-femmes dans les institutions

Département	SONUB	avec sage-femme		SONUC	avec sage-femme	
Artibonite	7	3	43%	10	3	30%
Centre	9	4	44%	3	3	100%
Grande Anse	7	2	29%	2	1	50%
Nippes	5	1	20%	3	2	67%
Nord	6	1	17%	10	9	90%
Nord Est	4	-	0%	3	3	100%
Nord Ouest	10	2	20%	4	2	50%
Ouest	7	3	43%	14	10	71%
Sud	8	1	13%	3	3	100%
Sud Est	8	2	25%	1	1	100%
Total	72	20	28%	59	43	73%

Source : Rapport déploiement sages-femmes UNFPA 2016

On est loin des besoins dans cette catégorie de personnels que le ministère avait évalués à 1 500 ISF-SF pour doter tous les SONU du pays. Une cohorte de 160 ISF-SF est en formation à l'INSFSF. À partir de l'année prochaine, 79 sages-femmes vont être déployées dans les SONU à travers le pays. La cartographie du réseau de SONU avec le personnel adéquat n'a pas été réalisée. La DSF et l'INSFSF fournissent une liste d'affectation des ISF dans les départements mais il n'y a pas d'information précisant si elles sont toujours en poste dans les institutions où elles ont été déployées.

Table 7 - Distribution des sages-femmes par département

Département	Population totale	sages-femmes	/100 000 hab
Artibonite	1 701 220	16	0,94
Centre	734 876	23	3,13
Grand'Anse	461 172	7	1,52
Nippes	337 310	4	1,19
Nord	1 050 922	17	1,62
Nord-Est	387 967	6	1,55
Nord-Ouest	717 707	7	0,98
Ouest (P-au-P)	3 968 343	104	2,62
Sud	763 176	16	2,10
Sud-Est	622 972	11	1,77
Ne travaillant pas *		3	
TOTAL	10 745 665	214	1,99

Note: 7 sages-femmes travaillent simultanément sur 2 départements.

²⁶ Avec un degré d'incertitude lié aux différences de méthode de calcul.

Source : MSPP – rapport statistiques 2014

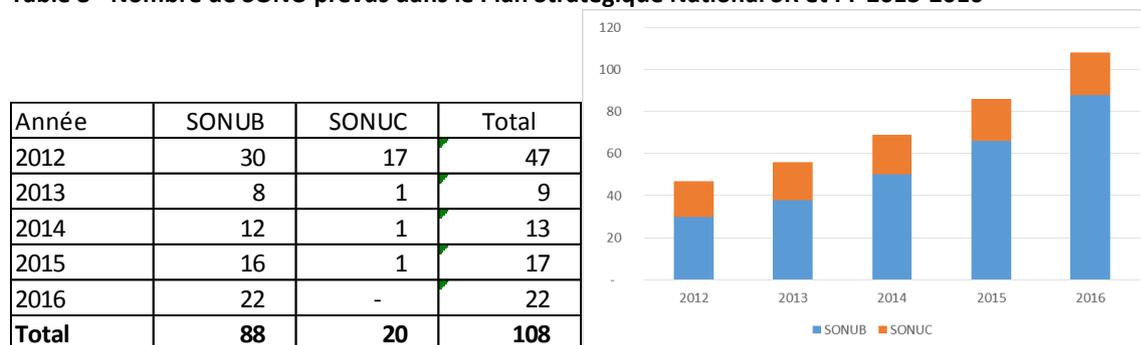
Les mesures pour la rétention des SF dans les SONU particulièrement en milieu rural n’ont pas été mises en œuvre de manière systématique. Le logement est garanti à Marigot. Les directions sanitaires en dehors de la DSF ont l’autorité pour réaffecter les SF à d’autres postes sans l’aval de la DSF.

Les ISF reçoivent une formation correspondant aux normes du MSPP pour gérer les SONUB et travailler efficacement dans les SONUC avec l’obstétricien ou le chirurgien disponible. Elles ont à leur disposition un lieu de stage où elles peuvent développer leurs compétences. Cependant il y a des préoccupations relatives à la qualité des soins fournis par cette institution d’accueil, avec le risque que les infirmières sages-femmes ne soient influencées par des pratiques inadéquates. La demande de l’INSFSF auprès de la DSF d’obtenir une liste d’institutions agréées en tant que SONU de qualité où les infirmières sages-femmes peuvent faire leur stage pratique n’a pas encore été satisfaite.

La mission de la DSF est d’élaborer des normes pour garantir aux usagers des services de qualité. Les normes de planification familiale et de soins maternels ont été révisées en 2010 et un guide pour le fonctionnement des SONU devait être élaboré au cours de la période 2013-2016. Le guide est effectivement utilisé lors des activités de monitoring. Sa diffusion est assez limitée.

Le plan stratégique SR prévoyait une augmentation significative de la couverture du pays par des SONU.

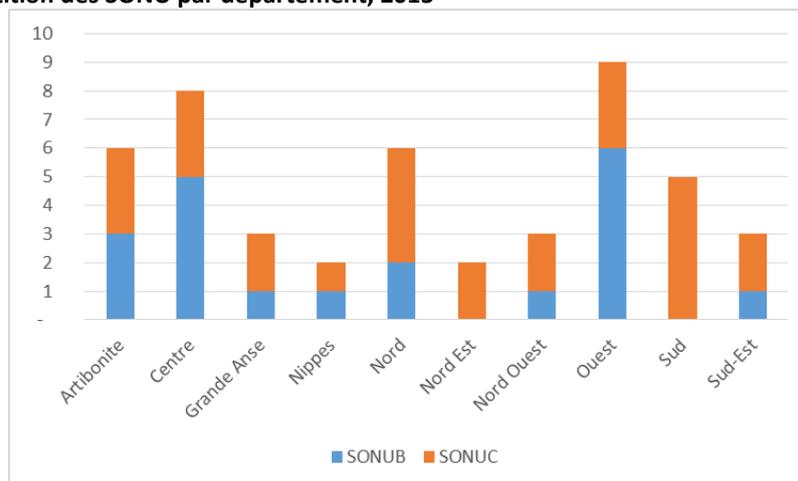
Table 8 - Nombre de SONU prévus dans le Plan Stratégique National SR et PF 2013-2016



Source : Plan stratégique SR/PF 2013-2016

Pour l’année 0 du plan stratégique, il existait 30 SONUB et 17 SONUC (indépendamment de leur respect des normes du MSPP). À l’horizon du plan, donc en 2016, le nombre de SONU devait être porté à 108, dont 88 SONUB et 20 SONUC. Les données obtenues à partir du monitoring du MSPP dénote le nombre total de SONU n’a pas changé (47). Le nombre de SONUB a été réduit (20 pour 30 en 2012) et le nombre de SONUC est passé de 17 à 27. Il y a eu des changements de statut pour certains SONUB (améliorés en SONUC), en contradiction avec la politique d’accessibilité appuyée par l’UNFPA.

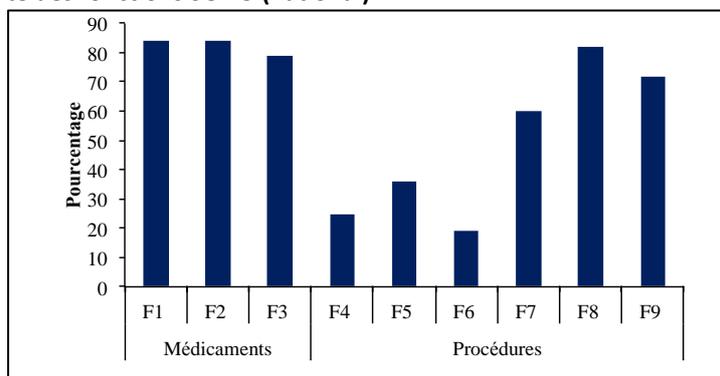
Figure 11 - Répartition des SONU par département, 2015



Source : MSPP 2015

Un plus grand nombre d'institutions ont reçu cette appellation dans les rapports de monitoring et autres documents consultés. En ce qui a trait à la conformité de ces institutions aux normes de SONU, il n'y a pas une augmentation très significative. Seulement 13 institutions peuvent réaliser toutes les fonctions SONU dans le pays en 2015 ce qui représente un faible progrès par rapport à la situation de départ en 2009 avant la mise en œuvre du projet SOG où l'on dénombrait seulement 12 institutions pouvant délivrer l'ensemble de ces prestations.

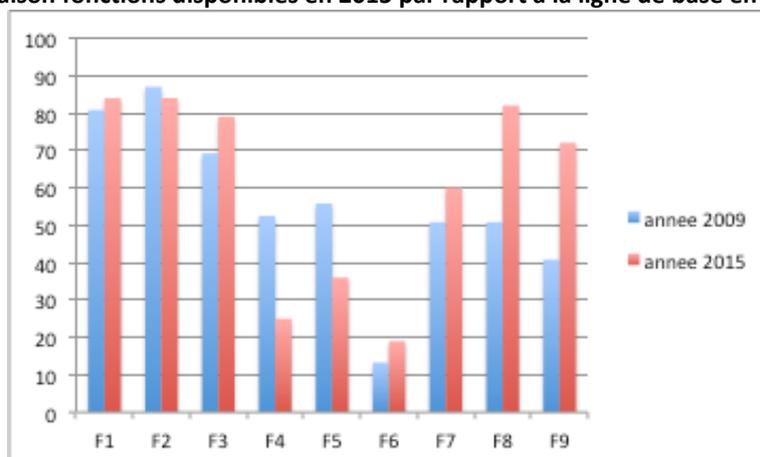
Figure 12 - Disponibilité des fonctions SONU (national)



Source : UNFPA 2015

La disponibilité des médicaments a connu une certaine stabilité en dépit de la situation instable du pays depuis de nombreuses années. Il y a eu également une augmentation de la disponibilité des fonctions relatives aux indications maternelles absolues.

Figure 13 - Comparaison fonctions disponibles en 2015 par rapport à la ligne de base en 2009



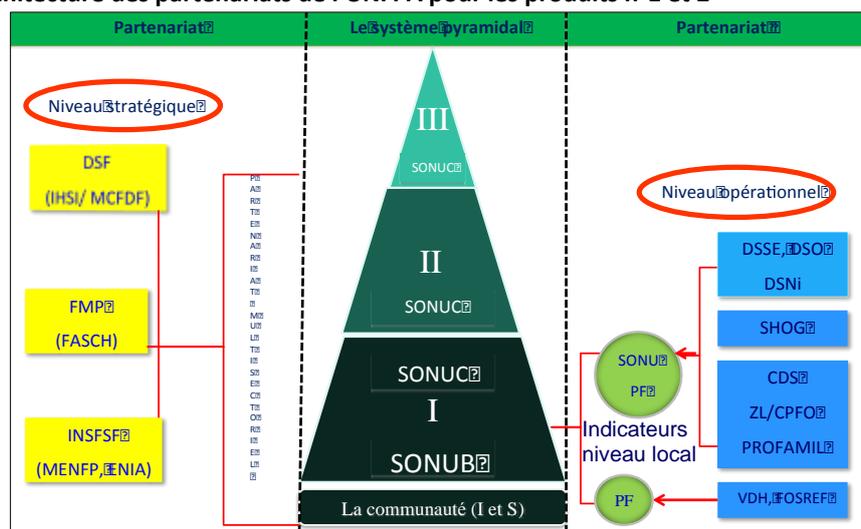
Source : UNFPA 2015

Il y a un plus grand nombre d'institutions qui réalisent les sections césariennes et les transfusions lors même que la permanence de ces fonctions n'est pas garantie. Certains aspects du fonctionnement des SONU sont traités sommairement dans les rapports de monitoring ou les revues avec les PE.

La demande générée auprès des populations pour les services de SR est mesurée de plusieurs manières. La demande potentielle à partir des données démographiques fournies par un partenaire stratégique IHSI. La demande réelle est établie à partir d'autres données obtenues par le suivi, l'évaluation et des enquêtes spécifiques. Cet aspect soutenu dans le cadre du projet n'est pas complètement maîtrisé. Il est difficile en dehors de la demande potentielle d'obtenir en temps voulu les informations sur l'utilisation des services. La DSF reste dépendante d'une autre direction du MSPP pour l'obtention d'information dont la fiabilité, la complétude et la promptitude ne sont pas garanties. Les sources de données les plus fiables pour mesurer la demande demeurent les enquêtes EMMUS et les études spécifiques, encore exceptionnelles.

L'UNFPA pour mettre en œuvre ce programme s'appuie sur 3 groupes de partenaires stratégiques capables d'intervenir sur tout le territoire national.

Figure 14 – Architecture des partenariats de l'UNFPA pour les produits n°1 et 2



Source : UNFPA

Les compétences de ces partenaires sont variées. Les ministères (MSPP, MCFDF) peuvent assurer la coordination, élaborer et faire appliquer les normes et procédures. Les universités (FMP, FASH) pour la formation des personnels et les études.

Le plan national de développement des ressources humaines, et d'un volet spécifique pour les infirmières et sages-femmes n'a pas été élaboré jusqu'à date. Il s'agit également d'un résultat attendu de la mise en œuvre du plan stratégique SR et PF 2013-2016. Aucune des interventions permettant l'obtention de ce résultat n'a été initiée (étude de besoin, cadre légal pour les professions du secteur de la santé de la reproduction, politique de rétention du personnel des réseaux SONU,...).

L'UNFPA exerce un leadership positif sur l'évolution des politiques de santé maternelle en Haïti depuis l'introduction de l'approche des SONU pour réduire la mortalité maternelle. La mise en œuvre des interventions pilotes dans le Sud-Est et dans les Nippes a démontré l'efficacité de l'approche. Ce leadership n'est pas acquis définitivement, le passage à l'échelle de l'approche SONU et sa réussite sont essentiels pour continuer à l'assumer. L'UNFPA dispose de cadres nationaux dont les compétences et leurs réalisations antérieures dans le secteur apportent une valeur ajoutée à la thématique. Il existe des espaces où les différents partenaires expriment leurs préoccupations et cherchent à faire progresser l'accès des populations à une SSR de qualité. L'UNFPA participe aux différents comités de pilotage ou technique pour l'élaboration des politiques ou programmes nationaux (Plan Stratégique National de Lutte contre les IST-VIH SIDA, Plan Stratégique National Santé des Jeunes et des Adolescents, Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction).

CJ.2.2: Les structures de planification de la famille qualifiées, équipées et proposant des techniques répondant à une demande sont accessibles et utilisées par les jeunes, les adolescents et les groupes vulnérables

Le taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer ne semble pas avoir augmenté significativement jusqu'à date. Les données disponibles font penser que si des efforts importants ne sont pas déployés dans les mois à venir, l'objectif de 25% à la fin de 2016 ne sera pas atteint. L'annuaire statistique du MSPP 2014 estime le nombre d'utilisatrices de méthodes PF à 531 770 soit un taux de prévalence de 18,6%. Ces données doivent être confirmées par l'enquête EMMUS VI.

Table 9 - Taux d'utilisation de la PF, 2014

Département	Femmes 15-49 ans attendues	Courte durée					Longue durée					Total	% utilisation	Courte durée	Longue durée
		Pillule	Injection	Tablette vaginale	Condom	Implant	DIU	MAMA	Collier	Ligature					
Artibonite	451 781	4 657	28 197	-	36 010	1 413	27	15	2	16	70 337	15,6%	15,24%	0,33%	
Centre	172 049	3 793	28 519	7	5 228	4 244	181	231	16	52	42 271	24,6%	21,82%	2,75%	
Grande Anse	100 943	2 809	14 203	22	12 700	2 888	88	245	43	5	33 003	32,7%	29,46%	3,24%	
Nippes	72 263	2 707	17 000	1	7 700	1 022	1	930	3	56	29 420	40,7%	37,93%	2,78%	
Nord	279 086	3 303	21 072	-	24 326	5 624	139	289	41	4	54 798	19,6%	17,45%	2,18%	
Nord Est	92 382	2 809	17 563	-	7 711	1 034	-	947	5	54	30 123	32,6%	30,40%	2,21%	
Nord Ouest	179 045	1 213	8 201	14	10 919	1 251	-	322	24	-	21 944	12,3%	11,36%	0,89%	
Ouest	1 188 579	24 750	72 341	272	82 099	1 794	172	1 602	283	44	183 357	15,4%	15,10%	0,33%	
Sud	172 387	2 817	14 268	22	12 827	2 851	82	248	42	2	33 159	19,2%	17,36%	1,87%	
Sud Est	144 556	2 917	14 300	25	12 827	2 900	90	250	45	4	33 358	23,1%	20,80%	2,28%	
Total	2 853 071	51 775	235 664	363	212 347	25 021	780	5 079	504	237	531 770	18,6%	17,53%	1,11%	

Source : Elaboration à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Source : *Élaboration à partir des rapports statistiques des départements sanitaires*

Compte tenu de la faible performance dans le domaine de la planification, l'objectif de réduire de 38 à 30% le taux de besoins non satisfaits en matière de PF ne sera pas atteint non plus. Réduire le taux de besoins non satisfaits en PF nécessite la mise en place d'un ensemble de mesures telles que : une information suffisante des clients sur la perception du risque grossesse, des informations complètes sur les méthodes (problèmes liés aux effets secondaires, aux éventuels soucis de santé et aux inconvénients de certaines méthodes), la disponibilité et l'accessibilité aux *produits de contraception et/ou aux services de santé*. Il n'y a pas d'évidence que l'ensemble de ces mesures ont été mises en œuvre suffisamment auprès des groupes spécifiques comme les jeunes ou les femmes vivant en milieu rural. Le personnel communautaire et les intervenants auprès des jeunes ont été considérablement réduits sous la base de contraintes budgétaires. Le taux de besoins non satisfaits en matière de PF devra être calculé lors de la réalisation de l'enquête EMMUS VI.

Il y a en 2015 environ 97% des institutions qui proposent 3 méthodes de contraception, ce qui représente une amélioration de l'offre par rapport au point de référence du CPAP (90%). La valeur de cet indicateur est de 100% pour les partenaires soutenus par l'UNFPA. (GPRHCS 2015)

Table 10 - PPS proposant au moins 3 méthodes contraceptives (2014)

Type de PPS	%	Départements	%
Niveau Primaire	93,8%	Artibonite	100,0%
Niveau Secondaire	100,0%	Centre	100,0%
Niveau Tertiaire	94,4%	Grande Anse	85,7%
L'ensemble des PPS	97,0%	Nippes	100,0%
		Nord	100,0%
		Nord Est	100,0%
		Nord Ouest	86,7%
		Ouest	97,1%
		Sud	100,0%
		Sud-Est	100,0%
<i>Milieu</i>	<i>%</i>		
Milieu Urbain	98,4%		
Milieu Rural	95,6%		
<i>Mode de gestion du PPS</i>	<i>%</i>		
Public	99,0%		
Privé à but non lucratif	100,0%		
Privé à but lucratif	100,0%		
Mixte	100,0%		

Source : MSPP, rapport statistique 2014

La prise en main de la distribution des intrants PF par la DSF avec l'utilisation du logiciel CHANNEL montre une certaine amélioration dans la disponibilité des produits. Le rapport de l'enquête GPRHCS indique que seulement 53% des PPS n'avaient pas eu de rupture de stock pour au moins une des 3 méthodes de contraception. C'est une amélioration par rapport à l'année 2014 où seulement 18% des PPS n'avaient pas connu de ruptures de stocks. Il reste cependant encore d'importants efforts à déployer pour garantir la disponibilité des intrants PF sans discontinuité au cours d'une année.

Des actions communautaires sont également réalisées dans les marchés publics, le milieu industriel, les écoles et vers les jeunes non scolarisés. Le contenu de ces interventions n'est pas rapporté et il n'y a pas d'évaluation de leurs effets.

Il n'y a pas de plan de plaidoyer pour la contraception en Haïti. La campagne PF de 2013 se résume pour le large public à quelques spots publicitaires à travers les médias. L'essentiel de la communication en PF se résume à la promotion de quelques types de produits contraceptifs de courte durée (condom, pilule, injection) et des émissions diffusées à la télévision sur la planification familiale. Malgré la campagne de 2013 appuyée par l'UNFPA pour promouvoir la planification familiale et l'usage des méthodes de longue durée, il n'y a pas eu un taux d'accroissement important de la gamme des services PF dans le pays.

La part des méthodes de longue durée est de seulement 1,1% des besoins.

Table 11 - Part des méthodes de longue durée, 2014

Département	Courte durée				Longue durée					Total	Longue durée
	Pillule	Injection	Tablette vaginale	Condom	Implant	DIU	MAMA	Collier	Ligature		
Artibonite	4 657	28 197	-	36 010	1 413	27	15	2	16	70 337	2,09%
Centre	3 793	28 519	7	5 228	4 244	181	231	16	52	42 271	11,18%
Grande Anse	2 809	14 203	22	12 700	2 888	88	245	43	5	33 003	9,91%
Nippes	2 707	17 000	1	7 700	1 022	1	930	3	56	29 420	6,84%
Nord	3 303	21 072	-	24 326	5 624	139	289	41	4	54 798	11,13%
Nord Est	2 809	17 563	-	7 711	1 034	-	947	5	54	30 123	6,77%
Nord Ouest	1 213	8 201	14	10 919	1 251	-	322	24	-	21 944	7,28%
Ouest	24 750	72 341	272	82 099	1 794	172	1 602	283	44	183 357	2,12%
Sud	2 817	14 268	22	12 827	2 851	82	248	42	2	33 159	9,73%
Sud Est	2 917	14 300	25	12 827	2 900	90	250	45	4	33 358	9,86%
Total	51 775	235 664	363	212 347	25 021	780	5 079	504	237	531 770	5,95%
%	10%	44%	0%	40%	5%	0%	1%	0%	0%	100%	

Source : Elaboration à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Les méthodes de courte durée répondent pour 94% à la demande des femmes. Parmi les méthodes de longue durée, les implants sont privilégiés, avec une couverture de 5% de la demande globale et 79% de la demande de méthodes de longue durée. La mise en place des équipes départementales mobiles de formation y a certes contribué, surtout par la formation d'un plus grand nombre de prestataires pour l'insertion des implants (durée 4-5 ans).

Les méthodes de longue durée sont utilisées par 2% des clients fréquentant les PPS supportés par l'UNFPA alors que la valeur au niveau national est de 5,8%.

Table 12 - Utilisation des méthodes longue durée par les PE de l'UNFPA (année 2015)

Partenaire d'exécution	Méthodes de Planification Familiale						Total	Courte durée	Longue durée
	Courte durée			Longue durée					
	Condom	Pilule	Injection	Implant	DIU	CCV			
CDS	666	143	1 378	89	-	-	2 276	2 187	89
CPFO	2 734	337	637	80	54	-	3 842	3 708	134
DSO	1 871	341	702	15	-	-	2 929	2 914	15
DSSE	232	48	149	12	-	-	441	429	12
FMP	-	-	68	-	-	-	68	68	-
SHOG	329	32	416	-	7	-	784	777	7
PROFAMIL	15 467	818	1 711	215	92	27	18 330	17 996	334
ZL	-	18	152	12	-	-	182	170	12
Ensemble	21 299	1 737	5 213	423	153	27	28 852	28 249	603
Pourcentage utilisation par méthode	74%	6%	18%	1%	1%	0%	100%	98%	2%

Source : UNFPA

. On note que les PE de l'UNFPA n'ont pas été touchés par la série de formation sur l'insertion et le retrait des implants dans le cadre de la mise en place des équipes mobiles départementales

Il n'y a pas de dialogue politique sur la contraception en Haïti, la société civile est très peu impliquée dans les débats autour de la contraception. L'avancée de l'église catholique sur l'acceptation des méthodes naturelles s'est vite estompée. Il n'y a pas d'études socio-anthropologiques sur la contraception en Haïti pour éclairer la position des décideurs et des utilisateurs. Toute la stratégie de la planification familiale en Haïti repose sur la diffusion de l'information dont les limites peuvent être atteintes rapidement. L'approche par le droit prônée par l'UNFPA a fait bouger un peu les acteurs en

provoquant un débat sur les interruptions volontaires de grossesse. Les résultats de cette activité ne sont pas connus jusqu'à date.

Il n'y a pas de centre d'expertise en PF à proprement parler en Haïti. De manière informelle, cette tâche est attribuée à deux ONG qui ont une certaine ancienneté dans la fourniture des services de PF particulièrement la contraception chirurgicale (PROFAMIL et CEGIPEF de FOSREF).

JC.2.3: La mise en œuvre de la stratégie de l'UNFPA en santé reproductive a ciblé les plus fortes concentrations de jeunes, d'adolescents et de groupes vulnérables ou fragilisés précédemment sans accès à ces services

L'approche stratégique de l'UNFPA de faire appel à un ensemble de partenaires clés pour atteindre les groupes sans accès aux services de santé reproductive n'a pas eu les résultats escomptés. Les PE sont localisés dans des zones défavorisées où ils sont susceptibles de toucher ces groupes. Cependant, il n'offre pas un service distinct pour les jeunes et les adolescents.

Deux ONG (VDH et FOSREF) détenaient une expertise et une logistique permettant des interventions auprès des jeunes. Leur collaboration avec l'UNFPA a été suspendue en 2013 (FOSREF, après sa participation à la campagne PF de 2013) et 2014 (VDH). La mise à la disposition des jeunes des produits contraceptifs fait face à l'opposition d'une frange de la société qui s'appuie sur des textes de lois anciennes et inadaptés de la justice haïtienne. La position du MSPP à ce sujet est assez équivoque. Les actions vers les jeunes se limitent à la sensibilisation.

Le problème de la fourniture de soins aux mineurs (moins de 17ans) sans la présence de leurs parents n'est pas résolu par les autorités compétentes (MSPP, Justice et législatif) et il n'y a pas eu de plaidoyer sur ce thème ni de dialogue politique entre les acteurs concernés. La problématique des jeunes de 18-24 ans est différente, il s'agit le plus souvent de personnes au pouvoir d'achat très limité ou ayant un emploi du temps restreints (écoles, universités) et qui sont très sensibles à la qualité des services offerts. Les partenaires de l'UNFPA n'ont pas mis en œuvre d'interventions particulières pour cette cible.

CJ.2.4: Les effets auxquels les activités de santé reproductive appuyées par l'UNFPA a contribué sont durables socialement, financièrement et institutionnellement

La durabilité financière des interventions appuyées par l'UNFPA en faveur de la PF n'est pas acquise. Les dépenses publiques allouées par l'État à la santé en général sont de l'ordre de 1/8^{ème} de la norme OMS, et donc pratiquement la plus faible du monde. La participation de l'État à l'approvisionnement et à la distribution des méthodes PF est limitée. L'interruption des appuis extérieurs produirait un quasi arrêt des prestations et une rupture rapide des approvisionnements, notamment pour les méthodes de longue durée. Pour mémoire, la contribution de l'UNFPA représente 30% des dépenses de la DSF (dont une part en salaires).

Il n'existe pas de données spécifiques sur le financement public de la PF, notamment pas la DSF. L'essentiel des approvisionnements sont assurés par les financements extérieurs, en particulier l'OMS et l'UNFPA. Cette externalisation des dépenses de santé est démontrée dans la note de novembre 2015 de l'OMS : « L'évolution des dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales confirme le manque d'engagement de l'État dans la santé (figure 3). Elles sont passées progressivement de plus de 20% au milieu des années 90 à 5% et moins depuis 2011. (...) seule la Birmanie de nouveau, fait moins bien que les 12 et 11 dollars de dépenses publiques de santé par habitant du gouvernement haïtien en 2012 et 2013. ». Les financements extérieurs sont volatiles pour le secteur santé, notamment avec les financements des ONG par exemple après le séisme. Le SNU est un facteur de stabilisation des dépenses, principalement pour les approvisionnements.

La durabilité des acquis est également limitée par l'absence de système de protection sociale (entretien avec l'UNICEF) mais aussi par le principe de gratuité quand les dépenses de santé ne sont pas prises en charge par un tel système. La note MSPP/OMS préconise un système de péréquation qui est mieux adapté à la situation des dépenses publiques d'Haïti : « Autrement dit, pour offrir à tous le

droit à la santé sans risque de s'appauvrir, il est important de rendre obligatoire les contributions des personnes qui peuvent payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance et de trouver les moyens que l'État puisse payer les institutions prestataires de services pour les plus démunis. » Naturellement, cela suppose que les niveaux de services des PPS aient été améliorés et homogénéisés, ce qui est loin d'être le cas.

La DSF n'a pas bénéficié spécifiquement d'un renforcement de capacité ; les revues font état d'actions de renforcement de capacité qui sont en fait un appui financier (salaires, logistique) et technique sans rapport avec le développement des compétences personnelles et collectives des cadres de la DSF (comme des autres partenaires de l'UNFPA). Les procédures administratives n'ont pas été spécifiquement améliorées et les cadres rencontrés (hors direction de la DSF) ne disposent pas du bagage technique et administratif nécessaire à la réalisation dans de bonnes conditions des missions de la DSF.

L'INSF est encore entièrement dépendante des financements (salaires et autres dépenses) de l'UNFPA. Le projet d'intégration de l'Institut à l'Université d'État d'Haïti est considéré depuis sa création mais n'a pas trouvé le début d'une matérialisation, de la même manière qu'une contribution financière directe du MSPP. Il n'y a pas eu non plus pendant la période un effort de l'institut pour diversifier ses sources de financement.

L'amélioration de la connaissance de leurs droits à la SSR par les jeunes est la clé de la durabilité sociale. Les acquis dans le domaine de la santé de la reproduction pour les jeunes, et particulièrement dans le milieu scolaire, sont assez faibles. Le ministère de l'éducation nationale a pris l'engagement d'intégrer la santé reproductive dans le curriculum scolaire. Ceci pourrait contribuer grandement à améliorer les connaissances, les attitudes et l'adoption de comportements favorables à la santé de la reproduction par les jeunes qui fréquentent le milieu scolaire. Il faudrait néanmoins que l'UNFPA et les partenaires soutiennent cet engagement jusqu'à sa concrétisation.

L'adhésion des autorités aux engagements internationaux relatifs à la santé de la reproduction n'est pas concrétisée par les ajustements du cadre juridique ni par l'apport des ressources nécessaires. Les activités de planification familiale dépendent presque entièrement de l'aide externe particulièrement les intrants et la logistique. Le plan stratégique de santé reproductive et de planification familiale 2013-2016 n'est pas accompagné d'un budget pour sa mise en œuvre. L'apport de l'État par rapport aux objectifs qu'il s'est fixé n'est pas connu.

4.3 Efficacité et durabilité du volet égalité des sexes et droits de la procréation

Question d'évaluation : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué (i) à l'intégration de l'égalité des sexes et des droits de la reproduction des femmes dans le cadre législatif, réglementaire et dans les politiques sectorielles, et (ii) à l'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre, et la prise en charge médicale des victimes, notamment pendant les crises humanitaires ?

Réponse à la question :

L'appui de l'UNFPA a dû s'ajuster chaque année aux priorités changeantes du MCFDF, sans parvenir pour autant à réellement mobiliser le partenaire sur l'approche de l'UNFPA de l'égalité de genre, ni sur la concrétisation d'un apport spécifique à la lutte contre les violences basées sur le genre. Les activités de développement du leadership et de la coordination ont été contrecarrées par une volonté hégémonique du ministère sur ses attributions, à l'exclusion de la société civile. Ces activités ont été reprises rapidement par ONU-Femmes, ce qui a permis à l'UNFPA d'avoir une contribution technique au plan stratégique national adopté par le MCFDF.

Les activités de renforcement de capacité se sont pour l'essentiel limitées au paiement des salaires pour quelques cadres et de personnels contractuels. Il y a une opacité certaine sur les résultats attendus (mis à part la mise en place d'une base de données sur les VBG qui n'a pas aboutie après 3 ans de contribution financière). Le lien de ces postes avec le produit et les approches stratégiques du CPAP est ténu, et pratiquement absent pour la prise en charge des victimes. Cet appui financier et logistique n'a abouti à aucun résultat tangible et le MCFDF n'est pas non plus de son côté satisfait du partenariat avec l'UNFPA. Il souhaiterait avoir la main sur l'affectation des ressources pour être cohérent avec ses propres priorités. Sa position sur la reddition des comptes n'est pas claire et le ministère ne dispose pas de système de compatibilité et de suivi-évaluation qui la permettraient.

Parmi les autres partenaires de l'UNFPA, seul le CPFO (Centre de Promotion des Femmes Ouvrières) développe une approche qui participe de l'approche par les droits humains pour l'égalité de genre. Il est financé en tant que PPS pour la planification familiale et n'a pas bénéficié sur la période d'une quelconque priorité par rapport aux autres partenaires en SSR. Ces autres partenaires n'ont pas fait de place dans leur pratique pour une plus grande prise en compte de la promotion de l'égalité de genre comme des droits de la procréation. Ils ne se sont pas non plus positionnés dans le plaidoyer progressiste sur l'accès des adolescentes à la SSR, la dépénalisation de l'avortement ou la lutte contre les causes sociétales des grossesses précoces. L'imperméabilité entre les anciennes composantes de l'UNFPA reste de mise alors que seules des synergies mieux affirmées pourraient compenser la diminution des ressources des fonds thématiques.

Les SONU ont un rôle important dans la prise en charge médicale des victimes de violences basées sur le genre. Le rapport annuel de l'UNFPA fait état de 172 sur 252 des femmes violentées (68%) qui ont été accompagnées. Il y a cependant de grandes incertitudes quant au nombre de femmes victimes, le nombre de victimes prises en charge, la nature de la prise en charge,... Les chiffres varient selon les sources (MCFDF, MSPP), sans que la base de données soit en mesure de contribuer à clarifier les débats, qui par ailleurs a des incidences politiques qui expliquent les incertitudes.

La prévention des VBG en situation de catastrophe naturelle ou de toute autre crise humanitaire n'a pas fait l'objet d'une prise en charge par une partenaire de l'UNFPA. Le Bureau ne s'est pas non plus impliqué directement. Le passé récent a pourtant démontré que la tension latente dans la société haïtienne trouvait là une opportunité de s'exprimer de façon dramatique.

CJ.4.1 – Les compétences techniques auquel l'UNFPA à contribuer au MCFDF en matière d'égalité des sexes et de droits de la procréation ont été internalisées, utilisées et pérennisées

Le partenariat de l'UNFPA avec le MCFDF portait initialement sur 4 axes d'intervention: la mise en place d'une base de données ; le renforcement du bureau tripartite de lutte contre les VBG ; la formation de personnes ressources au sein du ministère ; et l'accompagnement des victimes de violence. Le MCFDF s'est en définitive refusé, après le changement de ministre, à mettre en œuvre les deux derniers axes. Les deux actions centrales de l'appui sont donc la mise en place un système de collecte et de traitement des données sur les VBG et l'appui un bureau de lutte tripartite contre les violences faites aux femmes (BLVFF). Les résultats tardent encore à venir après 3 années consécutives d'appui comportant notamment la prise en charge des salaires de 7 personnes, principalement du personnel contractuel.

La base de données n'est pas opérationnelle à ce jour. L'unité qui travaille sur la base de données a été renforcée récemment. En ce qui concerne le bureau de lutte, au bout de deux ans d'appui administratif et logistique, il est réputé avoir presté des services de prise en charge des victimes de violence. La structure a permis une approche de proximité, de l'accompagnement psychologique et légale pour les victimes de violence mais le processus ni pas documenté, ni évalué, pas plus que les résultats tangibles ou le nombre d'intervention.

Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont acquis des compétences dans la conception des politiques et programmes devant répondre aux attentes des jeunes en matière

d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence.

Il y a globalement une cohérence formelle entre le contenu des PTA (plans d'actions, activités) et l'atteinte des produits et des résultats du CPAP. Pour le volet égalité des sexes et droits à la procréation, la programmation avait cependant une faible cohérence interne de sa stratégie opérationnelle. Alors que les objectifs avec les partenaires sont clairement explicités, les activités de certains d'entre eux semblent soit alignés principalement sur leurs axes habituels de travail avec peu d'adaptation contextuelle en regard des résultats attendus par l'UNFPA, soit répondre à une commande circonstancielle sans logique d'ensemble (comme pour par exemple l'intensification des activités avec VDH à la faveur de la campagne de PF de 2013). L'UNFPA n'a pas su transmettre les savoirs ou accompagner ses partenaires à les acquérir (connaissances spécifiques, savoir-faire, savoir être, savoir-faire cheminer). Les partenaires ne se sont par ailleurs pas ou mal appropriés la vision et l'approche de l'UNFPA en matière d'égalité des sexes et de droits à la procréation. Les attentes des partenaires dans ce domaine spécifique n'étaient pas claires, et les résultats ne le sont pas plus.

Dans les faits, le choix de l'UNFPA a été porté d'une part, sur des organisations ciblant des jeunes, organisations qui en principe font la promotion de la santé et des droits de la procréation des jeunes à travers leurs politiques et leurs programmes. Et d'autre part, sur des organisations qui peuvent offrir des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes. Des organisations de jeunes (FOSREF/VDH) et ou prestataires de services SS/SR/PF (Profamil, CDS, DSSE, DSNI, DSO, ZL) ont été retenues mais, le focus de leur programmation a été sur la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et de PF. Des activités de formation et de recyclage ont été réalisées par ces organisations à l'intention du personnel, des prestataires et des jeunes en SSR. Ces organisations ont fait la promotion des services adaptés SSR pour les jeunes des communautés desservies et offert des services dans les centres de jeunes. À travers des activités de sensibilisation sur la santé sexuelle par les pairs éducateurs, de nombreuses écoles ont été touchées.

Les services sont ouverts à tous et à toutes y compris les jeunes mais, il n'y pas eu de la part des PE une offre complète et intégrée de services, d'information et d'éducation de bonne qualité en matière de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes. Cette éducation, appropriée selon l'âge, devait concerner les droits humains, la sexualité, l'égalité des sexes, la santé sexuelle et procréative. Fort souvent, les jeunes ne sont pas vraiment en mesure d'exercer leurs droits, de prendre des décisions informées sur leur sexualité et de mieux planifier leur vie.

CJ.4.2 – L'UNFPA a contribué à faire évoluer les politiques, les stratégies et le cadre législatif en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et les droits de la procréation

L'UNFPA avait précédemment appuyé le renforcement stratégique du MCFDF sur certains aspects relatifs aux cadres réglementaires, législatif et politique sectorielle. Ces actions n'ont pas été reconduites dans le 5ème programme pour être en conformité avec le mandat d'ONU-Femmes.

L'appui de l'UNFPA visait également à permettre au MCFDF d'affirmer son leadership dans la régulation du système en termes de normes, de politiques et de propositions de stratégies. La capacité du ministère pour la coordination de la prévention et de la réponse à la violence a été cependant faible du fait d'un manque de leadership et de proactivité, ainsi que des mécanismes de coordination et de concertation peu dynamiques si pas dysfonctionnels.

Des stratégies de promotion de l'égalité des sexes et des droits à la procréation ont été incluses dans le document de programme. Ces stratégies et actions stratégiques majeures sont focalisées en premier lieu sur le développement d'un plan de plaidoyer et de communication suivant une approche multisectorielle et basée sur les droits, l'égalité des sexes, les jeunes. Et d'autre part, sur le renforcement des actions de plaidoyer fondées sur des données factuelles afin de promouvoir l'analyse et l'utilisation des données existantes sur les droits de la procréation et de la violence sexiste.

Des mécanismes de mise en œuvre de la politique ont été définis. Un Secrétariat exécutif assure la coordination, la gestion et le suivi de la mise en œuvre de la politique. Le secrétariat est appuyé, entre

autres, par une Table Thématique Genre (TTG) qui a pour mandat principal d'appuyer l'interprétation du genre dans les réponses aux problématiques sectorielles retenues. La TTG est appuyée par la Concertation Nationale de lutte contre les violences faites aux femmes. Cette structure considère cependant a posteriori que le mécanisme de coordination ne s'est pas mis en place. Il devait proposer des avis et des actions ; s'assurer de la formation des acteurs intervenant dans la lutte contre la violence spécifique faite aux femmes et filles ; développer des outils techniques de prévention, de communication et prise en charge ; réaliser des études et recherches et préparer des rapports de diagnostic et d'avancement. Le lien n'est pas clair non plus entre l'unité de la base de données et la Concertation Nationale. En bref, le Ministère n'a pas su mobiliser efficacement les partenaires autour de sa politique et de son plan d'action, ni bénéficier de l'expertise et du support d'autres structures publiques tels l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), la Police Nationale d'Haïti (PNH), etc.

Les stratégies de mise en œuvre visaient le renforcement des institutions et organisations qui mettent en œuvre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et de droit de la procréation, de violences sexistes et de prise en charge des victimes. Toutefois, dans le cadre global du programme ces institutions n'ont pas été suffisamment formées en termes d'éducation du public sur les droits humains et les lois relatives aux droits en matière de sexualité et de droit à la procréation. Ces organisations ne se sont pas suffisamment penché en termes de plaidoyer sur les lois et les politiques pour respecter et protéger les droits en matière de sexualité et de procréation des jeunes pas plus qu'elles n'ont adressé les obstacles dans les lois, les politiques et les pratiques sociales qui portent atteinte aux droits des jeunes des adolescentes en matière de procréation en limitant l'accès aux informations et aux services de santé en matière de sexualité et de procréation.

Les plaidoyers ont très peu porté sur la loi haïtienne qui prévoit des mesures punitives contre les femmes et les filles qui ont subi une interruption volontaire de grossesse, situation qui augmente le risque qu'encourent ces femmes et ces filles, la mortalité et la morbidité maternelle, la violence et ses conséquences à leur égard.

Les institutions qui en font la promotion n'ont pas suffisamment mis l'accent sur la violence comme une violation des droits humains et développé paquet plus spécifiquement en matière de prévention. Les institutions et services de santé appuyés sont censés offrir l'ensemble des services essentiels à toutes les victimes/survivantes de la violence de genre. Les victimes doivent avoir un accès immédiat à ces services.

CJ.4.3 – L'appui de l'UNFPA a contribué à la prise de conscience des VBG et à l'amélioration des mesures de prévention, de protection et de prise en charge médicale, notamment pendant les périodes de crise

L'UNFPA à travers l'appui fournit au MCFDF et à ses autres partenaires a contribué à la prise de conscience des VBG. Un curriculum de formation et des outils de plaidoyer sur la prévention et la réponse aux VBG ont été développés par l'UNFPA. Ce résultat est arrivé cependant vers la fin du cycle de programmation et le pool de partenaires n'a pas pu encore pleinement bénéficier de cet acquis. Il devrait à terme avoir des répercussions sur leur façon d'aborder et de traiter la VBG, les améliorations au niveau des mesures de prévention, de protection et de prise en charge médicale.

En termes de mesures de prévention, les partenaires ont informé et sensibilisé la population. Ils ont organisé des séances de sensibilisation, des ateliers de formation, des réunions. Ces activités ont permis de communiquer sur les démarches à entreprendre en cas de violence, incluant les informations sur les services disponibles. Les PE qui travaillent dans le domaine du plaidoyer et de l'offre de services, particulièrement les organisations de jeunes que sont FOSREF et VDH, n'ont cependant pas dans leurs plans d'actions d'activités spécifiquement liées à la prévention de la violence. Le focus est mis principalement sur la promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes dans les communautés desservies, l'accessibilité et la disponibilité de services SSR dans les

espaces « jeunes », la formation des jeunes intervenants, la sensibilisation des jeunes en/hors milieu scolaire, dans les points fixes comme dans la communauté.

En matière de prise en charge, du personnel qualifié était disponible au sein des institutions de santé appuyées par l'UNFPA pour accueillir et prendre en charge les victimes de violences sexospécifiques. La prise en charge médicale des cas de VBG fait partie des fonctions des SONU appuyé par l'UNFPA. Ces résultats sont cependant mal ou pas documentés par le MCFDF. Les données présentées par le MCFDF ou par l'UNFPA sont contradictoire faute de détails sur le processus de compilation de ces données : le rapport annuel de l'UNFPA fait état de 172 sur 252 des femmes violentées (68%) qui ont été accompagnés alors que le MCFDF fait état d'un nombre nettement plus élevé.

Les cas de victimes de VBG documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique sont élevés (751 sur une période). Aucune information n'est cependant disponible sur le degré de l'appui (accueil, information, prise en charge partielle...) et les résultats de l'appui (combien de personnes ont porté plainte ?). Il en est de même des données sur les femmes violentées accompagnées (2014 : 405 ; 2015 : 523). Si on se réfère aux données que présentait la Coordination Nationale (en provenance des organisations membre) dans les années précédentes, les données du MCFDF sont sujettes à caution.

Un aspect important de la réponse aux VBG est constitué par les services de prise en charge offerts par les prestataires de service. Un des objectifs dans le domaine était de former en GBV des prestataires et de renforcer les services de VBG dans les SONU. Ces services ont effectivement été rendus disponibles dans les structures appuyées par l'UNFPA. Les partenaires (CDS, Zanmi Lasante, PROFAMIL, DSSE, DSNI, DSO...) ont renforcé leurs offres de service aux femmes. Même si certains mentionnent appuyer la prise en charge des VBG, les domaines d'intervention sur lesquels ils rapportent sont plutôt en lien avec la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et de PF 2013-2016 du MSPP. En effet, les résultats ne font nullement état de prise en charge de cas de VBG mais des services obstétricaux proposés aux femmes comme aux jeunes filles.

CPFO intervient dans l'accompagnement et la prise en charge médicale, psychosociale des victimes de violence ; l'offre de services SSR aux femmes et aux filles. Contrairement aux autres partenaires, CPFO adopte en partie l'approche basée sur les droits de la personne. Ainsi, l'empowerment communautaire et individuel devient une porte d'entrée pour apporter une réponse aux problèmes des femmes.

La contribution de l'UNFPA à la prise de conscience des VBG et l'amélioration de la réponse s'est faite aussi via les ressources humaines formées qui ont rejoint le système.

- Intégration de cadres formés à la question du genre dans différentes directions du MCFDF (UPE, Bureau de lutte tripartite, unité base de données) ;
- Des cadres ont été habilités à collecter, produire et analyser les données fiables en matière de genre. Ils sont en train de produire des rapports qui documenteront la situation de la VBG en Haïti ;
- Des cadres formés par l'IHSI, aptes à tirer les informations à partir de l'enquête EMMUS et à produire des documents d'analyse de genre ont intégré le MCFDF ;
- Un inventaire des études réalisées sur le contexte de la violence en Haïti est produit.

Les activités de prévention et de réponse aux VBG ne se sont pas intéressées aux situations d'urgence.

4.4 Efficacité et durabilité des activités population et développement

Question d'évaluation : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à améliorer durablement la production et l'utilisation des informations et des données démographiques et socio-économiques dans les documents de politique et les plans d'action, ainsi que dans le suivi de leur mise en œuvre ?

Réponse à la question

L'UNFPA a eu un apport important dans la production de données dans les domaines couverts par son mandat en soutenant sur l'ensemble de la période la préparation technique du RGPH. Les déplacements de population consécutifs au séisme de 2010 ne permettaient pas de tenir la date initiale de 2013. L'appui de l'UNFPA a permis une mise à jour de la cartographie qui sert de support aux enquêtes et à appuyer techniquement l'IHSI dans la préparation de la logistique des enquêtes. Finalement, le BP a réussi à mobiliser les bailleurs et à leur proposer un cadre d'intervention qui a crédibilisé la réalisation du RGPH en 2017. L'UNFPA a participé à la préparation de l'EMMUS 5, sans toutefois affirmer un leadership suffisant pour imposer des critères essentiels pour le suivi des effets de son action (mortalité maternelle, mortalité néonatale). En dehors de ces grandes enquêtes, les actions de production ou de normalisation des données de l'UNFPA ont été limitées et très directement opérationnelles (données administratives essentiellement pour le MSPP et le MCFDF). Elles n'ont pas produits des connaissances pour mettre en perspective la stratégie de promotion des droits à la santé reproductive, ou analyser les facteurs de blocage de la société haïtienne par rapport au droit des adolescentes à avoir accès à l'information sur la planification familiale, à la prévention des grossesses précoces ou encore du droit à l'avortement. A fortiori, l'UNFPA n'a pas pu susciter le débat sur ses thèmes importants dans une approche basée sur les droits humains.

L'appui à l'utilisation des informations et des données démographiques et socio-économiques dans les documents de politique et les plans d'action, ainsi que dans le suivi de leur mise en œuvre est resté comme pour les programmes précédents concentré sur le CEPODE, centre d'enseignement et de recherche. Le centre a organisé, avec l'appui de l'UNFPA, une maîtrise « population et développement » (MAPODE) ouverte notamment aux agents de l'État. L'objectif recherché était que les agents une fois diplômés améliorent dans leur département ministériel d'origine la qualité des documents de politique et de programmation, ainsi que leur suivi. Le CEPODE s'est largement autonomisé par rapport à ses objectifs de départ et n'est pas en mesure de démontrer sa participation à leur réalisation : nombre d'agents formés, effectivité de l'utilisation de l'enseignement, carrière administrative des diplômés, etc. Les salaires de l'encadrement comme la logistique du CEPODE restent pourtant largement financés par l'UNFPA. Les thèmes de recherche financés sont, tels que présentés à la mission d'évaluation, étrangers aux domaines couverts par l'UNFPA comme aux questions de modalité d'intervention ou d'impact des interventions. Le modèle d'intervention qui consiste pour l'UNFPA à payer des salaires et du fonctionnement n'a pas été opératoire pour le CEPODE, comme pour la plupart des partenaires prestataires de services dans les autres domaines d'intervention du 5^{ème} programme. Le passage de l'urgence au développement implique un changement de mode opératoire qui laisse une plus large part à l'émulation, la reddition des comptes et la transparence.

CJ 3.1 – L'UNFPA a contribué à développer un système intégré de données pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques dans ses domaines d'intervention, en particulier avec la mise à jour du RGPH

L'UNFPA n'a pas contribué à développer un système intégré de données pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques dans ses domaines d'intervention. Son action a été jusqu'en 2014 uniquement concentrée sur la préparation du RGPH (initialement prévu en 2013). Ce n'est qu'avec le PTA de l'IHSI de 2015 que l'appui à l'élaboration d'une stratégie de développement de la Statistique, suite à la décision en 2014 du gouvernement de lancer ce chantier. Les prémisses d'un système intégré dans les domaines d'intervention de l'UNFPA ne sont pas en place. L'UNFPA a appuyé des activités isolées avec ses deux ministères partenaires (MSPP, MCFDF ; cf. QE spécifiques), à visée principalement opérationnelle, sans mise en perspective avec la démarche statistique et d'information de la décision et de la planification. L'instabilité gouvernementale et l'impossibilité pendant la période de faire acter une nouvelle réglementation par la représentation nationale ont fortement contribué à cette absence de résultat.

L'appui de l'UNFPA a été essentiel pour faire avancer la préparation du RGPH. Il a été mis en œuvre régulièrement au cours des 4 années du programme, sur la base d'une progression définie sur une base technique avec l'IHSI. Si les budgets mis à disposition par l'UNFPA n'ont été en moyenne consommés qu'à hauteur de 50%, les activités de préparation (cartographie des zones d'énumération) ont été des contributions importantes. L'UNFPA a accompagné l'IHSI sur la durée, avec en particulier une mission d'évaluation du degré de préparation du RGPH fin 2015 réalisée par un expert du bureau régional. Le calendrier de mise en œuvre du RGPH est resté incertain jusqu'en mars 2016, avec la décision de financement de la Banque Mondiale pour laquelle l'UNFPA a joué un rôle central. Le RGPH sera réalisé en 2017, avec donc 4 années de retard sur les prévisions.

CJ3.2 – L'UNFPA a contribué à mieux faire intégrer par les partenaires les dynamiques démographiques, la santé reproductive et l'égalité des sexes dans la planification nationale, sectorielle et locale

L'appui de l'UNFPA à des administrations afin d'utiliser les données des recensements et enquêtes pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative est mis en œuvre par la Faculté des Sciences Humaines (FASH) dans la cadre d'une formation spécifique « Population et Développement » (Maîtrise en population et développement, MAPODE, du Centre en population et développement, CEPODE). L'objectif du CEPODE qui entend doter le pays d'une masse critique d'experts capables de relever les défis relatifs à l'intégration de la variable population dans les plans et projets de développement. La 1^{ère} promotion (2009-2011) a été diplômée en décembre 2013. La MAPODE est ouverte sur concours aux cadres des ministères, qui disposent d'un aménagement de leur temps de travail pour participer à la formation.

Dans les faits, le CEPODE, dont l'encadrement est financé par l'UNFPA sur toute la période couverte par l'évaluation (640 000\$; données Atlas), s'est autonomisé par rapport aux objectifs de l'UNFPA. Il n'y a aucune visibilité quant à la réalité de la participation des cadres de la fonction publique à la MAPODE (entretiens). Le cursus n'est pas documenté mais est apparu extrêmement généraliste, donc peu propice à utiliser les données pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics. Les recherches réalisées par les étudiants ne recouvrent pas les domaines d'intervention de l'UNFPA. Les affectations professionnelles des diplômés MAPODE ne sont pas suivies.

CJ.3.3 - Les résultats auxquels les activités de P&D appuyées par l'UNFPA ont contribué sont durables financièrement et institutionnellement, en particulier en termes de développement des capacités

L'UNFPA a rencontré de sérieuses limites pour contribuer à mieux faire intégrer par les partenaires les dynamiques démographiques, la santé reproductive et l'égalité des sexes dans la planification nationale et sectorielle. Il n'a pas mis en œuvre d'appui à la planification locale. L'intégralité de son appui dans le cadre de l'utilisation des données a été concentrée sur le CEPODE (Centre en population et développement, centre d'enseignement et de recherche au sein de la Faculté des Sciences Humaines, FASH). Le centre a été créé et équipé sur plusieurs programmes successifs, avec un encadrement rémunéré par l'UNFPA, au même titre que son fonctionnement. Le 5^{ème} programme s'est inscrit dans cette continuité, sur la base notamment d'une évaluation relativement neutre de cette composante dans le 4^{ème} programme.

Dans les faits, le CEPODE s'est considérablement éloigné des objectifs initiaux de l'appui de l'UNFPA. Il n'y a aucune visibilité sur l'atteinte des résultats, même lors des revues annuelles. La part des agents de l'État dans les étudiants n'est pas connue, ni leur administration de rattachement, ni encore leur carrière après l'obtention du diplôme. L'adaptation du cursus aux domaines, thématiques et approches de l'UNFPA est marginale. Les thèmes de recherche ne sont qu'exceptionnellement

cohérents avec les besoins d'analyse et de plaidoyer pour la SR ou l'égalité des droits. Les cahiers du CEPODE n'ont présenté à ce jour que le résumé de deux mémoires de recherche des étudiants.

4.5 Efficience

Question d'évaluation : Dans quelle mesure l'UNFPA a fait à Haïti un bon usage de ses ressources humaines, financières et techniques et utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches pour l'atteinte les résultats du programme ?

Réponse à la question

Les procédures administratives de l'UNFPA ont contribué à la bonne exécution du programme. Par contre, les mécanismes de libération progressive et peu prévisible des ressources des fonds thématiques sont un obstacle pour le développement de stratégies pluriannuelle et même annuelle des PE, individuellement et collectivement. Les PTA sont plus des instruments d'ingénierie financière en début et en fin d'année que des documents de stratégie et de programmation. Ils restent malgré tout la base des revues et des évaluations.

Il est pratiquement impossible à la majorité des PE, et particulièrement des ONG qui ne disposent pas d'autres sources de financement, d'assurer la continuité des services promus par l'UNFPA puisque pendant les 2-3 premiers mois de l'année ils ne sont plus en mesure de payer les salaires correspondants. Le BP réussit en général à minimiser ces contrecoups en faisant transiter les ressources d'un PTA à l'autre. Ces incertitudes budgétaires, avec des budgets tendanciellement à la baisse sur l'ensemble de la période, sont des obstacles à la bonne exécution du programme. Elles entraînent en fin d'années des réaffectations budgétaires d'opportunité, sans justification suffisante, pour assurer la consommation maximale du budget.

Les modalités de mise en œuvre des financements de l'UNFPA privilégient à Haïti le paiement de salaires d'encadrement, l'achat d'équipement (de bureau, et notamment la climatisation ou un groupe électrogène, mais aussi de déplacement,...) et ses frais de fonctionnement. Ses budgets difficiles à relier à des opérations spécifiques et donc à des résultats pour l'UNFPA représentent au minimum²⁷ 30% des dépenses sur la période. Cette situation est a priori héritée des périodes de réponse aux crises humanitaires.

CJ5.1 : Les partenaires d'exécution de l'UNFPA et leurs bénéficiaires ont reçu dans les temps impartis un niveau de ressources proportionné aux actions envisagées

Le principal obstacle à la bonne exécution du programme lié aux procédures administratives et financières de l'UNFPA est la progressivité de la libération des fonds (réguliers, mais surtout thématiques), le retard dans la mise à disposition des ressources et enfin l'incertitude dans laquelle reste le BP quant aux volumes effectivement mobilisables. La programmation annuelle avec les PE, par le biais des PTA, n'a pas de visibilité avant mars-avril, ce qui est un obstacle majeur au développement d'une stratégie au niveau de chacun des PE mais aussi pour l'ensemble des PE qui interviennent dans un même domaine. La nature des activités comme leurs cibles sont fonction des ressources mobilisables. Elles ne peuvent être déterminées que progressivement, avec une tendance forte à la baisse entre 2013 et 2016.

Au-delà d'être un obstacle à une démarche stratégique, la détermination des ressources effectivement disponibles pose le problème simple pour les PE du maintien des personnels affectés aux activités financées par l'UNFPA d'une année sur l'autre. L'UNFPA prenant en charge les salaires et l'appui logistique, quelques PE arrivent à gérer ces périodes de latence, mais beaucoup sont amenés à abandonner les activités ciblées par l'UNFPA. Le BP essaye de minimiser les effets de cette procédure

²⁷ La nomenclature des activités dans le logiciel Atlas ne permet pas des regroupements univoques par type de dépenses.

de mobilisation financière en faisant de l'acrobatie financière entre les PTA, dans l'attente des décisions du siège, puis de refaire des PTA pour réallouer les budgets une fois disponibles.

En fin d'année, une nouvelle vague de PTA est révisée pour affecter les ressources des PE ayant démontré une faible capacité d'absorption vers ceux qui ont des dépenses qui peuvent être mises en œuvre rapidement, avant clôture budgétaire. Cette ingénierie financière induit des dépenses mal justifiées, généralement allouées à des achats de fournitures qui peuvent n'avoir qu'un rapport lointain avec l'objectif recherché.

CJ5.2 : Les procédures administratives et financières de l'UNFPA ainsi que les combinaisons de ses modalités de mise en œuvre ont contribué à la bonne exécution du programme

La mission à collecter le lot habituel de critiques des PE sur le manque de flexibilité de procédures de l'UNFPA, et la nécessité corolaire d'ajuster les procédures aux capacités des partenaires. Ces positions ne sont cependant pas reprises par les PE ayant une longue expérience de collaboration avec l'UNFPA (DSF) et une relativement bonne organisation interne (CPFO, PROFAMIL). Le BP a fait des efforts importants d'accompagnement et de formation des PE pour l'ajustement aux procédures, et l'appui des chargés de projet a été apprécié positivement. Il n'a pas été possible de corréliser ces difficultés avec les procédures aux faibles taux de décaissement qui sont plus liés à un réalisme insuffisant aux différentes étapes de la programmation, ainsi qu'à l'opacité sur la disponibilité des fonds à ces différentes étapes. Les audits NEX n'ont en règle générale pas émis de commentaires ayant une incidence sur l'opportunité des dépenses ni leur régularité.

Les délais des appels à la concurrence gérés par le BP, tels qu'évoqués par les PE et le personnel du BP, sont cohérents avec les procédures de l'UNFPA. Le paiement des dépenses par le PNUD introduit un délai supplémentaire (1-2 semaines) qui n'est pas apparu comme un obstacle majeur à la mission.

La question de la sélection des PE ne s'est pas posée pendant le 5^{ème} programme. L'évaluation du 4^{ème} avait recommandé de réduire le nombre de PE, ce qui a été fait par élimination parmi les PE de l'époque. Globalement, le 5^{ème} programme a été réduit à un recentrage sur l'offre de services SSR, et donc les PE positionnés sur ce thème ont été maintenus.

Par contre, la réalisation des trop nombreuses « approches stratégiques » du CPAP aurait impliqué la sélection de nouveaux PE positionnés sur d'autres domaines du mandat ou porteur des nouvelles dimensions introduites par le nouveau cadre stratégique de l'UNFPA (« l'œil de bœuf »). L'approche par les droits humains est typiquement étrangère aux gestionnaires de PPS que sont SHOG ou CDS, par exemple. Tant la conception du CPAP que sa traduction opérationnelle ont visé à maintenir un appui aux PE traditionnels de l'UNFPA à Haïti, sans de plus changer les modalités d'appui particulières que sont la prise en charge des salaires, des achats de fournitures et des frais logistiques.

Cette modalité d'intervention est probablement pour partie héritée de la récurrence des périodes de crises humanitaires qu'a connu le pays, et l'incapacité chronique de l'État à assurer le financement du secteur de la santé (cf. 7.4.2D.b - ci-dessous). Le versement de salaires directs représente 10% des dépenses opérationnelles de l'UNFPA sur la période (2,0/20,9 M\$), autant que les salaires du personnel du BP (source Atlas). Elle est la caractéristique de l'UNFPA qui est considérée comme la plus attractive pour les PE. Elle l'est d'autant que les résultats du paiement des salaires administratifs (c'est-à-dire de l'encadrement, pas des opérationnels) ne fait pas l'objet d'une évaluation et aurait du mal à l'être puisque ces salaires ne sont pas liés à des résultats (le cas le plus extrême est celui des 7 salaires versés depuis 3 ans au MCFDF sans résultat évaluable). Une autre modalité d'intervention apparentée de l'UNFPA est le financement d'un appui administratif et/ou logistique (4,2 M\$, source Atlas). La catégorisation des activités dans Atlas ne permet cependant de faire une analyse fine et notamment de distinguer les financements qui peuvent donner lieu à l'évaluation de leurs résultats, et ceux qui sont prodigués sans capacité à en apprécier l'utilité de manière objective.

4.6 Positionnement stratégique de l'UNFPA dans le SNU

Question d'évaluation : Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA a contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination et à une division des tâches adéquate dans le système des Nations Unies à Haïti ?

Réponse à la question :

L'UNFPA a activement contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination du SNU, avec une participation appréciée par les autres agences aux groupes de travail thématiques, SR et genre notamment. Le groupe H4+ dont l'UNFPA a le leadership ne se réunit plus régulièrement depuis quelques mois, sans doute en lien avec l'arrêt du projet conjoint UNFPA-OMS-UNICEF financé par la coopération canadienne entre 2009 et 2014. Ce projet conjoint a permis d'identifier un cadre stratégique intégré combinant les priorités thématiques des trois agences. Malgré les difficultés opérationnelles, la pertinence de ces synergies a été démontrée par le projet. Il n'y a cependant pas de financement externe disponible depuis 2014 pour remobiliser ces synergies, et les ressources de plus en plus réduites des agences sont concentrées sur leurs activités spécifiques.

Le positionnement de l'UNFPA est relativement mal reflété par le cadre stratégique intégré, en dehors de ses compétences historiques liées aux statistiques en général, et démographiques en particulier (RGPH). Les résultats et les activités identifiées dans le pilier social sont en très grande majorité du ressort des agences positionnées sur le développement plutôt qu'une approche ou un secteur spécifique comme la SSR. Cela correspond à l'approche générale développée par la vision à 30 ans du gouvernement qui sert de cadre de référence du CSI.

CJ6.1 : Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail et à des initiatives conjointes dans le cadre de l'UNCT

Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail liés à son mandat dans le cadre de l'UNCT. Il a également été particulièrement actif lors des périodes de programmation du cadre stratégique intégré, comme actuellement par exemple. Le groupe H4+ dont il assure le leadership ne s'est cependant pas réuni de manière régulière depuis plusieurs mois.

Il n'y a pas d'initiatives conjointes programmées ou en cours. Un projet conjoint dans deux départements du sud du pays a été mis en œuvre avec un financement de la coopération canadienne entre 2009 et 2014. Il a développé un cadre stratégique cohérent mettant en valeur la complémentarité des domaines d'intervention des trois agences participantes (UNFPA, OMS, UNICEF). Onze institutions SONU ont été soutenues dans les deux départements et ont effectivement intégré les activités de SM/PF/IST/PTME/genre: elles ont amélioré leur accueil et offrent au moins 4 méthodes modernes de PF. Elles prennent en charge les violences faites aux femmes.

CJ.6.2: Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT

Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT généralement en se positionnant sur ses compétences techniques reconnues en matière de collecte et de traitement de données, comme par exemple pour la base de données sur les VBG du MCFDF ou la préparation de l'EMMUS.

Les complémentarités poursuivies dans plusieurs activités :

- Approvisionnement en intrants – OMS
- Santé infantile, VIH - UNICEF
- VBG et événements - ONU-Femmes
- Curriculum scolaires – UNESCO
- P&D (RGPH et EMMUS) - tous

Le cœur de son nouveau cadre stratégique est moins clairement reconnu par ses agences apparentées que le ciblage d'une classe d'âge particulière (pour l'UNICEF) ou d'un type de service (SSR avec un focus sur les méthodes contraceptives de longue durée). Le positionnement sur l'approche par les droits humains n'est pas perçu.

4.7 Prise en compte du contexte de vulnérabilité du pays dans la programmation de l'UNFPA

Question d'évaluation : Dans quelle mesure le 5^{ème} programme à Haïti a pris en compte dans sa programmation la vulnérabilité du pays aux catastrophes naturelles et situations d'urgence ?

Réponse à la question :

La vulnérabilité du pays aux catastrophes naturelles et aux situations d'urgence est identifiée dans le CPAP, sans être analysée de manière détaillée ou mise en contexte avec le reste du 5^{ème} programme. Les populations vulnérables sont intégrées à certaines approches stratégiques comme un aspect transversal, au même titre que les jeunes par exemple. Dans la mise en œuvre des PTA du CPAP, elles ont été laissées à la périphérie de la hiérarchie des objectifs, et donc systématiquement omises dans l'identification des activités des PE. De la même manière, les PE n'ont pas été spécifiquement formés pour répondre aux situations d'urgence.

Le Bureau a rédigé tous les ans un plan de contingence qui demeure très générique et peu acclimaté aux dispositifs mis en place par le gouvernement, notamment l'organisation concrète de la réponse par la Direction de la Protection Civile. Il n'est pas aligné sur les plans de contingences nationaux et, réciproquement, les plans nationaux ne font pas mention de l'UNFPA comme un acteur opérationnel. Ce n'est qu'en 2015, avec la « crise » des retournés de république dominicaine, que la dimension SSR apparaît pour la 1^{ère} fois dans un plan de contingence national. Le potentiel de l'UNFPA, sa spécificité en situation de crise et ses kits ne sont pas connus de la DPC et des agences du SNU qui la soutiennent.

L'organisation interne du BP en cas de réponse à une crise s'est mise en place progressivement au cours de la période sous revue. Une formation spécifique est prévue en 2016.

CJ.7.1 – L'exposition de Haïti aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires est reflétée dans les documents de programmation de l'UNFPA

L'exposition d'Haïti aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires est effectivement reconnue par les documents de programmation de l'UNFPA mais sans en faire une présentation circonstanciée (au vu de la situation particulière d'Haïti) ni analyser les causes profondes de leurs effets sur la santé sexuelle et reproductive et les VBG pendant les crises humanitaires (comme dans les camps après le tremblement de terre de 2010). Le programme pays et le CPAP n'intègrent pas stratégiquement la vulnérabilité qui est identifiée comme un thème transversal, au même titre que les jeunes ou les groupes vulnérables.

Le BP a mis à jour annuellement un plan de contingence, rédigé en anglais ce qui en principe en limite la diffusion auprès des partenaires. Le plan 2015 élabore une réponse qui mobilise les partenaires d'exécution chacun dans son domaine de compétence (SR, jeunes, VBG). Le plan ne fait pas état d'un alignement sur un cadre plus large défini par le SNU à Haïti. Il ne fait pas non plus état d'un alignement avec le plan de contingence national élaboré par la Direction de la Protection civile (DPC, Ministère de l'Intérieur et des collectivités territoriales) avec l'appui de OCHA/PNUD/USAID.

Du point de vue des agences du SNU rencontrées, UNFPA n'est pas associé à la coordination des réponses humanitaires de même qu'à l'identification des besoins dans le cadre de la préparation des plans de contingence nationaux. Cette absence est liée à la priorité donnée par OCHA à la capacité

opérationnelle en période de crise (moyens logistiques). UNFPA n'est pas présent au niveau du centre opérationnel d'urgence nationale.

En dépit de ce constat, les besoins SR/VBG en situation de crise humanitaire commencent à être reconnus, ce qui suppose une action du BP tant au niveau des agences du SNU que du gouvernement (DPC). Ils sont mentionnés pour la 1^{ère} fois dans le plan de contingence 2015 pour la réception des personnes expulsées de la République Dominicaine.

CJ.7.2 – L'UNFPA a mis en place une organisation et des procédures et des financements spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire

L'UNFPA est encore en train de mettre en place une organisation interne pour répondre aux situations de crise humanitaire. Les membres de l'équipe en charge de la préparation de la réponse sont désignés et le BP a à sa disposition un document du siège qui identifie rôles et responsabilités, ainsi que les termes de référence pour la préparation. Des actions de formation sont programmées pour 2016.

Ce dispositif n'a cependant pas mis en place des procédures spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire, ni adapté au pays les dispositions génériques du siège. Les termes de référence pour la préparation de la réponse aux crises (« preparedness ») sont disponibles.

Le plan de contingence du BP identifie les actions et les partenaires et, compte tenu de la taille modeste du personnel du BP, il n'est sans doute pas absolument nécessaire de définir des procédures spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire. Il n'y a pas dans le CPAP de financements spécifiques alloués à la réponse aux situations de crise humanitaire ; une réserve est disponible à cette fin, ainsi que des mécanismes de mobilisation en cas de besoin.

CJ.7.3 – L'UNFPA en cas de catastrophe ou de crise est bien identifié et intégré dans le dispositif national de réponse aux crises humanitaires ou d'urgence

L'UNFPA en cas de catastrophe ou de crise n'est pas bien identifié ni intégré dans le dispositif national de réponse aux crises humanitaires ou d'urgence. Son potentiel comme les MISPs sont mal connus et donc pas intégrés aux plans de contingence ni au dispositif de coordination et d'intervention. Les besoins en SR en situation de crise commencent seulement à être reconnus depuis 2015. Les VBG ne sont pas identifiées comme un domaine de contribution de l'UNFPA.

4.8 Réponse aux crises ou préparation à y répondre

Question d'évaluation : Dans quelle mesure l'UNFPA, avec ses partenaires, a été capable de (ou prêt à) répondre aux crises pendant la période couverte par le 5^{ème} programme ?

Réponse à la question :

Aucune situation de crise n'est apparue pendant la période sous revue. Dans la situation actuelle, le niveau de préparation du bureau de pays en réponse à une situation de crise est faible. L'organisation interne au BP reste très théorique (tous les chargés de projet sont mobilisés) et les compétences spécifiques n'ont pas été développées. Les partenaires d'exécution qui gèrent des PPS n'ont pas reçus non plus de formations pour les préparer à proposer une réponse adaptée et il n'y a pas de structure de coordination de crise en place. Ils n'ont pas connaissance des kits MISPs.

L'UNFPA n'a pas identifié de PTA spécifique et de partenaire pour mettre en place une capacité de réponse. Au même titre que dans le CPAP, la réponse aux crises est intégrée de manière incidente dans quelques PTA, sans stratégie d'ensemble. Le partenariat avec l'IHSI ne comporte pas de volet relatif aux données en situation de crise, que ce soit pour la préparation de la réponse de la DPC ou l'actualisation des données après la survenue d'une crise.

CJ.8.1 – La capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise (ou post-crise) a été améliorée

Les interventions initiales essentielles en matière de santé de procréation, dont la protection et la prévention des VBG ne sont pas intégrées dans les plans de secours dans les situations d'urgence. Le MSPP et ses structures déconcentrées font partie de la structure de protection civile qui coordonne la réponse aux situations de crise mais cet aspect n'est pas intégré aux plans de contingence qui priorise la prévention du choléra comme intervention sanitaire.

La capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise n'a pas été améliorée pendant la période sous revue. Des actions de cette nature ont été réalisées peu après le séisme de 2010 mais n'ont pas été reconduites pendant le 5^{ème} programme.

CJ.8.2 – La capacité des professionnels de santé à prodiguer des conseils en PF et de combattre les VBG en situation de crise (ou post-crise) a été améliorée

La capacité des professionnels de santé à prodiguer des services de PF en situation de crise n'a pas été améliorée pendant la période sous revue, au même titre que pour la prévention/prise en charge des VBG.

CJ 8.3 – Les capacités nationales à intégrer les données démographiques aux plans de contingence ont été renforcées

L'UNFPA n'a pas contribué à renforcer les capacités nationales pour intégrer les données démographiques aux plans nationaux de contingence. Les plans de contingence utilisent peu les données démographiques au-delà des données de base. Le retard pris dans la mise en œuvre du RGPH ne permet dans tous les cas pas de disposer de données opérationnelles qui puissent être utiles pour programmer la réponse à des situations de crise. La DPC et OCHA ne sont cependant pas informés des progrès réalisés par l'IHSI avec l'appui de l'UNFPA pour mettre à jour la cartographie des zones d'énumération, qui peut éventuellement constituer une base importante pour un déploiement opérationnel en cas de crise.

CJ.8.4 – L'UNFPA a répondu de manière rapide et proportionnée aux évolutions de son contexte national d'intervention, en particulier au choix du gouvernement de mettre la fin aux interventions humanitaires

L'UNFPA a répondu de manière rapide au choix du gouvernement de mettre la fin aux interventions humanitaires. Dans la mesure où cette décision a été concomitante avec l'élaboration du CPAP, la réponse aux situations humanitaires a été basculée comme dimension transversale, et n'a donc pas disposé d'un budget ni de PTA. L'UNFPA n'a pas réalisé à l'époque une évaluation des besoins qui aurait justifié de cette décision, qui avait une charge politique importante pour le gouvernement et ne s'était pas avérée discutable.

Des budgets ont été ponctuellement alloués à des actions liées à la préparation à la réponse aux situations de crise humanitaire dans les PTA des partenaires SR. Les actions correspondantes n'ont pas été mises en œuvre et les budgets ont été réalloués. La préparation aux situations de crise humanitaire a été arrêtée de facto relativement brutalement.

La période sous revue n'ayant pas connu de situation de crise humanitaire, les conséquences de ce déficit de préparation n'ont heureusement pas pu être mesurées.

5 Conclusions

5.1 Conclusions globales ou stratégiques

CONCLUSION 1 (C1)

Les avancées du plaidoyer SR ont été importantes ; les acquis sont moindres pour la planification familiale, les dimensions transversales et l'approche par les droits humains.

- Origine: QE1, QE2, QE3, QE4
- Recommandation(s) associée(s) :

Ces avancées n'ont cependant pas été traduites dans le cadre réglementaire du fait de l'instabilité politique (le Parlement n'a pas adopté de lois depuis 2012) ni dans les arbitrages budgétaires. Elles sont cantonnées au niveau ministériel (avec le plan stratégique SR, le guide SONU, le plan stratégique santé jeunes) et départemental dans une moindre mesure (par manque de moyens de fonctionnement).

Le plaidoyer SSR des adolescentes n'a pas été mis en œuvre du fait des restrictions légales. De la même manière, le plaidoyer n'a pas mobilisé l'approche par les droits humains. Le plaidoyer est resté très technique et général, et s'est focalisé uniquement sur les institutions publiques (MSPP, MENFP, MCFDF), sans associer la société civile. Le plaidoyer technique a été d'autant plus convaincant qu'il a mobilisé comme preuves les réalisations du projet conjoint UNFPA-OMS-UNICEF financé par la coopération canadienne.

L'utilisation des données n'a pas eu le même effet du fait du report en 2016 du RGPH et de l'absence dans l'EMMUS V des deux indicateurs critiques pour l'UNFPA (mortalité maternelle et néonatale).

CONCLUSION 2 (C2)

Le passage de l'urgence au développement implique un changement de mode opératoire avec les partenaires d'exécution qui laisse une plus large part à l'émulation, la reddition des comptes et la transparence que les modalités d'exécution du 5^{ème} programme.

- Origine: QE2, QE4, QE5
- Recommandation(s) associée(s) :

L'appui logistique et administratif, c'est-à-dire la prise en charge des salaires de l'encadrement et de frais de fonctionnement dont le lien avec les résultats ne peut être spécifié, a prévalu sur le renforcement institutionnel et le développement des capacités des partenaires d'exécution, tant ONG qu'institutions publiques (MSPP, MCFDF). Il n'a pas produit de développement durable des compétences des partenaires.

Cette modalité d'intervention est liée notamment à l'absence chronique et croissante de financement du secteur de la santé par le budget national. Elle a alimenté le fonctionnement mais peu de changements dans la stratégie de mise en œuvre. Elle a développé une dépendance de la majorité des partenaires. Aucun n'a cherché de sources alternatives ou complémentaires de financement.

Les activités des partenaires ont été entreprises en fonction des paiements, dans une logique de projet à court terme et de clientélisme institutionnel : Les partenaires n'ont que peu ou pas contribué à adapter le programme aux besoins des populations cibles, au-delà du CPAP et des PTA. La programmation annuelle dans la page de garde des PTA est restée très formelle, d'ailleurs inchangée d'une année sur l'autre dans la plupart des cas.

L'accompagnement du Bureau pour la gestion contractuelle et l'exécution directe est valorisé. Les appuis techniques sont moins reconnus sauf pour la santé reproductive pour les partenaires gérant un ou des points de prestations de services.

CONCLUSION 3 (C3)

L'appui aux partenaires d'exécution n'a permis que le maintien de l'offre de services SR/PF préexistante ; elle n'est accessible qu'aux populations vulnérables vivant à proximité des PPS

- Origine: QE2, QE3
- Recommandation(s) associée(s) :

L'appui de l'UNFPA a maintenu une offre de services SSR économiquement accessible dans un SONU public et 5 centres privés à but non lucratif : 3 points d'accès SR (CDS, SHOG, ZL) et 2 PF (CPFO, Profamil). Il résulte donc que dans une faible couverture des besoins, limitée aux populations économiquement vulnérables vivant à proximité des PPS. Ils ne sont pas réservés aux populations vulnérables et les autres clients bénéficient de la même gratuité de service.

L'extension de la couverture géographique de la population par des SONUB préconisée par le plan stratégique SR 2013-2016 ne s'est pas réalisée. Le nombre de SONUB s'est même réduit depuis 2012. La qualité de service est mauvaise dans la majorité des structures ne bénéficiant pas d'un appui financier extérieur et la couverture des méthodes contraceptive monitorée par la DSF avec l'appui de l'UNFPA n'a pas sensiblement progressée.

L'intentionnalité du ciblage géographique n'est pas apparente. Les PPS correspondent soit à des partenaires historiques de l'UNFPA, soit à un SONUB (Marigot) hérités du projet conjoint (sur les 11 appuyés alors). Ils ne se concentrent pas nécessairement sur les zones où les besoins sont les plus importants ; beaucoup sont localisés dans la zone métropolitaine et aucun ne dessert une zone rurale, pourtant singularisées par l'EMMUS V comme très déficitaire.

La qualité des prestations SSR dans les centres appuyés par l'UNFPA est bonne à excellente, en fort contraste avec les conditions offertes par les structures publiques.

Le niveau d'appropriation des approches UNFPA est faible au niveau des partenaires gérant des PPS: ils partagent globalement un primat à l'acte obstétrical sur l'éducation (notamment aux droits) et l'approche communautaire. Le focus sur les adolescentes n'a pas été mis en œuvre. La sélection des partenaires d'exécution ne s'est pas ajustée aux aspects novateurs du CPAP.

Le dispositif de suivi du programme a été significativement amélioré et est devenu un outil d'accompagnement des partenaires.

CONCLUSION 4 (C4)

L'Institut National des Sages-Femmes est un acquis essentiel du 5^{ème} programme

- Origine: QE2
- Recommandation(s) associée(s) :

Les deux curricula (infirmières sages-femmes et cycle long) sont adaptés aux besoins identifiés par le plan stratégique SR pour le bon fonctionnement du réseau des SONU. Ils apportent à la fois les connaissances technico-pratiques et les fondamentaux du travail social à réaliser notamment dans les zones rurales. Le niveau de l'enseignement est bon. Les diplômées de l'INSF sont recrutées par les structures privées et humanitaires, à des conditions financières beaucoup plus intéressantes que celles de la Fonction Publique.

Il est donc d'ores et déjà difficile de les maintenir dans des SONUB ruraux. La saturation du marché qui autoriserait un report sur les zones rurales sera difficile à établir du fait des débouchés à l'émigration. La majorité des diplômées se cantonne à l'aire métropolitaine ou s'expatrie. Même la mobilisation des diplômables pour le service social (stage d'un an) en SONUB est difficile (fonctionnalités, conditions de travail, reconnaissance).

L'INSF ouvre la voie d'une amélioration des conditions d'accouchement institutionnel, et donc de la part de ces accouchements par rapport aux accouchements à domicile par des matrones, mais cette initiative demande à être étendue et prolongée par d'autres centres de formation pour atteindre l'objectif de 1 500 sages-femmes dérivé des normes de l'OMS.

CONCLUSION 5 (C5)

Les progrès de l'égalité de genre et de la lutte contre les violences basées sur le genre ont été minimisés par la focalisation des activités exigée par le MCFDF, et la faiblesse des capacités démontrées par ce ministère

- Origine: QE4
- Recommandation(s) associée(s) :

Alors même que le MCFDF vulgarisait sa politique d'égalité EFH et le plan d'actions qui était associé, il n'a pas su (ou n'a pas pu) parallèlement faire une priorisation logique des actions à mettre en œuvre, questionner, suivre et évaluer au fur et à mesure les résultats du processus en cours. La proactivité du MCFDF, en regard de son mandat, reste une condition sine qua non pour tendre vers résultats souhaités.

CONCLUSION 6 (C6)

Les dimensions transversales (adolescentes, VIH, situations de crises) et l'approche par les droits humains n'ont pas pu être matérialisées dans les activités du 5^{ème} programme

- Origine: QE2, QE4, QE5
- Recommandation(s) associée(s) :

De par la nature essentiellement budgétaire (plutôt que stratégique et programmatique) des PTA, les partenariats se sont focalisés sur le cœur de cible des approches stratégiques du CPAP, pas les incidentes dans lesquelles les dimensions transversales avaient été cantonnées. Les PTA ont assuré une compatibilité des activités avec les approches stratégiques plutôt qu'une transcription des fondamentaux et des intentions stratégiques du CPAP.

Les partenaires ont de fait pendant la période poursuivi des activités déjà engagées pendant le 4^{ème} programme, sans introduire d'aspect novateur. Au contraire, les aspects novateurs du précédent programme comme de l'actuel ont été abandonnés du fait des restrictions budgétaires grandissante de l'UNFPA. La période actuelle n'a par exemple pas vu l'implication des partenaires dans un plaidoyer progressiste sur l'égalité des droits, l'accès des adolescentes à la SSR ou la dépénalisation de l'avortement. La focalisation sur l'acte obstétrical standard est forte et l'UNFPA est globalement cantonné à une source de financement des PPS.

CONCLUSION 7 (C7)

Les incidences négatives du déclin de la mobilisation des ressources des fonds thématiques ont été minimisées par la gestion financière des PTA mais avec des effets sur la capacité à introduire des évolutions stratégiques

- Origine: QE5
- Recommandation(s) associée(s) :

Le déclin, au même titre que leur retard de mobilisation, des ressources des fonds thématiques contraint encore le développement d'une stratégie annuelle et pluriannuelle pour chacun des partenaires d'exécution, comme des partenaires dans leur ensemble. L'incertitude sur les ressources n'a pas permis aux partenaires de développer des stratégies à moyen-long termes. Ils sont enfermés dans une logique budgétaire de court-terme, avec des charges récurrentes importante (notamment le paiement des salaires dans en début d'année).

Le Bureau développe une ingénierie financière avec de nombreux transferts entre PTA en début et en fin d'année pour ajuster les ressources disponibles aux besoins immédiats des partenaires (en début d'année), puis à leur capacité d'absorption (en fin d'année) pour éponger les reliquats des partenaires les moins performants. La dimension de gestion financière prime sur l'appui programmatique et l'accompagnement technique, limitant d'autant la possibilité pour le personnel du Bureau d'avoir une valeur ajoutée en matière de plaidoyer (tant au niveau des partenaires que des débats nationaux). Les contraintes de mobilisation des ressources affaiblissent la capacité du BP à engager les PE vers des changements structurels

5.2 Conclusions opérationnelles ou programmatiques

5.2.1 Santé de la reproduction

CONCLUSION SR1

La formation des sages-femmes est un apport important pour la fourniture des soins obstétricaux et néonataux de qualité

- Origine: QE2
- Recommandation(s) associée(s) :

La mise en œuvre du CPAP a permis au système de santé de disposer de personnels compétents capables de fournir des soins obstétricaux et néonataux urgents. L'appui à l'INSF consistant en l'élaboration d'un curriculum de formation prenant en compte les normes du MSPP, la formation des professeurs et des moniteurs sont une valeur ajoutée de l'UNFPA dans le domaine de la santé de la reproduction. Cet acquis doit être approprié par le MSPP et par la société civile pour garantir sa pérennité.

CONCLUSION SR2

Pas d'initiative pour élaborer des normes institutionnelles pour favoriser l'accès aux adolescents

- Origine: QE2
- Recommandation(s) associée(s) :

Au cours de la période la DSF n'a pas été très active en matière d'élaboration de normes en dépit du fait qu'il s'agit d'une des faiblesses importantes du système. L'unique réalisation dans ce domaine a été l'élaboration du Plan Stratégique National de Santé des Jeunes et des Adolescents. Il n'y a pas eu d'initiatives pour élaborer ou adapter les normes institutionnelles pour favoriser l'accès des adolescents vivant en milieu rural.

CONCLUSION SR3

Appui global aux maternités insuffisantes pour obtenir les changements souhaités

- Origine: QE2, QE4
- Recommandation(s) associée(s) :

L'appui global aux maternités a été centré sur un nombre limité d'institutions en termes d'équipement et de personnels pour espérer avoir un changement significatif du taux de mortalité maternelle et du pourcentage de naissances assistés par un personnel compétent. Le déploiement des sages-femmes n'a pas bénéficié des mesures d'accompagnement prévues dans le plan stratégique du MSPP pour assurer leur rétention dans les zones rurales où l'accès aux soins de qualité est faible. Les directions départementales n'ont pas été non plus sensibilisées pour intégrer la santé de la reproduction dans les situations de crises.

CONCLUSION SR4

Faible renforcement des capacités de la DSF pour assurer le leadership du secteur

- Origine: QE2

- Recommandation(s) associée(s) :

Le renforcement des capacités du ministère devrait aller au-delà de la thématique formation. Il n'y a pas eu un appui permettant à la DSF pour développer des compétences personnelles et collectives pour exercer un leadership efficace sur le secteur. Les outils pour faire la gestion et le suivi stratégiques du secteur sont insuffisants ou inexistant.

5.2.2 Planification familiale

CONCLUSION PF1

Amélioration de la gestion des produits de procréation.

- Origine: QE2
- Recommandation(s) associée(s) :

La mise en œuvre du CPAP en ce qui a trait à la planification familiale a apporté une amélioration notoire dans la gestion des produits pour la procréation. Cela s'est traduit concrètement pour une réduction du nombre des institutions présentant des ruptures de stock et une augmentation du pourcentage d'institution offrant une gamme plus élargie de produits contraceptifs. La DSF réalise annuellement des enquêtes pour suivre l'évolution de la disponibilité des produits et services de santé reproductive ce qui constitue une bonne pratique mais les constats de ces rapports ne sont pas suivis d'interventions correctrices.

CONCLUSION PF2

Pas d'initiative novatrice pour atteindre les jeunes

- Origine: QE2, QE4
- Recommandation(s) associée(s) :

Il n'y a pas eu de résultats significatifs en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès des jeunes aux services de santé de la procréation. Les initiatives avec la FMP et le MENFP visent les jeunes scolarisés et non les plus pauvres vivant en milieu rural qui ont un accès plus difficiles aux services.

CONCLUSION PF3

Augmentation de capacités dans le domaine de la formation

- Origine: QE2
- Recommandation(s) associée(s) :

L'assistance de l'UNFPA a permis la mise en place d'équipes mobiles de formation dans les départements. La capacité du système de se doter de personnels formés s'est accrue. On a observé une augmentation de l'offre de méthode de longue durée particulièrement les implants.

CONCLUSION PF4

Très faible performance en matière de plaidoyer et de communication

- Origine: QE2, QE4
- Recommandation(s) associée(s) :

Le plan de plaidoyer et de communication n'a pas été élaboré. La prévalence de la contraception est faible et les besoins non satisfaits sont importants. Un plan de plaidoyer pour obtenir le support des autorités et l'adhésion de personnes influentes pour promouvoir le droit à la procréation était une intervention identifiée du CPAP et du plan stratégique cette activité n'a pas été mise en œuvre malgré la disponibilité des ressources.

5.2.3 Population et développement

CONCLUSION PD1

L'UNFPA a démontré une capacité d'adaptation et d'apports d'appuis techniques de bon niveau qui ont contribué à faire que l'IHSI est en mesure de réaliser le RGPH en 2016

- Origine: QE3
- Recommandation(s) associée(s) :

La réalisation du RGPH a été retardée à la fois du fait de l'instabilité politique en 2013 qui a amené les bailleurs pressentis à se retirer ; l'UNFPA a permis de poursuivre sa préparation et de collecter les ressources nécessaires à sa réalisation en 2016.

CONCLUSION PD2

L'UNFPA n'a pas eu assez de poids dans la réalisation de l'EMMUS V pour que ses indicateurs-clés soient pris en compte

- Origine: QE3
- Recommandation(s) associée(s) :

Une sélection des indicateurs prioritaires a été faite en fin de processus de préparation pour des questions de restrictions budgétaires. L'UNFPA n'avait un statut suffisamment prééminent pour faire valoir ses propres priorités. Cela reporte à l'EMMUS VI l'accès à des données réalistes, avec un saut de presque 10 ans dans les séries chronologiques, ce qui posera des problèmes d'interprétation et d'attribution.

CONCLUSION PD3

Le contrôle sur le CEPODE n'a pas pu être maintenu malgré la prise en charge d'une partie des salaires de l'encadrement ; l'amélioration de l'utilisation des données doit être recherchée par d'autres moyens

- Origine: QE3
- Recommandation(s) associée(s) :

Sur la base des entretiens réalisés par la mission, il semble que l'UNFPA a été déficient dans la gestion du partenariat avec le CEPODE de la Faculté des Sciences Humaines. Les dérives auraient commencé depuis plusieurs années, avec un manque de visibilité sur les résultats et les modalités de gestion du financement des salaires et du fonctionnement. Plus généralement, l'appui administratif et logistique à une structure unique porteuse de la promotion de l'utilisation des données est un modèle qui comporte trop de rigidité et de risque de fonctionnarisation. .

5.2.4 Egalité des sexes et droits de la procréation

CONCLUSION ES1

Les stratégies d'intégration des droits en matière de sexualité et droits de la procréation appuyées par l'UNFPA ont eu des résultats limités, au contraire de l'égalité des sexes qui est mieux prise en compte dans la politique nationale et le cadre législatif.

- Origine: QE2, QE3, QE4
- Recommandation(s) associée(s) : R1, ES1

Des avancées sont constatées mais les mesures n'ont pas été prises pour faire progresser l'égalité, le respect, la protection et la réalisation des droits pour tous en matière de sexualité et de procréation au moyen d'une éducation publique efficace et de réformes juridiques et politiques. Il en va de même pour la garantie de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, à une offre complète et intégrée de services, à des informations et une éducation de bonne qualité.

CONCLUSION ES2

Manque de leadership du MCFDF dans la coordination stratégique et opérationnelle de la prévention et la réponse à la violence

- Origine: QE4
- Recommandation(s) associée(s) : ES1

Le cadre stratégique en matière de coordination, de prévention et de réponse à la violence est posé à travers la Politique Nationale d'égalité femmes hommes, et le Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles. Cependant, il manque une coordination des actions au niveau stratégique et opérationnel. Le MCFDF n'a pas su utiliser les ressources mises à disposition par l'UNFPA pour faire fonctionner les mécanismes définis dans la politique d'égalité femmes hommes, et matérialiser de façon opérationnelle les liens entre les différentes entités qui y sont impliquées.

CONCLUSION ES3

Progrès insuffisants dans la production de données probantes sur les violences faites aux femmes

- Origine: QE4
- Recommandation(s) associée(s) : R3

La base de données sur les VBG n'est toujours pas opérationnelle et n'a pas été audité techniquement.

CONCLUSION ES4

Les besoins des jeunes filles et des adolescentes en matière de santé sexuelle et procréatrice ne sont pas suffisamment pris en compte.

- Origine: QE1, QE2, QE3, QE4
- Recommandation(s) associée(s) : R1

Il n'y a pas eu de partenariat appuyé par l'UNFPA en faveur de l'accès à une éducation à la sexualité afin que les adolescent(e)s et les jeunes puissent être en mesure d'exercer leurs droits, de comprendre leur corps, de prendre des décisions informées sur leur sexualité et mieux planifier leur vie.

Pour les partenaires SSR, il n'y a pas eu d'action soutenue par l'UNFPA pour améliorer la disponibilité de services de qualité, accessibles, avec un personnel formé pouvant prendre en charge, selon les normes et standards les besoins des adolescent(e)s, des jeunes - scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s - en matière de santé sexuelle et procréatrice, ainsi que de VBG.

6 Recommandations

6.1 Recommandations stratégiques

En conformité avec l'approche orientée sur les résultats, les recommandations sont présentées au travers des résultats qui en sont attendues. Elles ont été conçues dans la perspective de l'élaboration en cours du programme-pays du 6^{ème} programme.

Résultat de la recommandation 1 (R1)

100% des adolescentes vivant en ville sont autonomes et responsables de leur santé sexuelle et reproductive

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : ONG
- Origine : C3, C4, C5, C6, C7, SR2, PF2, ES2

Les adolescentes ont été pratiquement absentes du 5^{ème} programme. Les effets négatifs du déficit d'accès qu'elles subissent ont été documentés. Le cadre légal n'est pas favorable mais doit évoluer soit dans son fonds, soit dans sa pratique. Il y a donc lieu pour l'UNFPA d'appuyer des partenaires proposant des points de service SSR sécurisés pour les jeunes femmes-filles pour :

- Associer les conseils SSR/VIH à la sensibilisation sur l'égalité des sexes dans le développement des compétences parentales ;
- Distribuer gratuitement les méthodes court-terme ;
- Référencer pour les méthodes long-terme et la SR ;
- Prendre en charge financièrement les conséquences médicales des avortements (et des VBG) ;
- Développer une communication spécifique (réseaux sociaux).

Une approche complémentaire pour atteindre le résultat attendu consiste à associer la SSR dans les activités parascolaires et les curriculums scolaires des 15-19 ans. Elle consiste à :

- Introduire l'approche par les droits humains dans les activités parascolaires ;
- Associer systématiquement le développement des compétences parentales à la SSR ;
- Mobiliser les sages-femmes en priorité comme intervenants en milieu scolaire.

L'atteinte de ce résultat implique un recentrage important de la stratégie du CPAP du 5^{ème} programme, l'identification de nouveaux partenaires en plus éventuellement d'une évolution du champ d'action du CPFO, une intensification du plaidoyer pour l'égalité des droits et des études sur la théorie du changement spécifique aux jeunes et adolescentes.

Le développement des compétences parentales chez les adolescentes est une condition pour un changement durable par la réduction de la reconduction intergénérationnelle des dysfonctionnements familiaux auxquels notamment une part importante des grossesses précoces peut être associée. C'est aussi potentiellement une valeur ajoutée spécifique de l'UNFPA puisque les financements pour la SSR dans le cadre des droits humains est et restera une constante de son mandat, à la différence des autres bailleurs de fonds – et particulièrement des ONG internationales.

Résultat de la recommandation 2 (R2)

L'emploi des ressources budgétaires du MSPP est aligné sur le plan stratégique SSR et la DSF assure pleinement ses attributions

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : C3, SR2, SR3, SR4, PF4,

Le très faible niveau des dépenses publiques allouées à la SSR est une contrainte commune à la majorité des limites identifiées pendant cette évaluation du 5^{ème} programme. Il est donc essentiel d'appuyer le MSPP pour opérationnaliser le plan stratégique SR/PF en programmes définis sur la base des contraintes budgétaires actuelles et prévisionnelles. L'UNFPA doit appuyer techniquement cette initiative, et améliorer en parallèle les capacités du MSPP à faire (i) remonter des besoins justifiés et priorités au niveau des arbitrages budgétaires annuelles et (ii) améliorer l'alignement et la coordination des autres contributions financières, notamment celles des bailleurs de fonds institutionnels ou autres.

La dynamique à créer doit être consolidée par un appui aux fonctions de monitoring, contrôle, coordination, une mise à jour et un élargissement des normes, et l'introduction de manuels de procédures et d'outils de production et d'utilisation des données dans la prise de décision. Ces activités coordonnées augmenteront l'attractivité de la SSR pour les financements extérieurs et les sécuriseront, notamment par la mise en place de dispositif d'évaluation.

Le résultat attendu de ces dispositions est la mise en œuvre effective des engagements du plan stratégique SR/PF 2013-2016 en matière de couverture du pays par un réseau de SONU. Le plan stratégique devra être mis à jour et développer pour ce qui est de l'analyse des causes profondes des limites à la couverture des besoins en SSR. La réflexion devra être conduite jusqu'au point où une

théorie du changement pourra être proposée de manière réaliste, si nécessaire pour chacun des groupes-cibles, y compris les adolescentes (coordination MSPP-MEN-MJS-MCFDF) et les personnes vulnérabilisés par une crise ou une catastrophe naturelle (coordination MSPP-DPC).

En parallèle, l'UNFPA appuiera la DSF et les directions départementales pour sécuriser la logistique des intrants jusqu'aux SONUB au même titre que l'évacuation des urgences vers les centres de référence.

Résultat de la recommandation 3 (R3)

Un système fonctionnel de gestion des informations sur les violences spécifiques envers les femmes et les filles est mis en place et informe les organisations et instances porteuses du plaidoyer sur l'égalité des droits

- Niveau de priorité : 3
- Responsable de la mise en œuvre : MCFDF
- Origine : C1, C5, C6, SR4, PF4, PD3, ES1

La base de données sur les VBG appuyée par le 5^{ème} programme devra être opérationnalisée en la recentrant éventuellement sur les VBG et surtout en mettant en place les mécanismes et les procédures de prise en compte dans la prise de décision. Un résultat attendu majeur est le partage des informations avec les ONG intervenant dans ce champ de préoccupations et l'animation d'un plaidoyer informé au niveau du corps social dans son ensemble. L'appui à la constitution et l'animation d'une plateforme nationale sera donc essentiel pour aboutir aux changements souhaités dans les attitudes sociales vis-à-vis des VBG et plus largement l'égalité des droits.

Résultat de la recommandation 4 (R4)

Les SONUB sont rendus fonctionnels sur la période de service social des sages-femmes, en priorisant les zones rurales

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : DSF/INSF
- Origine : C2, C3, C4, C6, SR1, SR3

Une amélioration tendancielle et structurelle de la couverture des besoins en SSR et de la qualité des soins en SONU est poursuivie par le résultat 2. Il demeure que cette amélioration sera nécessairement longue, probablement avec peu d'effets à court-terme et ne tirant partie des diplômés de l'INSF qu'incidemment, fonction de la saturation improbable des autres demandes (privées, humanitaires ou de l'exercice libéral). Il est aussi important de tirer le meilleur parti de la période d'un an de service social des diplômantes sages-femmes de l'INSF en les utilisant pour dynamiser les SONUB. L'année de stage devrait être appuyée plus encore qu'à présent par l'UNFPA

En termes d'accompagnement professionnel (tutorat), d'incitations financières, d'appui à la mobilité et au logement et surtout d'appui permanent et continu en matériels et intrants. Il serait demandé aux stagiaires de mettre l'accent sur les activités communautaires (matrones), l'éducation sexuelles et sur le développement des compétences familiales. Les stagiaires seraient positionnées par paire et la relève à l'issue de l'année devrait être priorisée dans les nouvelles affectations de stage.

Cette initiative sera accompagnée par un effort particulier de capitalisation et de documentation (dont sur les coûts SONU), notamment dans le cadre des autres activités de l'UNFPA en matière de collecte et de traitement des données (cf. ci-dessous).

Résultat de la recommandation 5 (R5)

Les données du RGPH sont disponibles et mises en perspectives pour la SSR (des adolescentes) et l'égalité FH (grossesses précoces, avortement, VBG)

- Niveau de priorité : 2

- Responsable de la mise en œuvre : IHSI/DSF
- Origine : C1, PF4, PD1, PD3

L'appui actuel à l'IHSI pour la préparation et l'exécution du RGPH devra être poursuivi, avec une évolution progressive vers l'appui aux traitements ciblés des données, accessibles et compréhensibles pour les utilisateurs SSR.

L'acquisition et l'utilisation des données et des recherches sur les thèmes du mandat de l'UNFPA devra évoluer vers une mise en concurrence des institutions susceptibles d'assurer un contrôle de qualité sur les productions. Il faudra en ce sens réorienter l'appui à FASH sur une base produit (recherches, guides, etc.) en élargissant le partenariat à d'autres prestataires, éventuellement privés.

Une thématique centrale à développer est l'alimentation d'un plaidoyer SSR basé sur l'approche par les droits humains et l'agilité de genre.

Résultat de la recommandation 6 (R6)

Le Bureau est prêt à assurer la disponibilité des services essentiels de santé reproductive et la prévention des cas de VBG en cas de crise humanitaire

- Niveau de priorité : 3
- Responsable de la mise en œuvre : DSF/DPC
- Origine : ES4

Le 6^{ème} programme devra mettre en place un partenariat avec la DPC pour assurer la disponibilité des services essentiels de santé reproductive et la prévention des cas de VBG en cas de crise humanitaire. Au stade actuel, l'expérience acquise avec le plan de contingence 2015 des retournés de République Dominicaine devra être évaluée pour définir plus avant une stratégie appropriée.

Résultat de la recommandation 7 (R7)

Les partenariats de l'UNFPA sont porteurs d'émulation, de reddition des comptes et, finalement, d'autonomisation des partenaires

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : C2, C7, PF2

La pratique quasi-systématique de l'appui administratif et logistique, donc du paiement des salaires de l'encadrement, s'est avérée génératrice de stratégies d'engagement minimaliste des partenaires, particulièrement des gestionnaires de PPS. Elle confère une inertie considérable à l'évolution du programme vers ses aspects novateurs puisque les partenaires historiques sont installés dans une dépendance à la régularité des financements de l'UNFPA (au moins pour une partie des services prodigués) et que les ressources diminuent tendanciellement.

Le 6^{ème} programme devra faire évoluer le partenariat vers un paiement au résultat (pour tous les partenaires), voir à la performance (pour les gestionnaires de PPS) selon des critères de cohérence avec les objectifs spécifiques poursuivis par l'UNFPA. Cette mutation profonde devra être anticipée, négociée et accompagnée, notamment par des actions de renforcement de capacité de levée de ressources additionnelles.

6.2 Recommandations opérationnelles

6.2.1 Santé maternelle et néonatale

Recommandation SR1

Élaboration et mise en œuvre du politique de ressources humaines pour la santé de la reproduction.

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : QE2

Une politique de ressources humaines pour la santé de la reproduction est un impératif pour atteindre les objectifs nationaux et mondiaux en termes de réduction de la mortalité maternelle et l'accès aux soins de qualité. Dans le cadre d'une nouvelle programmation il sera nécessaire d'appuyer le MSPP pour élaborer et mettre en œuvre cette politique qui favorise l'exercice de la profession de sage-femme. La DSF et les associations de sage-femme devront se concerter continger la profession de sage femmes et éviter la multiplication d'écoles de sages-femmes dans le secteur privé lucratif où les objectifs de qualité ne sont pas toujours mis en avant.

Recommandation SR2

Révision des normes institutionnelles pour faciliter l'accès aux jeunes et adolescents

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : QE2

Les institutions localisées dans les endroits de forte concentration de jeunes doivent avoir dans leurs personnels des membres assignés pour prendre en charge des jeunes et des adolescents en priorité.

Recommandation SR3

Renforcement des capacités de la DSF pour exercer un leadership positif dans le secteur

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : QE2

Pour accomplir sa mission la DSF a besoins de compétences, de nouveaux outils pour améliorer l'organisation du travail dans le secteur. L'appui de l'UNFPA pourrait constituer en l'identification de ces besoins en renforcement de capacité et développer de partenariats pour disposer de ces ressources.

6.2.2 Planification familiale

Recommandation PF1

Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et de communication

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : QE2

Les besoins du système sont nombreux il faudra un plaidoyer vers les décideurs et les partenaires clés pour obtenir les changements ou niveau des politiques, des lois et des réglementations du système de santé qui constituent des entraves à la fourniture des services de santé reproductive et la réalisation des droits sexuels des jeunes en particuliers.

Recommandation PF2

Promotion d'un centre d'excellence en planification familiale

- Niveau de priorité : 3
- Responsable de la mise en œuvre : PROFAMIL
- Origine : QE2

Les institutions offre une gamme restreinte de méthodes contraceptives. Le faible nombre d'utilisateurs de méthodes de longue durée s'explique par la disponibilité de ces méthodes dans les institutions et aussi le manque de personnel formé pour les dispenser. Il serait intéressant de favoriser l'émergence de centre d'excellence en planification familiale pouvant servir de lieu de formation pour le personnel et de recherche pour améliorer la qualité des services offerts.

Recommandation PF3

Maintien des acquis en gestion des intrants

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : DSF
- Origine : QE2

Faciliter la prise de décisions à partir des conclusions des enquêtes annuelles sur la disponibilité des produits et services de santé reproductives. Prendre des mesures pour réduire les ruptures de stock dans les institutions et élargir la gamme de méthodes disponibles.

6.2.3 Population et développement

Recommandation PD1

Poursuite à l'identique de l'appui au RGPH ; promotion d'une ouverture de l'IHSI à des collaborations avec les autres partenaires de l'UNFPA ; appui à l'adoption du plan national de développement des statistiques

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : IHSI
- Origine : QE3

L'IHSI est un acteur-clé pour la production de données ajustées aux besoins de plaidoyer et de communication sur la couverture des besoins en SSR, et donc leur prise en compte dans les politiques et leur suivi. Les autres partenaires ont besoin de développer des compétences et peuvent être accompagnés par l'IHSI, en conservant l'impératif de disposer rapidement de produits exploitables et accessibles. La crédibilité des données est essentielle pour encourager les utilisateurs potentiels ; la normalisation de la production statistique doit être appuyée.

Recommandation PD2

Sous réserve de confirmation des constats de cette évaluation par une évaluation de l'activité, il est recommandé l'abandon de l'appui administratif et logistique au CEPODE en faveur d'une approche de mise en concurrence et d'émulation des prestataires de services pour la production de recherches et d'études, sur une base contractuelle

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : QE3

Les compétences développées par le CEPODE doivent être activées et mobilisées dans un cadre qui garantit une émulation entre les chercheurs et les centres de recherche. L'UNFPA devra dans ce cadre soit renforcer sa capacité de contrôle de qualité, soit développer un partenariat porteur de cette exigence de bon rapport qualité-prix.

Recommandation PD3

Diversification des partenaires porteur de la promotion de l'utilisation des données, dans une approche centrée sur la formation continue en poste plutôt qu'une formation initiale théorique

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : QE3

La demande de formation complémentaire des agents de l'État et des organisations de la société civile (y compris les journalistes) est plus individuelle que collective. Elle implique une organisation flexible,

adaptées aux contraintes professionnelles des uns et des autres. L'UNFPA doit entamer une réflexion à partir de ce principe et rechercher un partenaire capable de le traduire de manière opérationnelle.

6.2.4 Egalité des sexes et droits de la procréation

Recommandation ES1

Ouverture du domaine de la promotion de l'égalité de genre et des droits procréatifs à des partenaires de la société civile, si nécessaire à l'exclusion du MCFDF

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : QE4

Le MCFDF s'est avéré sur la période plus un facteur de blocage et de crispation de la société civile qu'un outil pour défendre les droits des femmes, essentiellement du fait de jeux politiques qui sont hors de l'atteinte de l'UNFPA. Le Bureau doit impérativement diversifier ses partenariats dans ce domaine et rechercher des nouveaux partenaires porteurs du plaidoyer au niveau national ou de services tels que définis en R1 ci-dessus.

Le partenariat avec le MCFDF doit être redéfini intégralement, sur la base d'une cohérence avec le mandat de l'UNFPA et d'une stratégie élaborée conjointement. À défaut, l'appui au ministère sera arrêté jusqu'à ce qu'une base commune soit trouvée.

Recommandation ES2

Développement de stratégies d'intégration des droits des femmes en matière de sexualité et de procréation dans les politiques et le cadre règlementaire et offre complète de services d'information et d'éducation pour tous.

- Niveau de priorité : 2
- Responsable de la mise en œuvre : MCFDF et partenaires de la société civile
- Origine : QE4

Une section du Plan stratégique du MCFDF pose les bases de la contribution du gouvernement et de la société civile au développement de l'égalité de droits dans les domaines couverts par le mandat de l'UNFPA. Cette base doit être développée en stratégie spécifique avec le MCFDF, et servir de fondation pour les partenariats préconisés en ES1 ci-dessus. Des études recherches dédiées doivent être appuyées pour alimenter le plaidoyer.

Recommandation ES3

Animation par tous les partenaires de l'UNFPA d'un débat public sur l'égalité de genre et les droits de la procréation, en abordant de front les thèmes clivant que sont l'accès des adolescentes à la SSR, le droit à l'avortement, la lutte contre les grossesses précoces.

- Niveau de priorité : 1
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : QE4

Les débats clés liés aux droits de la procréation ont été évités au profit d'approches obstétricales. Ils sont présentés comme un risque pour la mise en œuvre des activités de SSR. La priorité devrait être renversée entre les activités et la promotion de l'approche par les droits humains. La seconde est la seule garantie de pérennité des acquis du mandat de l'UNFPA et doit être centrale dans la théorie du changement à élaborer pour le 6^{ème} programme.

7 Annexes

7.1 Annexe 1: Termes de référence de l'évaluation

1. TITRE DE L'ÉVALUATION

Évaluation finale du Programme de Pays 2013-2016

2. ANTECEDENTS ET CONTEXTE

Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) intervient en Haïti depuis 1970. Depuis, cinq programmes de pays ont été implémentés. Le Gouvernement haïtien et l'UNFPA ont élaboré le cinquième programme de coopération dans le contexte de la Réforme du Système des Nations Unies (SNU) sous la direction du Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (MPCE), et en consultation avec les organisations de la société civile, les organismes des Nations Unies et les donateurs. Le programme de pays (2013-2016) intègre les enseignements tirés des quatre précédents cycles d'assistance de l'UNFPA à Haïti. Il prend en compte : a) l'évaluation finale du programme (2009-2012); b) le Cadre stratégique intégré (2013-2016) du Système des Nations Unies (SNU), aligné sur le Plan Stratégique de Développement d'Haïti, Horizon 2030 (PSDH2030); c) le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement; d) les objectifs du Millénaire pour le développement; et e) le plan stratégique de l'UNFPA (2012-2013), réaligné sur le Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA..

Le programme s'inscrit dans le Cadre stratégique intégré, au travers de la reconstruction sociale. Les questions liées à la préparation et à la réponse aux crises humanitaires, aux besoins des femmes et des jeunes, au VIH et au sida, ainsi qu'à l'égalité des sexes et aux droits de l'homme, sont traitées en tant que thématiques intersectorielles, en mettant l'accent sur les plus pauvres et les exclus.

Conçu dans le respect de la diversité culturelle, du genre, de l'approche basée sur les droits humains, et les besoins spécifiques de la jeunesse, le cinquième programme répond aux priorités nationales du moment et est lié au Plan Stratégique 2011-2012 de l'UNFPA. Il repose sur quatre outcomes liés aux besoins de la santé de la reproduction, incluant la planification familiale, aux besoins en données et l'équité du genre.

Le programme est mis en œuvre avec le gouvernement et la société civile dans un environnement plus ou moins stable. Aucune crise humanitaire, aucune catastrophe naturelle n'a été enregistrée, en dépit du fait qu'Haïti reste un pays très fragile. La situation politique, en dépit des crises pré-électorales reste favorable à la mise en œuvre d'un programme de développement.

L'évaluation du programme de pays est venue dans un contexte de révision du cadre stratégique intégré des Nations Unies ISF 2013-2016, qui a été le principal cadre de référence lors de l'élaboration du programme. En outre, l'ISF révisé sera également prolongé jusqu'en 2017 ; ce qui signifie que le programme de pays de l'UNFPA sera aussi prorogé. De plus, Le contexte international a changé, les fonds prévus pour le financement de l'ISF ne sont pas en grande partie mobilisés; le SNU se trouve dans l'obligation de réduire ses objectifs. Toutefois, il reste certain que la révision de l'ISF n'affectera pas de façon sensible les résultats poursuivis par l'UNFPA.

L'évaluation finale du programme va se dérouler dans une année annoncée électorale, avec des crises pré-électorales profondes. Les retours probables de près de 30.000 Haïtiens de la République Dominicaine peuvent aggraver la situation. Les préoccupations peuvent être ailleurs. Ce qui pourrait affecter la programmation et aussi la qualité de l'évaluation.

Entre temps les besoins sont énormes. Le ratio de la mortalité maternelle parmi les plus élevé de la région (350/100,000), les besoins non satisfaits en Planification familiale sont aussi très élevés, les grossesses non désirées, surtout parmi les adolescentes en découlent. D'un autre côté, la lutte pour l'égalité des sexes progresse et doit continuer.

Considérant les besoins non satisfaits en Santé de la Reproduction, l'assistance de l'UNFPA à Haïti reste toujours pertinente. Un nouveau cycle de programme s'impose; les leçons tirées de cette

évaluation stratégique vont permettre l'élaboration d'un nouveau programme de pays de nature à adresser les besoins réels des populations cibles.

3. CADRE DU PROGRAMME PAYS 2013-2016.

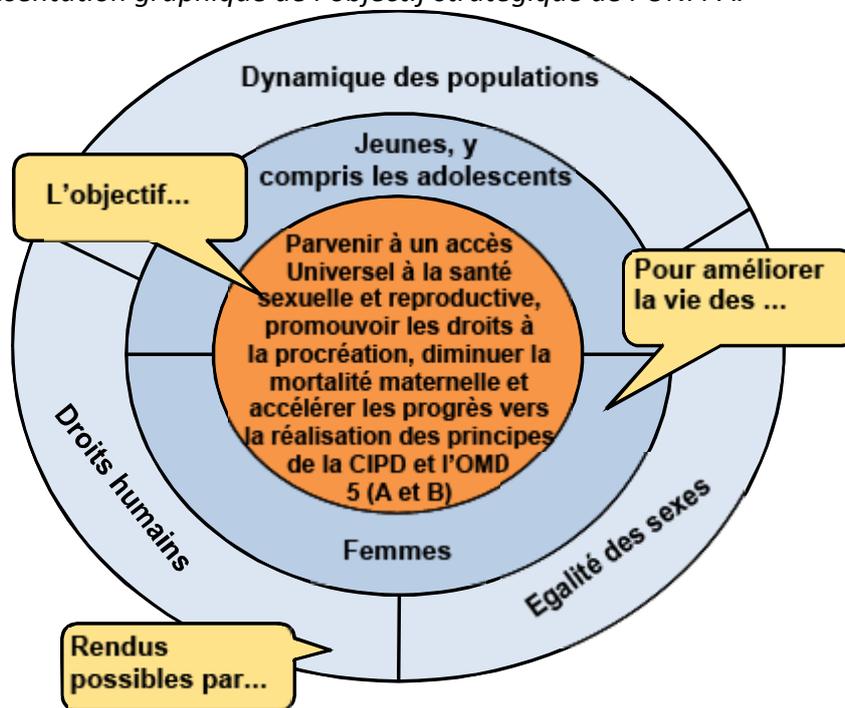
Le programme est structuré autour de quatre outcomes (effets):

- 1) Santé maternelle et néonatale
- 2) Planification familiale
- 3) Disponibilité et analyse de données
- 4) Égalité de sexes et droits de la procréation.

Chaque outcome comporte un output à l'exception de « Disponibilité et analyse des données qui en compte deux. L'approche systémique est adoptée. La stratégie est précisément axée sur la santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs, sur l'appui à un plus grand progrès vers la réalisation de l'OMD 5 et de l'agenda de la CIPD. Les résultats : « Disponibilité et analyse de données » et « Égalité des sexes et droits de la procréation » sont désormais tous centrés sur l'objectif central de santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs conformément à la nouvelle vision de l'UNFPA.

La vision est représentée sous forme graphique, ci-dessous :

Pièce 1. Représentation graphique de l'objectif stratégique de l'UNFPA.



L'objectif de l'UNFPA est : de parvenir à l'accès universel à la SSR (santé sexuelle et reproductive - y compris la planification familiale), de promouvoir les droits reproductifs, diminuer la mortalité maternelle, et accélérer la progression concernant l'agenda de la CIPD et l'OMD 5 (A et B), de manière à émanciper les populations mal desservies, notamment les femmes et les jeunes (y compris les adolescents) et à améliorer leur vie, rendu possible par une compréhension de la dynamique des populations, des droits humains et de l'égalité des sexes, et dicté par les besoins des pays et adaptés au contexte des pays.

En lien avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2014-2017, le programme pays 2013-2016 vise à améliorer la qualité de vie du peuple d'Haïti à travers l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, y compris la Planification Familiale (PF), promouvoir les droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle en visant les quatre résultats suivants:

1) Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services;

2) Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation;

3) La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels;

4) Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les domaines d'intervention du programme sont intégrés et centrés sur les cibles stratégiques que sont les femmes, les jeunes, y compris les adolescentes et les populations déplacées

4. LES RESULTATS A EVALUER.

Les résultats à évaluer dans le cadre du programme pays sont essentiellement la contribution à quatre effets (outcomes) et cinq produits (outputs), présentés dans les paragraphes qui suivent. L'approche basée sur les résultats (RBM) doit constituer la principale démarche de l'évaluation.

Outcome I: Santé maternelle et néonatale.

Le domaine d'intervention « Santé maternelle et néonatale » du plan stratégique, lié à l'objectif de réduction de la mortalité maternelle du Cadre stratégique intégré, comporte un produit.

Produit 1 : Capacité accrue du système national de santé à fournir tous les soins obstétriques et néonataux de qualité, en prêtant une attention particulière aux secteurs défavorisés et aux besoins de la jeunesse.

Outcome II: Planification familiale.

Le domaine d'intervention « Planification de la famille » du plan stratégique, lié à l'objectif de reconstruction sociale du Cadre stratégique intégré sur l'accès équitable aux services de santé, comporte un produit.

Produit 1 : Aux plans national, régional et local, les établissements de santé sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la procréation, y compris les méthodes modernes de planification de la famille, et de soutenir des actions dans ce domaine afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse.

Outcome III: Collecte et analyse des données.

Le domaine d'intervention « Disponibilité et analyse des données » du plan stratégique, lié à l'objectif de reconstruction sociale du Cadre stratégique intégré sur l'intégration des questions démographiques aux programmes de reconstruction et de développement, comporte deux produits.

Produit 1: Le système statistique national possède une capacité accrue à collecter, produire et diffuser des données socioéconomiques fiables ventilées par tranches d'âge afin d'améliorer les politiques de santé sexuelle et pro créative aux échelons national et local.

Produit 2: Le Gouvernement et les organisations de la société civile possèdent une capacité accrue à utiliser les données sociodémographiques pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et

programmes en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative.

Outcome IV: Égalité des Sexes et Droits

Le domaine d'intervention « Égalité des sexes et droits de la procréation » du plan stratégique, lié à l'objectif de reconstruction sociale du Cadre stratégique intégré sur la prévention et la répression de la violence sexiste à l'encontre des groupes vulnérables, des femmes et des filles, comporte un produit.

Produit 1 : Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire.

5. BUT DE L'ÉVALUATION

L'évaluation finale est avant tout une évaluation stratégique pour l'orientation de la formulation du programme pays 2018-2021 (PP), et tiendra compte dans son analyse des actions et capacités des autres partenaires stratégiques ainsi que des éventuels avantages/faiblesses stratégiques de l'UNFPA dans l'environnement global.

Le document élaboré devrait permettre au Gouvernement et à l'UNFPA de disposer d'éléments pertinents concernant l'adéquation des activités entreprises dans le cadre du programme pays, la contribution au développement d'Haïti ainsi qu'à la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMDs. Ce document devrait permettre aussi à l'UNFPA de disposer d'éléments de base en vue de l'élaboration d'un nouveau cycle de Programme de Pays (2017-2020) et des recommandations pour améliorer l'implémentation du programme en tenant compte des besoins spéciaux des groupes cibles, le suivi et l'évaluation des activités mises en œuvres et des résultats obtenus.

6. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de l'évaluation du programme de pays 2013-2016 de l'UNFPA-Haïti sont les suivants:

- Fournir à l'UNFPA, aux intervenants nationaux, ainsi que qu'à un public plus large, une analyse de la pertinence et de la performance du programme de pays de l'UNFPA pour Haïti
- Procéder à une analyse des avantages comparatifs de l'UNFPA et son positionnement en vue de contribuer aux résultats de développement d'Haïti.
- Tirer les principaux enseignements de la coopération passée et actuelle et de fournir un ensemble d'options claires conduisant à des recommandations stratégiques et concrètes pour le prochain cycle de programme.

7. QUESTIONS D'ÉVALUATION

Conformément à la méthodologie d'évaluation de programme pays figurant dans le Manuel de Bureau de l'évaluation sur la façon de concevoir et de mener une évaluation du programme de pays de l'UNFPA (2013), l'évaluation sera basée sur un nombre limité de questions d'évaluation (10 à 12 max) couvrant les critères d'évaluation suivants : Pertinence, Efficacité, Efficience, Durabilité, Coordination UNCT et Valeur ajoutée.

Les questions listées ci-dessous sont données qu'à titre indicatif ; la dernière série de questions d'évaluation sera déterminée par l'équipe d'évaluation au cours de la phase de conception. La liste finale de questions sera incluse dans la matrice d'évaluation (voir annexe V). (Notez que deux questions additionnelles portant spécifiquement sur les questions de « fragilité » seront intégrées aux questions d'évaluation.

Déterminer la «Pertinence» : questions d'orientation pour l'évaluation de la pertinence :

- Dans quelle mesure l'appui de l'UNFPA est (i) adapté aux besoins de la population (en particulier les besoins des groupes vulnérables), (ii) en ligne avec les priorités fixés par les cadres de politiques nationaux et internationaux ?, (iii) ainsi que les politiques et stratégies de l'UNFPA ?
- Dans quelle mesure le bureau de pays a été en mesure de répondre aux changements dans le contexte du développement national?

Déterminer l' « Efficacité » : questions d'orientation pour l'évaluation de l'efficacité :

- Dans quelle mesure les produits (outputs) du programme ont été atteints et dans quelle mesure ceux-ci ont contribué à la réalisation des effets (outcomes) du programme de pays?
- Dans quelle mesure les interventions soutenues par l'UNFPA ont contribué au développement d'une prise de conscience intrinsèque des jeunes nécessaire pour défendre avec succès leurs droits en SSR et leurs besoins face à des pressions sociales?

Déterminer l' « Efficience » : questions d'orientation pour l'évaluation de l'efficience:

- Dans quelle mesure l'UNFPA a fait un bon usage de ses ressources financières, humaines et techniques, et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches pour poursuivre la réalisation des résultats définis dans le programme de pays ?

Déterminer la «durabilité»: questions d'orientation pour l'évaluation de la durabilité:

- Dans quelle mesure les bénéfices tirés des interventions appuyées par l'UNFPA iront au-delà de ces interventions ?
- Dans quelle mesure les interventions soutenues par l'UNFPA ont contribué à la demande, l'accès et l'utilisation de services de qualité durablement améliorés dans le domaine de la santé reproductive et la planification familiale, en particulier pour les jeunes, les adolescents et d'autres groupes vulnérables de la population?
- Dans quelle mesure les interventions supportées par l'UNFPA ont contribué à une augmentation soutenue de l'utilisation des informations et des données démographiques et socio-économiques dans le développement et la mise en œuvre des plans, programmes et politiques, fondés sur l'évidence, visant à améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris dans des domaines liés à la santé sexuelle et reproductive, tels que l'égalité des sexes, la dynamique des populations et le VIH/SIDA?

Déterminer le "Niveau de coordination": Questions directrices pour l'évaluation du mécanisme de coordination de l'UNCT?

- Dans quelle mesure le bureau de pays de l'UNFPA coordonne avec les autres agences des Nations Unies dans le pays, en particulier dans le cas de chevauchements potentiels?
- Dans quelle mesure le bureau de pays de l'UNFPA a contribué au fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination de l'UNCT?

Déterminer la «Valeur ajoutée»: questions d'orientation pour l'évaluation de la valeur ajoutée:

- Quels sont les principaux avantages comparatifs de l'UNFPA dans le pays - notamment en comparaison aux autres agences des Nations Unies? Ces forces sont-elles inhérentes à la mission de l'UNFPA ou sont-elles spécifiques aux caractéristiques du bureau de pays ?
- Quelle est la principale valeur ajoutée de l'UNFPA dans le contexte du pays tel que perçu par les parties prenantes nationales?

8. METHODOLOGIE

L'évaluation adoptera une approche mixte alignée sur le document de référence de l'UNFPA « comment concevoir et mener une évaluation de programme de pays à l'UNFPA ». Cette approche devrait inclure les techniques suivantes de collecte de données à partir de sources primaires et secondaires: a) La revue bibliographique ; b) Entrevues et focus groups ; c) l'observation directe et d) enquête. Les différentes sources de données et méthodes utilisées devront être triangulaires afin de faciliter la validation des conclusions de l'évaluation.

Dans ce cadre, l'équipe d'évaluation devra esquisser une méthodologie détaillée, comme premier produit de l'évaluation (Rapport de conception).

a) La revue bibliographique

C'est l'étape bibliographique au cours de laquelle les consultants prendront connaissance de la documentation existante, qui sera rendue disponible par l'UNFPA. Les principaux documents à consulter sont, entr'autres, relatifs :

- Aux orientations et aux politiques de population et de développement du pays: Plan Stratégique de Développement d'Haïti, Horizon 2030 (PSDH2030), le Post Disaster Need Assessment (PDNA), le Plan Stratégique de Santé (PSS),
- Aux conventions internationales : Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les rapports d'avancement relatifs à Haïti..
- Au programme de l'UNFPA pour Haïti (2013-2016) et des divers rapports et documents y afférents (ISF, CP, CPAP, AWP...)
- Autres évaluations, études et n'importe quel document utile comme source secondaire d'évidence pour l'évaluation.

b) Entrevues et / ou Focus groupes.

Pour compléter la revue documentaire, l'équipe d'évaluation conduira un certain nombre d'entrevues semi-structurées avec le personnel de l'UNFPA, les homologues et bénéficiaires nationaux, les donateurs, les autres agences des Nations Unies et d'autres parties prenantes concernées. En plus des entretiens, des focus groupes appropriés avec des informateurs clés devraient être effectués. Dans le but d'identifier les interviewées, l'équipe d'évaluation devra élaborer une carte des parties prenantes et de définir des critères pour l'identification et la sélection des informateurs, en concertation avec le Bureau de pays de l'UNFPA.

c) Observation directe

Au cours de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation se rendra sur les sites d'intervention du programme (tels par exemple des points de prestation de services). Lors de ces visites, en plus de consulter (à travers des entrevues ou focus groupes) des informateurs clés, l'équipe d'évaluation sera en mesure d'observer l'infrastructure physique et autres aspects du contexte qui devraient être pris en compte dans l'analyse.

d) Enquête

Selon l'approche spécifique adoptée par l'équipe d'évaluation en concertation avec le bureau de pays, l'évaluation pourrait inclure une enquête auprès des bénéficiaires afin de fournir une base de sources primaires de données quantitatives. Idéalement, l'enquête devrait être menée avant la mission sur le terrain de sorte que ses résultats peuvent être explorés au cours des interviews.

9. DOCUMENTS ATTENDUS DE L'ÉVALUATION

Trois documents sont attendus de l'évaluation :

- Un rapport initial d'évaluation/rapport de conception.

Il s'agit d'un document programmatique et méthodologique qui doit préciser l'organisation de l'évaluation, la méthodologie, le calendrier d'exécution, les besoins en ressources et

accompagnement. Le plan de ce document est présenté en annexe. Ce rapport doit être en français. Il doit aussi préciser la structure du rapport final.

- Le draft du rapport final :

Produire un document (d'environ 60 pages non compris les annexes).

Le rapport doit être en ligne avec la politique d'évaluation de l'UNFPA et les normes de qualité pour l'évaluation de l'UNEG.

L'équipe d'évaluation soumettra le rapport final au groupe de référence de l'évaluation pour les commentaires, 4 semaines après la fin de la mission sur le terrain. Le document et ses annexes doivent être présentés suivant le plan standard soumis en annexe. Toutefois, les changements à la structure pourraient être proposés par l'équipe d'évaluation et discutés avec le manager de l'évaluation du bureau de pays et le Conseiller régional de M & E de LACRO. Ces changements devraient être proposés dans le rapport initial. Le draft de rapport final doit être présenté en français.

- Le rapport final

Les remarques du comité d'évaluation, du bureau de pays, de LACRO, du HQ seront produites dans un délai de deux semaines et seront prises en compte pour la finalisation du rapport d'évaluation. Ce rapport sera finalisé à la satisfaction du groupe de référence de l'évaluation, dans le cadre des normes de l'UNEG pour l'évaluation. Ce document devrait également être présenté en français puis traduit en anglais par un traducteur professionnel.

10. PROFIL DES CONSULTANTS OU DE LA FIRME

Pour le bon déroulement de l'évaluation, une équipe pluridisciplinaire de 3 professionnels (Iles) **assistée par un assistant chercheur (junior)** est recommandée. L'équipe sera composée:

Profil du (de la) chef (fe) de mission avec de l'expérience sur les questions de population et de développement.

Le (a) Chef(fe) de mission devra démontrer les compétences suivantes :

- Profil de sciences sociales, niveau maîtrise avec une expérience dans l'évaluation des programmes de développement dans les domaines humanitaires, d'urgence ou d'autres contextes fragiles.
- Démographe, statistique, sociologue ou autre formation universitaire appropriée au niveau de la maîtrise, avec une compréhension solide de la dynamique de la population et une forte expertise dans l'analyse quantitative,
- Expérience d'au moins 10 ans dans l'évaluation des programmes complexes dans le développement de paramètres de pays et des situations de crise, de préférence dans le contexte multilatéral;
- connaissances et expérience pratiques du cycle de gestion de projets;
- connaissance de la méthode de gestion axée sur les résultats;
- bonne maîtrise des principes de programmation basée sur une approche des droits humains.
- connaissances de la problématique liée à la santé sexuelle et reproductive, à l'équité du genre et des dynamiques de la population.
- Connaissance d'Haïti et du système des Nations Unies, un atout.
- Bonne maîtrise du français parlé et écrit et de l'anglais.

Profil du spécialiste en évaluation Santé maternelle et néonatale et Planification familiale.

- Profil du (de la) Médecin de Santé Publique/Santé de la reproduction ou universitaire ayant de hautes compétences en évaluation des programmes de santé avec une expérience d’au moins 10 ans dans le suivi/évaluation des projets/programmes de santé et une bonne connaissance des programmes de SR
- Disposant de capacités d’analyse, de synthèse et de travail en équipe et d’une expérience en matière d’analyse des politiques de santé publique
- Connaissance d’Haïti et du système des Nations Unies, un atout.
- Langue de travail : excellente maîtrise du français (écrit et parlé)

Profil du consultant en Jeunesse, Egalité des Sexes et Droits, Actions humanitaires.

- Diplômé en sciences humaines, ou connexes avec compétence en Genre, ayant de hautes compétences en évaluation des programmes de communication, de plaidoyer et de l'approche genre dans le développement
- Expérience d’au moins 10 ans dans le suivi/évaluation des projets de développement prenant en compte la dimension genre, jeunesse et/ou de programmes de développement humain
- Disposant de capacités d’analyse, de synthèse et de travail en équipe et d’une expérience en matière d’analyse des politiques
- Connaissance d’Haïti et du système des Nations Unies, un atout.
- Langue de travail : excellente maîtrise du français (écrit et parlé).

11. CONDITIONS DE TRAVAIL

i) Lieu : Port au Prince, Haïti avec des déplacements dans les lieux d’intervention du programme:(Sud'Est, Nippes, Artibonite).

ii) Période : Huit semaines effectives de travail au cours de août 2015 à avril 2016, incluant trois semaines de travaux de terrain, en janvier 2016 et une semaine pour la finalisation du rapport à la suite de la réunion de débriefing avec le comité d’évaluation.

iii) Rémunération : La rémunération des consultants fera l'objet d’un contrat spécifique. Les évaluateurs recevront 30% du budget convenu, sur la présentation du rapport de conception, puis de 40% sur la soumission du projet de rapport, et 30% après l'approbation du rapport final. Le rapport final sera présenté en français puis traduit en anglais.

iv) Budget de l'évaluation : Le coût prévisionnel global de l'évaluation est de USD 75.000 - 100.000 USD . Ces chiffres comprennent tous les frais, les frais de déplacement et les frais accessoires. Chaque consultant va signer un contrat spécifique. Le taux journalier dépendra du profil du consultant et son histoire salariale, tout en respectant les barèmes pratiqués à l'UNFPA

12. TEMPS D’EFFORT

La répartition des temps d’effort, en jours de travail, par expert et par phase d’évaluation est exprimée dans le tableau ci-après.

	Team leader	Evaluateur 1	Evaluateur 2
Phase de conception	15	10	10
Phase de terrain	20	15	15
Phase de rapport			
<i>Contribution au rapport final</i>	20	20	20
<i>Coordination consolidation du rapport d'évaluation.</i>	15		
Sous-total	35	20	20
Total	70	45	45

13. MISE EN PLACE DU COMITE D’EVALUATION

Il est prévu la mise en place d'un comité d'évaluation auquel est incombé le pilotage du processus l'évaluation. Ce comité est garant de la bonne gestion de l'évaluation et mettra tout en place pour qu'elle se réalise dans les meilleures conditions possibles. Ce comité a un rôle central et s'occupera spécifiquement de :

- apprécier les termes de référence;
- fournir à l'équipe d'évaluation des informations pertinentes et de la documentation sur le programme en cours d'évaluation ;
- faciliter l'accès de l'équipe d'évaluation aux informants clés au cours de la phase de terrain ;
- discuter et commenter les rapports produits par l'équipe d'évaluation ;
- donner des conseils sur la qualité du travail accompli par l'équipe d'évaluation ;
- aider à la prise en compte des constatations, conclusions et recommandations de l'évaluation dans l'élaboration et l'implémentation du prochain programme de pays.

Le comité d'évaluation est constitué de membres de l'UNFPA, des représentants du Gouvernement et d'autres agences des Nations Unies.

Sa composition est la suivante :

Coordination:

- Coordonnateur: Représentant du MPCE, Directeur de la Coopération Externe: Louis Michelot Pierre et Mr Robès Pierre, Chargé de Mission.
- Coordonnateur adjoint: Représentant Adjoint de l'UNFPA, Monsieur Cheikh Fall.

Membres:

- Le représentant de MSPP, Directeur de la DSF: Dr Pierre Marie Reynold-Grand Pierre
- Le représentant du MCFDF, Madame Elise Gelin, Directrice générale de MCFDF.
- Le représentant de l'Institut Haïtien de Statistique et d'informatique: Directeur technique de l'IHSI, Monsieur Daniel Milbin,
- Le représentant de l'UNICEF, Responsable de la section Santé: Dr Mirielle Tibié
- Le représentant de l'OMS, Dr Souad Lakhdim
- Le représentant de l'ONUFEMMES, Madame Nadège Beauvil.
- L'Administration de l'UNFPA: Monsieur Paul Zubeil.
- Assistant représentant de l'UNFPA : Dr Henri Claude Voltaire
- Le représentant du PNUD : Madame Monique Pierre Antoine.

Secrétariat:

- Le Gestionnaire de l'Evaluation, M&E UNFPA, Frisner Pierre

14. REPARTITION DES RESPONSABILITES

Les responsabilités de l'évaluation incombent à tout le staff de l'UNFPA et au comité d'évaluation. Les interventions du staff se limitent au support logistique, à l'assistance en informations fiables, à la planification de certaines rencontres. Le caractère externe et indépendant de l'évaluation doit prévaloir. Le tableau suivant présente les principales taches identifiées et les leaders responsables de la mise en œuvre.

EVALUATION DU PROGRAMME PAYS , UNFPA/HAITI REPARTITION DES RESPONSABILITES		
Activités	Personne responsable	Livrables
Rencontre de lancement de l'évaluation : clarification des objectifs, méthodologie :	Représentant/Deputy	Rapport initial d'évaluation
Support direct au comité d'évaluation	Chargé de Suivi-évaluation	
Révision et finalisation des questions d'évaluation	Consultants et Chargé de Suivi-évaluation	

Finalisation de la planification des rencontres	Consultants	
Facilitation des rendez-vous avec les partenaires	Responsables de outputs et chargés de projets.	Draft du rapport final d'évaluation.
Rencontre avec les partenaires d'exécution	Consultants	
Collection d'informations	Consultants	
Analyse des informations	Consultants	
Production du draft de rapport final.	Consultants	
Discussion interne sur le draft	Représentant/Deputy	Rapport final d'évaluation
Soumission des remarques et recommandations au comité d'évaluation.	Représentant/Deputy	
Présentation du rapport final	Consultants	
Préparation de la réponse du bureau aux recommandations de l'évaluation	Chargé de Suivi-évaluation	Réponse du bureau à l'évaluation
Archivage et dissémination rapport d'évaluation et réponse du bureau.	IT Specialist/ Chargé de Suivi-évaluation	

15. CALENDRIER D'EXECUTION

L'évaluation finale du programme de pays se fera sur une période allant de août 2015 à avril 2016.. Le calendrier ci-après résume les différentes phases d'implémentation de cette évaluation.

CALENDRIER D'EXECUTION

Taches	Mai	Juin	Juil	Aug	Septembre				Octobre				Novembre				Décembre				Janvier 16				Fevrier 16				Mars 16				Avril 16				Mai 16			
					1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
Draft des TDRs	■																																							
Mise en place du comité d'évaluation		■	■																																					
Finalisation des TDRs		■																																						
Approbation des TDRs par le comité et LACRO et HQ		■	■																																					
Appel d'offres pour consultants						■	■																																	
Selection du team leader								■																																
Selection des consultants nationaux									■	■																														
Contrat de service									■	■																														
Phase de conception										■	■	■																												
Soumission du rapport de conception													■																											
1er décaissement														■																										
Phase de terrain															■	■	■																							
Draft du rapport final.																						■																		
Deuxième décaissement																							■	■																
Production de remarques sur RF																																								
Rapport final soumis																																								
Traduction du rapport final en anglais.																																								
Révision Rapport final par CO et LACRO																																								
Finalisation du rapport par l'équipe d'évaluation (2e tour)																																								
Troisième décaissement																																								
Management response																																								
Evaluation de la qualité																																								
Archivage et dissémination du Document.																																								

ANNEXES

ANNEX I: Ethical Code of Conduct for UNEG/UNFPA Evaluations

Evaluations of UNFPA-supported activities need to be independent, impartial and rigorous. Each evaluation should clearly contribute to learning and accountability. Hence evaluators must have personal and professional integrity and be guided by propriety in the conduct of their business

Evaluation Team /Evaluators:

1. To avoid **conflict of interest** and undue pressure, evaluators need to be **independent**, implying that members of an evaluation team must not have been directly responsible for the policy/programming-setting, design, or overall management of the subject of evaluation, nor expect to be in the near future.
2. Evaluators must have no vested interest and have the full freedom to conduct impartially their evaluative work, without potential negative effects on their career development. They must be able to express their opinion in a free manner.
3. Should protect the anonymity and **confidentiality of individual informants**. They should provide maximum notice, minimize demands on time, and: respect people's right not to engage. Evaluators must respect people's right to provide information in confidence, and must ensure that sensitive information cannot be traced to its source. Evaluators are **not expected to evaluate individuals**, and must balance an evaluation of management functions with this general principle.
4. Evaluations sometimes uncover evidence of wrongdoing. Such cases must be reported discreetly to the appropriate investigative body.
5. Should be **sensitive to beliefs, manners and customs** and act with integrity and honesty in their relations with all stakeholders. In line with the UN Universal Declaration of Human Rights, evaluators must be sensitive to and **address issues of discrimination and gender equality**. They should avoid offending the dignity and self-respect of those persons with whom they come in contact in the course of the evaluation. Knowing that evaluation might negatively affect the interests of some stakeholders, evaluators should conduct the evaluation and communicate its purpose and results in a way that clearly respects the stakeholders' dignity and self-worth.
6. They are responsible for the clear, accurate and fair written and/or oral presentation of study limitations, evidence based findings, conclusions and recommendations.

ails on the ethics and independence in evaluation, please see UNEG Ethical Guidelines and Norms for Evaluation in the UN System

<http://www.unevaluation.org/search/index.jsp?q=UNEG+Ethical+Guidelines>

http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=21

[Please date, sign and write “Read and approved”]

ANNEX II: Outline of the design report

<p>UNFPA COUNTRY PROGRAMME EVALUATION: <i>HAITI</i> <i>Period covered by the evaluation (2013-2016)</i></p> <p><i>DESIGN REPORT</i> <i>Date (September 15, 2015)</i></p>
--

Second page

<p>Country map (<i>half page</i>)  Table (<i>half page</i>)</p>		
	Evaluation team	
	<u>Titles/position in the team</u>	<u>Names</u>

Third page

Table of contents

Section	Title	Suggested length
CHAPTER 1: Introduction		
1.1	Purpose and objectives of the Country Programme Evaluation	1-2 pages max
1.2	Scope of the evaluation	
1.3	Purpose of the design report	
CHAPTER 2: Country context		
2.1	Development challenges and national strategies	4-6 pages max
2.2	The role of external assistance	
CHAPTER 3: UNFPA strategic response and programme		
3.1	UNFPA strategic response	5-7 pages max
3.2	UNFPA response through the country programme	
3.2.1	The country programme	
3.2.2	The country programme financial structure	
CHAPTER 4: Evaluation methodology and approach		

4.1	Evaluation criteria and evaluation questions	7-10 pages max
4.2	Methods for data collection and analysis	
4.3	Selection of the sample of stakeholders	
4.4	Evaluability assessment, limitations and risks	
CHAPTER 5: Evaluation process		
5.1	Process overview	3-5 pages max
5.2	Team composition and distribution of tasks	
5.3	Resource requirements and logistic support	
5.4	Work plan	
TOTAL		20-30 pages max

ANNEXES

Annex 1 Terms of Reference

Annex 2 Evaluation matrix

Annex 3 Interview guides

Annex 4 List of atlas projects

Annex 5 Stakeholder map

Annex 6 CPE agenda

Annex 7 Documents consulted

ANNEX III: Outline of the evaluation report

Cover page

UNFPA COUNTRY PROGRAMME EVALUATION: <i>HAITI</i> <i>Period covered by the evaluation (2013-2016)</i> <i>DESIGN REPORT</i> <i>Date (September 15, 2015)</i>

Second page

Country map (<i>half page</i>) 			
Table (<i>half page</i>)			
	<u>Evaluation team</u>		
	<u>Titles/position in the team</u>	<u>Names</u>	

Third page

Acknowledgements

Fourth page

Table of contents

Section	Title	Suggested length
EXECUTIVE SUMMARY		<i>3-4 pages max</i>
CHAPTER 1: Introduction		
1.1	Purpose and objectives of the Country Programme Evaluation	<i>5-7 pages max</i>
1.2	Scope of the evaluation	
1.3	Methodology and process	
CHAPTER 2: Country context		
2.1	Development challenges and national strategies	<i>5-6 pages max</i>
2.2	The role of external assistance	
CHAPTER 3: UN / UNFPA response and programme strategies		
3.1	UN and UNFPA response	<i>5-7 pages max</i>
3.2	UNFPA response through the country programme	
3.2.1	Brief description of UNFPA previous cycle strategy, goals and achievements	
3.2.2	Current UNFPA country programme	
3.2.3	The financial structure of the programme	
CHAPTER 4: Findings: answers to the evaluation questions		
4.1	Answer to evaluation question 1	<i>25-35 pages max</i>
4.2	Answer to evaluation question 2	
4.3	Answer to evaluation question 3	
4.4	Answer to evaluation question X	
CHAPTER 5 Conclusions		
5.1	Strategic level	<i>6 pages max</i>
5.2	Programmatic level	
CHAPTER 6 Recommendations		
6.1	Recommendations	<i>4-5 pages max</i>
<i>(Total number of pages)</i>		<i>50 – 70 pages</i>

ANNEXES

- Annex 1 Terms of Reference
- Annex 2 List of persons / institutions met
- Annex 3 List of documents consulted
- Annex 4 The evaluation matrix

ANNEX IV: Evaluation quality assessment grid (EQA)

Origin and Purpose of the EQA

The introduction, as of May 2011, of the Evaluation Quality Assessment grid (EQA) was driven by the willingness to come on par with similar best practices enforced by our sister agencies and other international organizations and bilateral donors.

The main purpose of the EQA is to ensure that evaluation reports comply with professional standards while meeting the information needs of their intended users.

Use of the tool

The EQA grid should be filled twice by the evaluation manager, at the last two stages of the evaluation process.

The first time corresponds to the assessment of the draft final evaluation report. The grid is mainly directed to the evaluation team, with a view to pointing out areas of improvement for the final version of the report.

The second assessment concerns the final report and consists in expressing a final quality judgment on the evaluation report. This final EQA grid is the one that will be sent to Headquarters (HQ) management, along with the evaluation final report, to be published in the database of the Evaluation Branch at DOS. The audience targeted is HQ management but also the general public, as the grid is made available on the Internet. Internally (at UNFPA), the assessment of the strengths and weaknesses of the evaluation report gives an indication of the relative reliability of its results and determines the extent to which the report (or elements of it) can be used to feed lessons learned into future programming.

From an external perspective, publishing the final EQA grid together with the evaluation report contributes to the transparency and credibility of UNFPA when reporting on its performance.

The Quality Assessment criteria

<p>1. Structure and Clarity of Reporting</p> <p>Does the report clearly describe the evaluation, how it was conducted, the findings of the evaluation, and their analysis and subsequent recommendations? Is the structure <i>logical</i>? Is the report <i>comprehensive</i>? Can the information provided be <i>easily understood</i>?</p>
<p>2. Executive Summary</p> <p>Does it read as a stand-alone section, and is a <i>useful</i> resource in its own right? Is it brief yet <i>sufficiently detailed</i>, presenting the main results of the evaluation, and including <i>key elements</i> such as methodology and conclusions and recommendations?</p>
<p>3. Design and Methodology</p> <p>Is the <i>methodology</i> used for the evaluation clearly described and is the rationale for the methodological choice justified? Have cross-cutting issues (vulnerable groups, youth and gender equality) been paid specific attention (when relevant) in the design of the evaluation? Are key processes (tools used, triangulation, consultation with stakeholders) discussed in sufficient detail? Are <i>constraints</i> and <i>limitations</i> made explicit (including limitations applying to interpretations and extrapolations; robustness of data sources, etc.) and discussed?</p>
<p>4. Reliability of Data</p> <p>Are <i>sources</i> of data clearly stated for both primary and secondary data? Is it clear why case studies were selected and what purpose they serve? Are all relevant materials related to case studies, interviews (list of interviewees, questionnaires) etc. annexed to the report? Are the limitations, and methods to address them, discussed? What other <i>data gaps</i> are there and how have these been addressed?</p>
<p>5. Findings and Analysis</p> <p><u>Findings</u> Is there a <i>clear pathway</i> from data to findings, so that all findings are <i>evidence-based</i>? Are <i>biases</i> stated and discussed? Are <i>unintended</i> findings reported and discussed?</p> <p><u>Analysis</u> Are <i>interpretations</i> of the findings understandable? Are <i>assumptions</i> clearly stated and extrapolations well explained? Are their <i>limitations</i> (or drawbacks) discussed? Does the analysis respond to <u>all</u> evaluation questions? If not, are <i>omissions</i> (of both evaluation criteria and questions) recognized and explained? Has the analysis examined <i>cause and effect</i> links between an intervention and its end results? Are <i>contextual factors</i> identified and their influence discussed?</p>
<p>6. Conclusions</p> <p>Are the conclusions organized in priority order? Do the conclusions amount to a reasonable <i>judgment</i> of the findings and are their links to evidence made clear? Are there any limitations and are these made clear? Do they present an <i>unbiased</i> judgment by the evaluators of the intervention or have they been influenced by preconceptions or assumptions that have not been discussed?</p>
<p>7. Recommendations</p> <p>Is there a <i>logical flow</i> from the conclusions to recommendations?</p>

Are they strategic and clearly presented in a priority order which is consistent with the *prioritization* of conclusions? Are they *useful* – sufficiently detailed, targeted and likely to be implemented and lead to *further action*?

How have the recommendations *incorporated* stakeholders' views and has this affected their *impartiality*?

8. Meeting Needs

Does the report adequately address the information needs and responds to the *requirements stated in the ToRs*?

In particular does the report respond to the evaluation questions, issues or criteria identified in ToR?

ANNEX V: Evaluation Matrix

EQ1 : To what extent ...			
Assumptions to be assessed	Indicators	Sources of information	Methods and tools for the data collection
Assumption 1 (see example in Tool 1)			
<p><i>Evaluators must fill this box with all relevant data and information gathered during the field phase in relation with the elements listed with the 'assumptions to be assessed' column and their corresponding indicators.</i></p> <p><i>The information placed here can stem from: documentary review, interviews, focus group discussions, etc.</i></p> <p><i>Since the filled matrix will become the main annex of the final evaluation report, the evaluation team leader and evaluation manager must ensure that all the information displayed:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ is directly related to the indicators listed above; ▪ is drafted in a readable and understandable manner; ▪ makes visible the triangulation of data; ▪ the information source (s) are referenced in footnotes. 			
Assumption 2 (see example in Tool 1)			
Assumption 3 (see example in Tool 1)			
EQ2 : To what extent ...			
Assumptions to be assessed	Indicators	Sources of information	Methods and tools for the data collection
Assumption 1 (see example in Tool 1)			
Assumption 2 (see example in Tool 1)			
Assumption 3 (see example in Tool 1)			

7.2 Annexe 2 : Liste des personnes consultées

Les personnes rencontrées individuellement sont les suivantes :

- SANDERS Marielle, Représentante, UNFPA
- FALL Cheikh, ex-représentant adjoint, UNFPA
- VOLTAIRE Henri-Claude, Représentant Assistant, UNFPA
- DENIS Patrice, Assistant administratif et financier, UNFPA.
- PIERRE Frisner, Chargé de projet P&D, chargé de suivi-évaluation, UNFPA
- SALOMON Marie Josée, Chargée de programme VIH SIDA /égalité des sexes UNFPA
- THERMIDOR Yves Dr, chargé de programme SR, UNFPA
- JEAN BAPTISTE Vardine, Chargée de programme Sages-femmes, UNFPA
- PIERRE Robès, Chargé de mission / coopération externe, MPC
- PIERRE Louis Michelot, Directeur coopération externe, MPC
- JEAN-CHARLES Marie Rita, Responsable programme santé, CPFO
- GRAND PIERRE Dr, Directeur, DSF/MSPP
- CHARLEIR Mme, Directrice, INSF
- DE CASTRO Dr, Directeur exécutif, PROFAMIL
- TASSY Edvard Dr, Directeur technique, PROFAMIL
- LAMY Metzger, Directeur financier, PROFAMIL
- JOANIS Mirlène, Communication, droits humains, CPFO
- BEAUVIL Nadège, Spécialiste de programme, ONU-Femmes
- PARDO GUERRERO Liliana Liz, Spécialiste suivi-évaluation, ONU-Femmes
- ANCION Evelyne Dr, OPS-OMS
- MOISE Fritz, Directeur exécutif, FOSREF
- LARSEN Vladimir Dr, SHOG
- SOLOFO-DIMBY Chrystian, Chef politiques sociales, UNICEF
- DESCARDES Arnoud, Directeur exécutif, VDH
- SIMON Annette, DSO
- ST LOUIS Jessie Dr, DSO
- DS Nippes
- SANON Josette Dr, DSSE
- MILBIN Daniel, Directeur des enquêtes nationales, IHSI
- PIERRE Hancy, FASH/MAPODE
- MÉTILIEU Rachel, OCHA
- ANTOINE Jean robert Dr, Secrétaire exécutif, FMP
- JOSEPH Hérold Dr, MEN
- DESPAGNE Pierre, Directeur exécutif, CDS
- BARTHELMEY Lionel, Directeur technique, CDS
- AMELEE Denise, directrice de la DEPAG, MCFDF
- LYBERAL Eugénie Coordinatrice UEP

Les visites de terrain ont été l'occasion d'organiser des focus groups avec les bénéficiaires finaux du programme. Elles ont été organisées i) dans 3 centres de santé et 2 centres de formation dans la zone métropolitaine et ii) dans les départements où l'UNFPA a été actif pendant l'exécution du programme : Nippes et Sud-Est. Les informations ont été collectées à l'occasion des réunions ci-après :

- Jacmel
 - focus group avec les jeunes adultes (programme de sensibilisation)
 - entretiens avec les services de santé (coordination) appuyés par l'UNFPA
- Marigot
 - focus group avec les femmes présentes dans le centre de santé pilote (santé de la reproduction)
- Port-au-Prince

- Focus group avec les clientes du centre de santé PROFAMIL (santé de la reproduction)
- Entretien groupé avec les élèves-infirmières (INSF)
- Entretiens avec les stagiaires du MAPODE (population et développement)
- Focus group avec les femmes présentes au centre de sensibilisation/santé CPFO (santé de la reproduction)

7.3 Annexe 3: Liste des documents consultés

- ACF, Evaluation sur les pratiques de soins nutritionnelles des populations vulnérables des camps de déplacés internes, 2014
- BM/ministère de la sante publique et de la population, Projet : améliorer la santé maternelle et infantile à travers la livraison de services sociaux intégrés, cges
- HAITI, Plan d'Action Humanitaire 2014
- IHSI, EMMUS IV (2005-2006), 2007
- IHSI, EMMUS V (2012), 2013
- IHSI, Grandes leçons sociodémographiques tirées du 4e RGPH, 2009
- IHSI, Rapport OMD 2010
- Ministère de l'intérieur, Protection civile, Plan de contingence national, 2015
- Ministère de l'intérieur, Système national de gestion des risques et des désastres, Saison cyclonique 2014 plan de contingence national, 2014
- Ministère de la Planification et de la Coopération Externe et Ministère de l'Économie et des Finances, Plan stratégique de développement d'Haïti >> pays émergent en 2030
- Ministère de la santé publique et de la population, Direction de santé de la famille, Plan stratégique national de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016
- Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction de Santé de la Famille, Campagne Nationale de Planification Familiale 2013-2014
- Ministère de la Santé Publique et de la Population, Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005- 2010
- OCHA, 2014 Periodic Monitoring Report, January – December 2014, Haiti, January 2015
- ONU Femmes, Dispositif minimum d'urgence (DMU) en Santé reproductive dans les situations de crise : Manuel d'apprentissage
- SNU, HAÏTI va de l'avant pas à pas, 2012
- SNU, Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement – Haïti UNDAF 2009 – 2011
- SNU, Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement – Haïti UNDAF 2013 – 2016
- UN, TAP (Transitional Appeal) 2015-2016
- UNDP, Rapport OMD 2013
- UNFPA, Cadres thématiques de suivi, 2013
- UNFPA, CPAP 2009-2013
- UNFPA, CPAP 2013-2016 (et annexes, ainsi que matrices mises à jour)
- UNFPA, Evaluation CPAP 2009-2013
- UNFPA, Les femmes sont la trame : Santé de la reproduction dans les sociétés en crise
- UNFPA, Lettres d'accord avec les PE
- UNFPA, L'UNFPA: La voie à suivre - Plan d'action pour 2012-2013
- UNFPA, Paniers d'indicateurs par PE, 2013
- UNFPA, Plan de contingence - Haïti, Septembre 2010
- UNFPA, Plan de suivi-évaluation du plan d'action du programme de pays 2013-2016 UNFPA HAITI
- UNFPA, Programmes de travail (PTA) finaux pour 2013, 2014 et 2015
- UNFPA, revues semestrielles 2014 et 2015
- UNFPA, THE UNFPA Strategic Plan, 2014-2017 Report of the Executive Director
- UNFPA, TRAVAILLER AVEC L'UNFPA, Manuel pour les partenaires d'exécution, 2012
- UNFPA, UNFPA Contingency Plan 2012

7.4 Annexe 4: Matrice d'évaluation

7.4.1 Question d'évaluation : Dans quelle mesure le 5ème programme de l'UNFPA à Haïti (i) a contribué à répondre aux besoins de la population haïtienne, (ii) a été aligné sur les priorités des politiques nationales et internationales, ainsi que sur les plans stratégiques de l'UNFPA et (iii) a répondu aux changements qui ont affecté le contexte du développement et aux crises humanitaires pendant la période de mise en œuvre du programme ?

A. Critère de jugement : Le processus de programmation a bien pris en compte les besoins de la population, en particulier des jeunes et des groupes vulnérables ou fragilisés par une crise humanitaire

a - Indicateur : Existence des études préliminaires et données démontrant la prise en compte inclusive des besoins et leur concentration, avant la programmation des activités et le choix des PE

i) Extraits détaillés de la documentation

« Haïti figure parmi les pays ayant le taux le plus élevé de mortalité maternelle de la région Caraïbes, avec un nombre estimé à 630 décès pour 100 000 naissances vivantes selon EMMUS 2005/2006. Les principales raisons sont liées à la faiblesse des infrastructures, notamment pour les services d'urgences obstétricales et néonatales, et au manque de personnel qualifié²⁸. (...) Haïti détient le taux d'infection du VIH-SIDA le plus élevé de la région, avec un taux estimé à 2.2% chez les adultes. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.9

« Pièce 2. Résultats du DRF pour 2012-13 approuvés par le conseil d'administration de l'UNFPA :

1. La dynamique de la population et son interdépendance avec les besoins des jeunes, la santé reproductive, l'égalité des sexes et le développement durable et la diminution de la pauvreté figurent dans les plans de développement nationaux et les stratégies de réduction de la pauvreté.

2. Amélioration de l'accès à des services de santé maternelle et néonatale de qualité et de leur utilisation.

3. Amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité pour les individus et les couples et de leur utilisation selon les intentions de reproduction

4. Amélioration de l'accès à des services de prévention du VIH et des IST de qualité et de leur utilisation, notamment pour les jeunes et d'autres populations clés à risque.

5. Progression de l'égalité des sexes et des droits reproductifs notamment à travers les lois et la mise en œuvre des politiques

6. Amélioration de l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle

7. Les améliorations au niveau de la disponibilité des données et de leur analyse aboutissent à une amélioration des prises de décision et de la formulation des politiques articulées autour de la dynamique des populations, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité des sexes » L'UNFPA: La voie à suivre ; Vision et Plan d'action 2012-2013, p.13

« 28. Il ressort de son évaluation finale que le programme pays 2009-2011 prolongé à 2012 s'inscrit dans les principales politiques et stratégies du pays notamment en réponse aux crises humanitaires. Cependant les résultats visés ambitieux et sa mise en œuvre opérationnelle dispersée avec une multitude de projets et de partenaires d'exécution (PEs) ont limité sa performance. Les principales leçons apprises sont: a) la nécessité de concentrer les interventions du programme sur des projets à portée significative et durable et en ligne avec le mandat et capacités de l'UNFPA; b) pour faire face à la vulnérabilité du pays aux désastres, il est important d'intégrer la préparation et la réponse aux urgences afin d'assurer la disponibilité des services essentiels de santé reproductive et la prévention

²⁸ Seulement 26% des accouchements sont couverts par du personnel qualifié.

des cas de VBG en cas de crise humanitaire; c) l'assistance technique et financière aux institutions publiques serait rentabilisée à travers une stratégie d'accompagnement ciblée sur le transfert de connaissances et de savoir-faire aux cadres haïtiens et des mécanismes conjoints de gestion et financement pour supporter la gestion opérationnelle des interventions. La coopération Sud-Sud entre Haïti et le Brésil dans le domaine de la lutte contre les VBG est récemment étendue au Recensement Général de la Population et de l'Habitat pour renforcer les capacités nationales et favoriser le partage de bonnes pratiques dans l'utilisation des nouvelles technologies dans les opérations de collecte de données de grande envergure.

29. Les principaux défis identifiés relèvent de la faiblesse des capacités à générer, déployer et à retenir les ressources humaines requises pour le fonctionnement des services de santé reproductive associées aux difficultés logistiques dans la distribution de produits, notamment en dehors de Port-au-Prince. » CPAP, p.8

« 33. En lien avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013, le programme proposé vise à améliorer la qualité de vie du peuple d'Haïti à travers l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, y compris la Planification Familiale (PF), promouvoir les droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle (...) » CPAP, p.10

« 35. L'atelier stratégique du 26 septembre 2012, suivi d'un atelier de validation le 20 novembre 2012 avec les partenaires du Gouvernement, de la société civile et des acteurs de développement ont permis de définir les actions stratégiques majeures qui sous-tendent le présent Plan d'Action de mise en œuvre du Programme Pays 2013- 2016 (CPAP) et tenant compte des contraintes structurelles, synergies et collaboration entre les partenaires et des ressources disponibles » CPAP, p.11

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le contexte de l'élaboration du 5^{ème} programme a été particulier dans la mesure où (i) le gouvernement avait décrété le passage de l'urgence au développement et (ii) le cadre stratégique de l'UNFPA venait de changer (abandon de l'approche par composante, approche par « l'œil de bœuf », approche orientée vers les droits humains). Le personnel du BP s'est appliqué à intégrer ces changements sans avoir nécessairement en interne toutes les compétences requises.

L'identification du 5^{ème} programme a été réalisée en utilisant en particulier l'EMMUS (p.6 du CPAP dans « Analyse de situation », par exemple) et les autres études produites par l'IHSI et les agences du SNU (Rapport Haïti Earthquake Post Disaster Needs Assessment (PDNA) de 2010, par exemple), plus généralement. Cette base documentaire n'est pas rétrospectivement très large ni très précise. En particulier l'EMMUS n'est pas un document support de programmation stratégique : sa vocation principale est un état de la situation et la présentation de séries chronologiques. Dans le cas du 5^{ème} programme, l'écart entre l'EMMUS V (2012) et l'EMMUS IV (2006) est trop large pour alimenter une analyse causale ; par ailleurs, l'EMMUS V ne couvre pas la mortalité maternelle et la mortalité néonatale précoce, données-clés pour l'UNFPA. Les sources ont également varié entre les deux enquêtes pour certains indicateurs (entretiens avec l'IHSI).

L'UNFPA a réalisé une analyse des résultats de l'EMMUS V lors de l'Atelier National de la SR/PF de décembre 2012. Elle présente seulement les zones prioritaires là où des déficits sont à combler sans proposer une analyse des causes et des marges de manœuvre.

L'identification du 5^{ème} programme a également bénéficié de l'évaluation finale du 4^{ème} programme, réalisée par des consultants extérieurs en février 2011. L'évaluation n'a pas produit une analyse structurée de l'atteinte des résultats ni des éléments pour construire une théorie du changement : « *Les principaux défis identifiés relèvent de la faiblesse des capacités à générer, déployer et à retenir les ressources humaines requises pour le fonctionnement des services de santé reproductive associées aux difficultés logistiques dans la distribution de produits, notamment en dehors de Port-au-Prince* » (CPAP, p.10). Elle a cependant donné trois directions importantes : i) concentrations des activités et

des partenaires, ii) accompagnement des structures publiques et iii) prise en compte de la vulnérabilité du pays aux catastrophes.

Le CPAP fait mention (p.11) d'une démarche inclusive de programmation (atelier stratégique, atelier de validation). Malgré cette démarche inclusive (et la mention de « *contraintes structurelles* »), l'analyse de la situation des bénéficiaires est essentiellement descriptive et finalement met l'accent sur les déficits (« *Ces données indiquent que l'offre de services en matière de santé reproductive ne répond pas à la demande, les principales causes étant liées au déficit en ressources humaines et en infrastructures* » (...)), CPAP, p.6) plutôt que l'inadéquation des cadres réglementaires, des politiques, des processus, des capacités et pratiques par rapport à satisfaction du droit à la santé reproductive.

La spécialisation de l'UNFPA dans le Cadre Stratégique Intégré des Nations Unies 2013-2016 (CSI) qui est aligné au Plan National Stratégique de Développement à long terme d'Haïti (horizon 2030) jouit d'une forte prédominance dans les choix stratégiques, au même titre que le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013 en vigueur à cette période. Le cadre stratégique intégré 2013-2016 du SNU ne fournit pas de théorie du changement et, dans sa section consacrée à l'analyse de la situation, reste très largement descriptif.

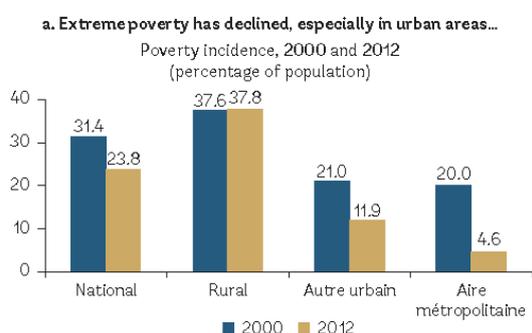
Le CPAP ne fait pas par ailleurs état d'une stratégie explicite de sélection des PE, avec des critères associés à la cohérence avec les objectifs poursuivis et leur hiérarchisation.

b - Indicateur : Mesure dans laquelle les activités ont été programmées et ciblées en priorité en faveur des groupes les plus vulnérables, handicapés, marginalisés et fragilisés par des crises humanitaires

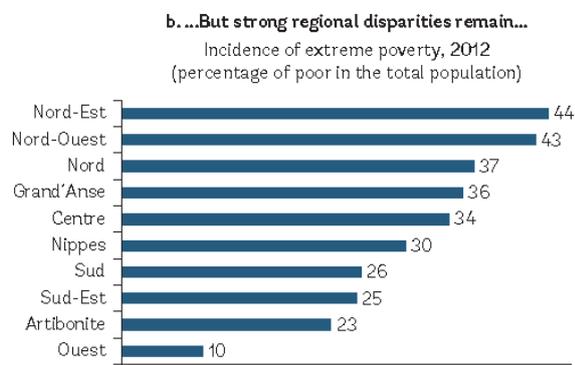
i) Extraits détaillés de la documentation

« 34. Les domaines d'intervention du programme seront intégrés et centrés sur les cibles stratégiques que sont les femmes, les jeunes, y compris les adolescentes et les populations déplacées. (...) Les acquis du programme en cours seront renforcés au niveau institutionnel et central et dans les zones d'intervention prioritairement dans les Départements de l'Ouest, Sud-est, des Nippes et du Centre, étendues à celles des départements de l'Artibonite et la Grand'Anse ayant enregistrées de faibles indicateurs en santé maternelle selon l'EMMUS V 2012. » CPAP, p.11

« GDP per capita fell by 0.7 percent per year on average between 1971 and 2013. As a result, the overall poverty headcount amounts to about 59 percent and extreme poverty to 24 percent in 2012, indicating that almost 6.3 million Haitians cannot meet their basic needs and 2.5 million cannot even cover their food needs. (...)



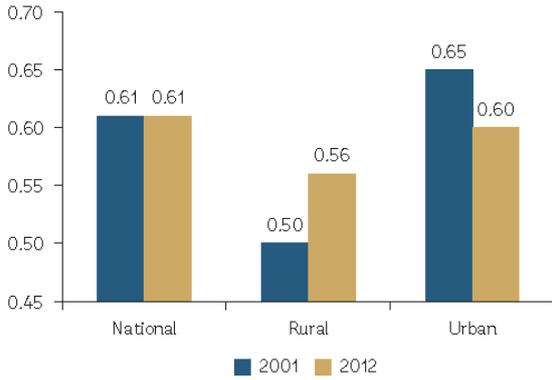
Sources: ECB 1999/2001 (Pedersen and Lockwood 2001) and official poverty rates (ECVMAS 2012).



Source: ECVMAS 2012.

e. Inequality is nevertheless important...

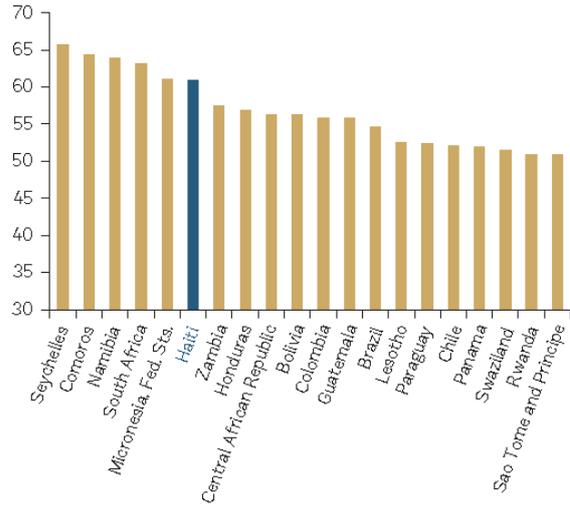
Gini coefficient, 2001 and 2012
(SEDLAC income methodology)



Source: World Bank staff calculations.
Note: 0=equality, 1=inequality

f. ... And one of the highest in the world

Gini index, 2012 or latest (20 highest inequalities)

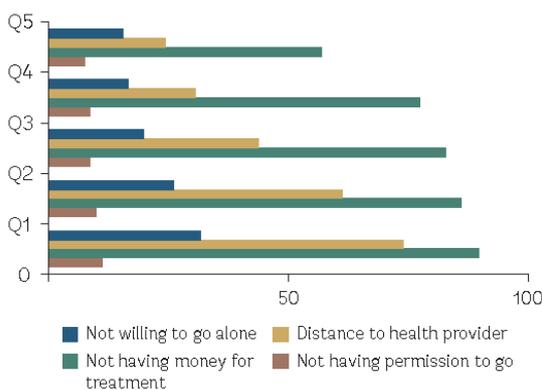


Source: World Bank.

Furthermore, social spending remains limited and the delivery of basic services strongly inequitable. Public spending in health, education, and social protection amounts to 5 percent of GDP, below comparator countries, limiting the government’s ability to offer equal opportunities to its citizens. (...) In the absence of government, basic services such as health and education are mainly provided by non-government actors. Eighty to ninety percent of primary school students attend non-public schools, placing a substantial financial burden on households and delivering achievements closely linked with household income. Outcomes are equally unfavorable to the poor in the health sector: in 2012, infant mortality was 62 per 1,000 live births for the richest quintile compared to 104 for the health, about 50 percent of total health expenditure is provided by NGOs, which for the most part deliver primary health care services. (...) These non-state actors are largely disconnected from the state system and fragmented among themselves, leading to highly uneven service provision. The reliance on non-State actors, particularly donors, has also weakened public investment management. Haiti’s public investment management exhibits a number of distinctive features and practices common to countries that are aid-dependent, including weak appraisal capacity and reliance on donors to design good projects. » World Bank, Haiti - Toward a New Narrative, 2015

e. Money remains the main obstacle to access to many basic services such as health care...

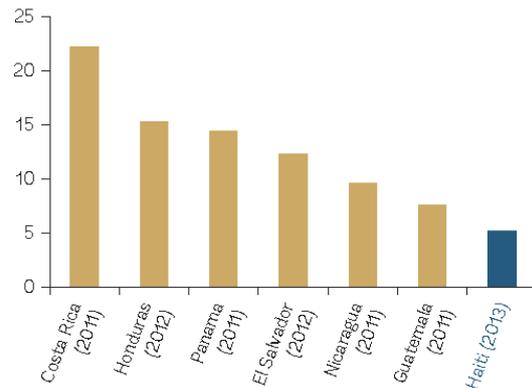
Obstacles to access to healthcare services, 2012 (per quintile)



Source: MSPP, IHE, and ICF International 2013.

c. Social spending remains limited...

Social spending 2013 or latest (health, education, and social protection in percentage of GDP)



Source: World Bank and Ministry of Economy and Finance (MEF).

« La grande majorité des ouvrières qui font partie des catégories urbaines défavorisées se trouvent confrontées à un problème d'accessibilité des services et des produits, à cause de leur contrainte horaire et de l'absence de soins publics de santé dans la zone industrielle. Donc, elles n'ont pas accès aux soins de santé, ni aux programmes de formation et d'éducation fonctionnelle, d'où la présence du CPFO au cœur même de la zone industrielle de Port-au-Prince, sur la route de l' Aéroport. » PTA CPFO 2013

« Le PT A 2013 du Sud Est va appuyer les efforts du Gouvernement haïtien pour développer le cadre opérationnel du nouveau plan stratégique santé de la reproduction. Dans le cadre du premier produit, il s'agit d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes dans les institutions à vocation SONUB, d'appuyer le monitoring SONU et de renforcer les capacités institutionnelles de la Direction sanitaire ; Dans le cadre du deuxième produit, il s'agit de renforcer l'offre et l'accès à la PF, en milieu institutionnel et communautaire, en prenant en compte les jeunes. » PTA DSSE 2013

« Par délégation du MSPP à travers la Direction Sanitaire de l'Ouest (DSO) qui assure la mise en œuvre de ce PTA, le Centre de Santé de Béthanie a pour mission le développement d'une maternité SONUB. (...) La maternité SONUB de Béthanie servira à établir un modèle national de maternité SONUB. » PTA DSO 2014

« Offrir à toute la population des services intégrés de santé de la reproduction par du personnel qualifié y compris l'information et le conseil sur les questions de planification familiale, la PTME, la prise en charge médicale des violences spécifiques faites aux femmes et filles, prenant en compte une approche sensible au genre et à la sensibilité culturelle. » PTA INSF 2013

« Ce plan de travail représente une synthèse des activités qui seront entreprises, en 2013, au niveau de la Faculté des Sciences Humaines- Centre en Population et Développement, comme objectif la formation d'une masse critique de ressources humaines qualifiées (académiques et recherches) en Population et Développement., notamment l'appui à la 3ème promotion de Maîtrise en Population et Développement (MAPODE) ainsi que le développement de recherches sur la réalité haïtienne. » PTA FASCH 2013

« La FOSREF dans le cadre de son PTA 2013, aura pour mandat de permettre aux jeunes dans les grandes Villes/communes de 3 Départements Géographiques du pays (Ouest, Nippes, Sud-Est), d'avoir accès à des informations, conseils et à des services adaptés de Santé Sexuelle/Santé de la Reproduction (SS/SR), incluant la Planification Familiale (PF) volontaire.(...) Le PTA 2013 de la FOSREF cible 300,000 jeunes âgés de 15 à 24 ans des 2 sexes, scolarisés et non scolarisés, avec une emphase particulière pour les jeunes les plus vulnérables et à hauts risques des quartiers marginaux de ces grandes villes. » PTA FOSREF 2013

« Au total, le projet vise plus de 500000 personnes des départements de l'Ouest, du Sud-est et de l' Artibonite, dont environ 1/3 vivant en milieu rural isolé dans la Commune de Croix-des-Bouquets (localités de Zorangers l0ème, Crochu et Mononville avec plus de 60.000 personnes), dans la commune de Jacmel (localités de Mondésir et Montagne La Voute, avec environ 60.000 personnes) et dans la commune de Terre Neuve (localités de Figuier et Corridon avec 30000 personnes. » PTA FOSREF 2013

« Le projet, géré par la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie (SHOG), vise à maintenir les services SONUC au niveau du Centre de santé de la Croix des Bouquets. (...) Le projet soutient aussi le MSPP pour la formation continue des professionnels en soins obstétricaux d'urgence (formation GESTA), y compris celle supportée par UNFPA pour les départements des Nippes et du Sud Est (fonds CAJ04) et selon Je plan de formation du MSPP. » PTA SHOG 2013

« Le Centre de Santé de Jean Denis a pour mission le développement d'une maternité SONUB. (...)Par ailleurs, à travers le programme conjoint financé par le MDG-F, en 2012 Zanmi Lasante avec l'autorisation de la direction sanitaire départementale de l'Artibonite a apporté un appui en matière de prise en charge des femmes et adolescentes victimes de viols dans les structures de référence de Saint Marc et à Jean Denis. » PTA ZL 2013

« La Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Technologie Médicale de l'Université d'Haïti (FMP/UEH) œuvre dans la formation initiale des sciences médicales. A noter que chaque année, elle assure la gestion annuelle d'une population estudiantine d'environ 700 étudiants dont 150 nouveaux cadres techniques iront alimenter le secteur de la santé (MSPP). Ces derniers constituent une opportunité pour la mise en œuvre de la campagne nationale PF du MSPP dont l'objectif est de repositionner le programme de PF comme priorité nationale. » PTA FMP 2014

« Nombre de Jeunes filles et de jeunes garçons vivant en milieu rural et dans les quartiers marginaux de la zone métropolitaine ayant accès à des informations pertinentes sur la Planification Familiale et sur les services disponibles Cibles. » PTA VDH 2014

« Il s'agit d'améliorer la prise en charge des femmes en âge de procréer incluant les femmes enceintes dans le SONUB de Marigot à travers le renforcement de la clinique prénatale et la disponibilité des services d'accouchements par du personnel qualifié tout en s'assurant de la disponibilité des fonctions SONU. » PTA DSSE 2015

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les zones prioritaires ont été définies selon des indicateurs qui n'isolent pas les groupes vulnérables ou les jeunes. L'EMMUS ne présente pas de chiffres désagrégés en fonction de la vulnérabilité des populations cibles, ce qui ne permet pas à l'UNFPA de cibler de manière précise ses zones d'intervention dans les départements prioritaires. Le CPAP ne met pas en évidence comment la stratégie va cibler ces groupes, sur la base de leur problèmes spécifiques d'accès à un SR/PF de qualité, adaptée à leurs besoins. Généralement, des activités génériques sont indiquées, visant tous les publics, et le ciblage est présenté en ajoutant « en particulier » ou « notamment », sans développer une stratégie spécifique.

Sans que cela soit explicité dans le CPAP, la stratégie pour cibler les plus vulnérables est d'améliorer l'accessibilité des plus vulnérables aux SONU, essentiellement en rapprochant les centres offrant une bonne qualité de soin aux populations-cibles et en réduisant la barrière financière en proposant des services gratuits. L'existence du projet conjoint SR financé par l'ACDI (et mis en œuvre conjointement par l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF) explique sans doute l'absence d'explicitation de la stratégie de l'UNFPA : Le document de projet présente une stratégie SR/PF intégrée visant l'universalité et la gratuité, avec des analyses bien informées et une structuration claire des actions à mettre en œuvre.

Si cette stratégie était adéquate au montant disponible pendant le projet, elle ne l'était plus dans la perspective de sa clôture, prévue en 2013 lors de l'élaboration du 5^{ème} programme. Le CPAP aurait gagné à reformuler une stratégie proportionnée aux ressources disponibles.

Il est difficile de trouver dans les PTA une indication du ciblage explicite sur les groupes les plus vulnérables, handicapés, marginalisés et/ou fragilisés par des crises humanitaires. En excluant les PE qui ont une dimension nationale ou les activités qui ne sont pas directement liées aux services SR/PF, seuls les PTA du CPFO, du FOSREF et de VDH font une mention des groupes vulnérables (les ouvrières de la zone métropolitaine pour le CPFO, les populations rurales isolées pour FOSREF, jeunes ruraux et les quartiers marginaux de la zone métropolitaine pour le VDH). La vulnérabilité des groupes-cibles est d'ailleurs discutable, particulièrement pour les ouvrières de l'industrie qui disposent d'un salaire et de droits sociaux. Pour FOSREF, la population rurale isolée ne compte que pour un tiers des groupes-cibles et la situation économique des femmes ne constitue pas un critère pour accéder aux services. Seul le VDH est a priori positionné sur le cœur de cible de l'UNFPA. Ces trois partenaires représentent 7% des dépenses réalisées par le 5^{ème} programme.

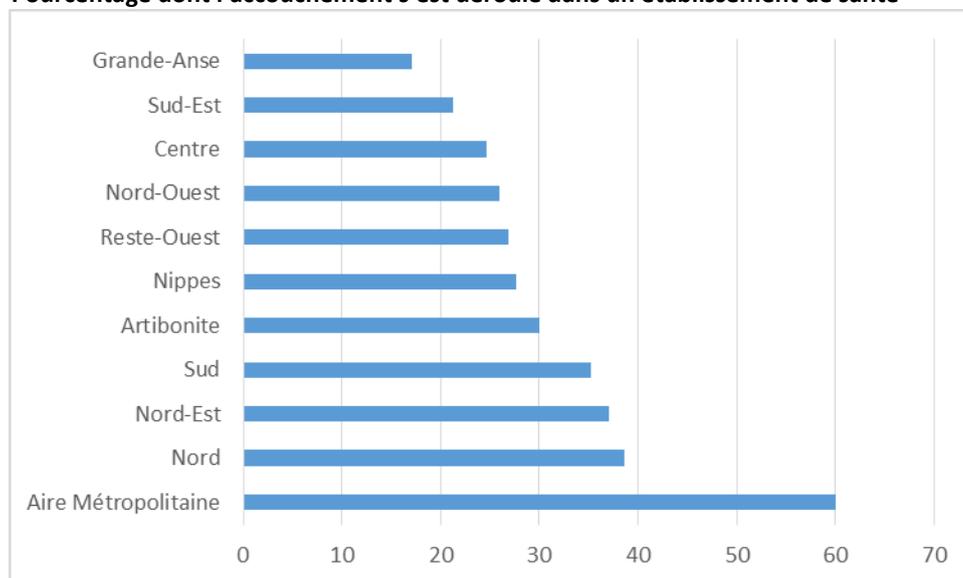
En bref, la stratégie n'a pas mis en évidence comment les activités cibleraient les groupes-cibles prioritaires que sont les jeunes/adolescent(e)s, les groupes vulnérables, les handicapés, etc. L'évitement de la question des jeunes, et particulièrement des adolescentes, a été imposé par le gouvernement.

c - Indicateur : Degré de focalisation sur les zones de forte concentration des besoins ; Cohérence entre les cibles et les PE et les besoins identifiés

i) Extraits détaillés de la documentation

« Les acquis du programme en cours seront renforcés au niveau institutionnel et central et dans les zones d'intervention prioritairement dans les Départements de l'Ouest, Sud-est, des Nippes et du Centre, étendues à celles des départements de l'Artibonite et la Grande-Anse ayant enregistrées de faibles indicateurs en santé maternelle selon l'EMMUS V 2012. » CPAP, p.11

Figure 15 - Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé



Source : EMMUS V, 2012, p.128

Table 13 - Répartition de la population, 2014

Département	Population totale	Pourcentage		
		Population	urbaine	rurale
Artibonite	1 701 220	15,8%	42,2%	57,8%
Centre	734 876	6,8%	20,0%	80,0%
Grande-Anse	461 172	4,3%	23,2%	76,8%
Nippes	337 310	3,1%	17,9%	82,1%
Nord	1 050 922	9,8%	49,7%	50,3%
Nord-Est	387 967	3,6%	47,7%	52,3%
Nord-Ouest	717 707	6,7%	27,5%	72,5%
Ouest	3 968 343	36,9%	83,0%	17,0%
Sud	763 176	7,1%	22,4%	77,6%
Sud-Est	622 972	5,8%	15,0%	85,0%
Total	10 745 665	100,0%	51,2%	48,8%

Source : Rapport statistique MSPP 2014 (projections IHSI)

« L'un des défis majeurs du pays en matière de santé est un accès équitable aux services de soins. Il existe de sérieuses disparités entre les prestations de services dans les zones urbaines et rurales. Les défis pour l'UNICEF : Le taux de mortalité infantile et maternelle en Haïti demeure très élevé en comparaison avec les autres pays de la Caraïbes et de l'Amérique latine. Le nombre d'enfants qui meurent avant d'atteindre leur premier mois constitue le grand défi pour réduire la mortalité infantile. Il existe un très faible accès aux services de base principalement dans les zones rurales. Il y a un nombre insuffisant de personnel de santé.» <http://www.unicef.org/haïti/french/health.html>

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le CPAP fait référence aux résultats de l'EMMUS V de 2012 pour justifier les appuis aux Directions Sanitaires Départementales.

Le CPAP ne donne pas d'indication sur les zones de concentration des besoins, ni sur celles où la demande de services SR/PF est significativement plus faible qu'ailleurs. Il indique que « *Les acquis du programme en cours seront renforcés au niveau institutionnel et central et dans les zones d'intervention prioritairement dans les Départements de l'Ouest, Sud-est, des Nippes et du Centre, étendues à celles des départements de l'Artibonite et la Grande-Anse ayant enregistrées de faibles indicateurs en santé maternelle selon l'EMMUS V 2012* » (CPAP, p.11).

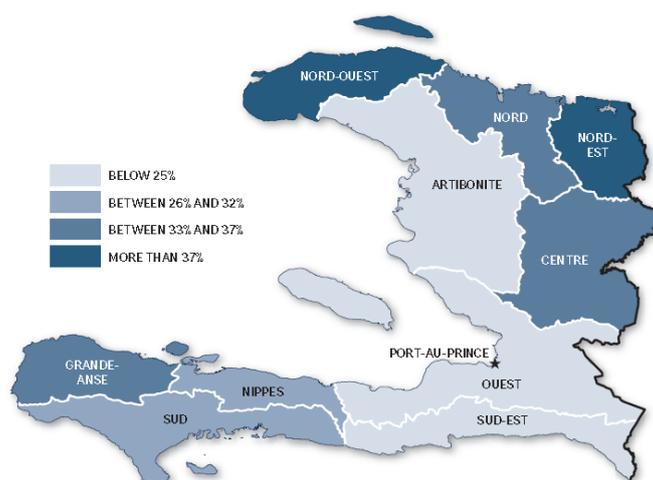
Cette option n'est relativement en cohérence avec les départements identifiés par l'analyse des résultats de l'EMMUS V lors de l'Atelier National de la SR/PF de décembre 2012. Elle présentait les zones prioritaires là où des déficits sont à combler.

- Accouchements institutionnels : Grande-Anse, Rural, Nippes, Sud-est, Nord-ouest, Reste ouest
- Prévalence Contraception moderne : Reste ouest, Sud-est, Artibonite, AMP, Grande Anse, Rural
- Fécondité élevée : Centre, Grande-Anse, Sud-est, Reste ouest, Nord-est, Rural
- Fécondité adolescente : Rural, AMP
- VIH/SIDA : Rural, Nord-est, Nord-ouest, AMP, Artibonite

La garantie de cette cohérence sur la répartition des départements d'intervention avec les plus grands besoins était l'inclusion de Grande-Anse et de l'Artibonite dans les interventions de l'UNFPA, ce qui n'a pas été le cas (hors l'unique SONUB de Jean-Denis).

Les chiffres de 2012 sur la répartition géographique de l'extrême pauvreté questionnent également le choix des départements prioritaires pour l'UNFPA. Les plus fortes concentrations sont plutôt le Nord et le centre que le Sud et l'Ouest. Hors, les gains les plus importants en termes d'accessibilité aux SONU sont à attendre des groupes les plus défavorisés.

MAP 2.1 Extreme Poverty Rates by Department, 2012



IBRD 41835 | AUGUST 2015

Sources: ECVMAS 2012; World Bank and ONPES 2014.

Hors répartition par département, l'analyse conduite de l'EMMUS conduite en 2012 se concluait en identifiant les zones rurales comme le lieu de tous les déficits. Cette dimension n'est pas prise en compte explicitement dans le CPAP en dehors de la Stratégie prioritaire 1.2 (« *Fournir une assistance technique au MSPP pour l'élaboration et le développement de normes institutionnelles afin de mettre en œuvre des programmes de qualité en matière de santé sexuelle et procréative, notamment à destination des adolescentes pauvres vivant en milieu rural* » (CPAP, p.12).

d - Indicateur : Cohérence avec les politiques sectorielles et les besoins identifiés d'évolution de ces politiques pour atteindre les objectifs du programme

i) Extraits détaillés de la documentation

« Étant donné ces constats, d'ailleurs aggravés par les conséquences du tremblement de terre, il faut envisager plusieurs stratégies portant sur :

- la mise en place d'un réseau de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), d'Hôpitaux de Référence (HR) et d'Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR) répartis dans les pôles régionaux et locaux de développement et offrant respectivement des soins tertiaires, secondaires ou primaires ;*
- la mise en place de réseaux locaux de santé par Arrondissement, renforçant ainsi le rôle des pôles locaux de développement et le dynamisme local, ayant à sa tête un Hôpital Communautaire de Référence et comprenant des Centres de Santé avec ou sans Lits ; et*
- le renforcement de la lutte contre les épidémies, de la santé à l'école et du partenariat à établir en matière de solidarité sociale et en matière de santé et population.*

Pour ces trois derniers domaines, une coordination étroite sera requise entre le MSPP, le MENFP, le MJSAC, le MCFDF et les autorités responsables de la solidarité sociale. Une collaboration intersectorielle devra permettre de définir puis de mettre en œuvre les apports du MSPP en matière d'éducation sanitaire de la population, de planning familial et de santé de la reproduction (tant pour les adultes que pour les enfants et adolescents des deux sexes) et de solidarité sociale. Des efforts concertés vers le ralentissement de la croissance démographique seront aussi nécessaires. » PSDH, p.195

« 11. La politique du gouvernement s'inscrit dans une logique de reconstruction du pays. Le Plan Stratégique pour le Développement d'Haïti (PSDH) horizon 2030 s'articule autour de quatre piliers à savoir: i) le pilier territorial; ii) le pilier social; iii) le pilier économique; et iv) le pilier institutionnel. La déclaration de politique générale du Gouvernement retient cinq axes: à savoir : l'éducation, l'emploi, l'état de droit, l'environnement et l'énergie. Ses priorités se réfèrent à l'actualisation de la politique nationale de population axée sur les OMDs, intégrant comme dimensions transversales la réduction de la mortalité maternelle et la planification familiale volontaire, la lutte contre le VIH/SIDA, l'égalité des sexes, la promotion et la défense des droits des femmes et de la famille. » CPAP p.6-7

*« Les interventions vont favoriser le dialogue politique autour de la PF, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et des questions de la jeunesse selon **l'approche droit**, en faveur de leur intégration dans l'agenda national de développement après 2015 et CIPD au-delà de 2014. » CPAP, p.11*

« Ce projet rentre dans le cadre de la nouvelle politique du MSPP pour le développement de maternités en périphérie du système de santé à bon rapport coût/bénéfice. La maternité SONUB de Petite Place Cazeau servira à établir un modèle national de maternité SONUB. » PTA CDS 2013

« Le contexte démographique montre la corrélation qui existe entre la parité, le patron de fécondité, l'âge à la première et à la dernière grossesse et la santé des femmes et des enfants. Il existe une corrélation positive entre la multiparité, les grossesses précoces d'une part et la mortalité maternelle et infantile d'autre part. La population résidente haïtienne est évaluée à plus de dix millions (10 000 000) d'habitants avec un taux de croissance intercensitaire (1982 - 2005) de 2.5. Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire représentant 61% de la population, ce qui les désigne comme cible prioritaire pour les programmes sociaux en général, les programmes de santé sexuelle et reproductive en particulier. L'augmentation du taux de croissance est due particulièrement à une fécondité encore élevée (4 enfants par femme) associée à une baisse des mortalités générale, juvénile et infantile. La fécondité des adolescentes est encore très élevée malgré une certaine baisse. Vingt-neuf pour cent (29%) des adolescentes de 19 ans, avaient déjà un enfant ou étaient enceintes. Durant les quinze prochaines années, les Haïtiens âgés de 0-14ans entreront en âge de procréer, le volume de population augmentera considérablement tant que les déficits actuels en matière de services de santé (PF, CCC, ...) ne sont pas comblés. L'État haïtien doit donc incessamment agir sur le taux de croissance déjà insupportable de la population tenant compte des limitations courantes du

système de soins, de l'espace territorial disponible et des capacités actuelles de production du pays. » Politique nationale de santé, 2012, p.17

« Différentes sources de données (EMMUS IV ; Enquête Budget Consommation Ménage ; Carte de la Pauvreté d'Haïti, version 2004) s'accordent pour faire un diagnostic alarmant du niveau d'accès de la population haïtienne aux services de santé et autres services sociaux liés à la santé. Par rapport à l'accessibilité géographique aux services institutionnels de santé, EMMUS IV l'évalue à 60%. On retient que les dispensaires qui offrent un paquet dérisoire de services de santé représentent plus de 50% de toutes les institutions sanitaires. » Politique nationale de santé, 2012, p.18

« En effet, dans un contexte où le recouvrement des coûts est une pratique largement répandue et où plus des trois quarts de la population survivent avec moins de deux dollars américains (2 USD) par jour (PNUD, 2005), l'imposition d'un tarif, même faible, peut constituer un obstacle insurmontable à l'utilisation des services et soins de santé. Les ménages contribuent pour environ un tiers aux dépenses de santé. » Politique nationale de santé, 2012, p.23

« Enfin, l'État assume près d'un tiers des dépenses de santé. Globalement, le budget alloué au secteur atteint 75 millions de dollars américains pour l'année fiscale 2009-2010 dont une large part (environ 80%) va au paiement des salaires du personnel. » Politique nationale de santé, 2012, p.23

« 3.1 Principes directeurs et valeurs

Les principes directeurs, normes et règles de conduite sur lesquelles est construite cette politique, sont : Universalité, Globalité, Équité et Qualité.

- *Le principe d'Universalité garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu de résidence, etc.*
- *Le principe de Globalité garantit à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé.*
- *Le principe d'Équité garantit à tous les bénéficiaires du système, quels que soient leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale.*
- *Le principe de Qualité fait obligation à l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permet le développement technologique et les ressources financières du pays.*

Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique sont: le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficacité. » Politique nationale de santé, 2012, p.30

« Les faiblesses de la gouvernance du secteur se traduisent notamment par :

- *Une absence de cadre légal approprié.*
- *Une structure organisationnelle du Ministère de la Santé publique ne lui permettant pas de remplir ses fonctions essentielles.*
- *Une déficience quantitative et qualitative des ressources tant humaines que matérielles.*
- *Une multiplicité d'acteurs, avec des motivations et des philosophies d'action diverses.*
- *Une faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle. »* Politique nationale de santé, 2012, p.26

« Haïti est loin de la norme minimale de l'OMS de 25 professionnels pour 10,000 habitants. En effet, le pays compte en moyenne 5,9 médecins ou infirmières et 6,5 professionnels de santé pour 10,000 habitants. La disponibilité et la performance des ressources humaines pour le secteur sont conditionnées par:

- *L'absence de planification stratégique des besoins du secteur.*
- *La faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation de professionnels de la santé.*
- *L'application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production de professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services et soins de santé.*

- *Le recrutement en dehors du référentiel d'emploi et la dotation en ressources humaines au niveau du secteur public couplée à l'absence de mécanisme de suivi de la performance.*
- *L'absence de politique de rétention et de développement des ressources humaines du secteur public dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des conditions de travail, incluant des opportunités salariales, plus alléchantes.*
- *L'absence d'un système d'enregistrement des professionnels médicaux et paramédicaux. Le nombre exact de médecins et d'infirmiers exerçant à titre privé n'est pas suffisamment connu et n'est soumis à aucun contrôle.*
- *L'inexistence d'ordres pour les professions de la santé.* » Politique nationale de santé, 2012, p.23

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'ancrage du CPAP dans le cadre stratégique intégré du SNU limite sa cohérence avec la politique sectorielle SR/PF/EFH au *Plan Stratégique pour le Développement d'Haïti (PSDH) horizon 2030* (juin 2012), avec un ciblage sur le « pilier social » (CPAP, p.6). Le PSDH cependant n'indique pas de stratégie spécifique pour la SR/PF. Il mentionne simplement qu'une démarche intersectorielle est requise : « *Une collaboration intersectorielle devra permettre de définir puis de mettre en œuvre les apports du MSPP en matière d'éducation sanitaire de la population, de planning familial et de santé de la reproduction (tant pour les adultes que pour les enfants et adolescents des deux sexes) et de solidarité sociale. Des efforts concertés vers le ralentissement de la croissance démographique seront aussi nécessaires* » (PSDH, p.195).

La déclaration de politique générale du gouvernement est également citée, où « *la réduction de la mortalité maternelle et la planification familiale volontaire, la lutte contre le VIH/SIDA, l'égalité des sexes, la promotion et la défense des droits des femmes et de la famille* » (CPAP, p.7) sont des dimensions transversales, ce qui ne donne pas un cadre stratégique.

Ce cadre stratégique national de référence pour l'UNFPA est très général et ne donne pas les clés pour un alignement aux priorités nationales de la stratégie de l'UNFPA.

Il n'est pas fait mention dans le CPAP du contenu du Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005-2006, de la politique nationale de la santé (juillet 2012) ou du Plan Directeur de Santé (2012 - 2022). À l'analyse, la politique de santé comporte des analyses, des principes et des axes stratégiques qui auraient et sont toujours susceptibles de définir des ancrages pour la stratégie de l'UNFPA. Notamment, les principes directeurs et valeurs tels qu'énoncés sont une passerelle potentielle avec l'approche de l'UNFPA basée sur les droits humains « *Les principes directeurs, normes et règles de conduite sur lesquelles est construite cette politique, sont : Universalité, Globalité, Équité et Qualité. (...) Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique sont: le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficacité* » (Politique nationale de santé, 2012, p.30).

e - Indicateur : Existence d'une réflexion stratégique sur la cohérence entre les moyens humains et financiers disponibles et l'atteinte de résultats durables

i) Extraits détaillés de la documentation

« *Un effort devra être fait afin de limiter le nombre de résultats par pilier, lesquels seront définis selon les priorités du système des Nations Unies en Haïti et selon une évaluation réaliste des capacités existantes et des ressources financières anticipées.* » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.5

« *L'UNFPA s'engage à mettre à disposition du programme le montant de 12 millions de dollars US sur ses ressources régulières, sous réserve de la disponibilité des fonds, et cherchera à mobiliser en termes de cofinancement ou d'autres ressources fiduciaires ou thématiques appropriés, 14 millions de dollars US auprès d'autres bailleurs en collaboration avec le Gouvernement. L'UNFPA s'engage à fournir l'assistance technique appropriée et à assurer la commande des équipements et intrants de santé de la reproduction prévus dans le programme et pour lesquels il a un avantage comparatif.* » CPAP, p.20

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le CPAP comporte en annexe un « cadre des résultats et des ressources » qui indique des volumes financiers mais ne constitue pas une analyse de la faisabilité du programme en fonction de ces ressources ainsi que le personnel disponible au sein du BP (nombres, compétences, aptitudes), ni enfin des partenaires d'exécution disponibles.

f - Synthèse du critère de jugement

Le processus de programmation a pris en compte les besoins en SR de la population au sens le plus générique possible. Le ciblage géographique en particulier est justifié principalement par l'existence du projet conjoint UNFPA/UNICEF/OMS financé par l'ACDI, plutôt que par les données de l'EMMUS. L'enquête identifiait clairement les zones rurales comme celles de plus grande concentration des besoins. Ce groupe n'est pratiquement pas ciblé par le CPAP. Les jeunes/adolescentes, les groupes vulnérables ou fragilisés par une crise humanitaire sont introduits dans la stratégie comme des dimensions transversales qui ne font pas l'objet d'actions ciblées.

Le CPAP ne développe pas l'analyse des données disponibles, ni ne propose de théorie du changement. Le contexte de transition de ses cadres stratégiques tant externe (décision du gouvernement de sortir de l'approche humanitaire) qu'interne (nouveau cadre stratégique de l'UNFPA) n'a pas facilité l'élaboration d'une stratégie cohérente, intégrant les nouvelles approches et les nouvelles cibles.

L'alignement du CPAP avec le cadre de politiques nationales a été réalisé avec des documents très généraux de politique de développement. Les cadres programmatiques sectoriels ne sont pas mentionnés, même si par ailleurs le BP était en train d'appuyer le MSPP pour l'élaboration du plan d'action pour la santé reproductive. L'ancrage sur la politique nationale est insuffisamment perceptible.

La faisabilité du CPAP en fonction des moyens financiers et humains, ainsi que des compétences des partenaires d'exécution, dont dispose le BP comparé aux approches stratégiques retenues n'est pas analysée. Si le CPAP a bien réduit le nombre de produits à 5 (dont deux pour l'approche Population et développement) comme requis par l'évaluation du 4^{ème} programme, chaque produit est décliné en de trop nombreuses approches stratégiques (6 pour le produit 1 comme pour le produit 2) pour donner des guides pour l'action du BP.

B. Critère de jugement : Les stratégies d'intervention des 5 résultats du programme étaient cohérentes avec les priorités du Cadre Stratégique Intégré (2013-2016) et du plan stratégique de l'UNFPA et le sont restées en cas de révision de ces cadres

a - Indicateur : Degré d'alignement des objectifs et résultats du CPAP et des PTA des 5 produits avec les objectifs et les priorités du CSI

i) Extraits détaillés de la documentation

« 3. Le CSI 2013-2016 est conçu dans un contexte de transition marqué par trois tendances principales : (a) l'engagement partagé du gouvernement et des partenaires internationaux de concentrer davantage d'attention et de ressources sur le renforcement des institutions haïtiennes afin que celles-ci assument pleinement les affaires de l'Etat » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.4

« 5. Les résultats doivent être formulés selon une approche « du bas vers le haut » et doivent incorporer une approche en faveur des droits humains. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.5

« Sur cette base d'ici 2016, les Nations Unies auront contribué à la situation suivante : (...) Les acteurs étatiques et non-étatiques fournissent des services sociaux de base améliorés dans tout le pays et les haïtiens les plus vulnérables ont accès à un noyau de prestations sociales essentielles. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.14

«Refondation sociale

29. Les Nations Unies travailleront avec le Gouvernement et les fournisseurs de service non-étatiques afin d'augmenter l'accès aux services sociaux de base sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones rurales. Des efforts spécifiques seront faits afin de définir un noyau de prestations sociales essentielles favorisant les personnes et familles les plus vulnérables. Une attention particulière sera portée à l'amélioration de l'accès et de la qualité de l'éducation pour tous et à l'augmentation de la couverture sanitaire dans le pays - avec pour objectifs principaux la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et la diminution de la malnutrition. De plus, les Nations Unies renforceront les capacités des institutions et acteurs clés afin que la prévention et le traitement du VIH-SIDA soient abordés de manière multisectorielle. Afin de réduire les abus contre les groupes vulnérables, les Nations Unies appuieront le Gouvernement dans la mise en place et l'application d'une politique nationale de protection contre la violence. Enfin, le système national de statistiques sera renforcé afin d'améliorer la collecte, le traitement, la diffusion et l'utilisation pour la prise de décision des données sur la situation socio-économique et démographique du pays.

OBJECTIF STRATEGIQUE : Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base, par le renforcement des capacités institutionnelles à mettre en œuvre des politiques sociales et à offrir des prestations de services décentralisés de qualité, y compris dans les situations d'urgence. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.17

«Refondation sociale (pilier)

Plan Stratégique de Développement d'Haïti : 3.1 Renforcer l'Enseignement Supérieur et la Formation Professionnelle et Technique, 3.2 Accroître l'Accès à l'Éducation Fondamentale et Secondaire, 3.3 Accroître l'Accès aux Services de Santé ; 3.5 Accroître l'accès au logement ; 3.6 Assurer le Développement de l'Action Civique, du Sport, des Loisirs et de la Jeunesse ; 3.7 Mettre en Place un Système d'Assurance Pour Tous les Travailleurs ; 3.8 Organiser la solidarité sociale ; 3.9 : Assurer l'Égalité de Genre.

Objectif Stratégique : Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base par le renforcement des capacités institutionnelles à mettre en œuvre des politiques sociales et à offrir des prestations de services décentralisés de qualité, y compris dans les situations d'urgence.

Risques :

- Diminution des financements
- L'investissement du Gouvernement dans le secteur social reste limité
- Catastrophes naturelles et instabilité politique potentielle
- La volonté politique n'est pas traduite par des mesures de mise en œuvre, des politiques, des programmes et des budgets sociaux conséquents.
- Faible gouvernance économique et financière.

Hypothèses :

- Partenariats/coopération efficaces entre les secteurs public et privé pour la prestation des services
- La stabilité politique
- Participation effective des bénéficiaires dans les processus de définition, mise en œuvre et suivi des politiques sociales
- Les lois, règlements, directives relatifs à la mise en œuvre des droits économiques sociaux et culturels sont adoptés et mis en œuvre
- La disponibilité des financements (de l'aide extérieure, du budget de l'état) pour la mise en œuvre des programmes du cadre stratégique.
- Un mécanisme efficace de gestion des finances publiques jusqu'au niveau du bénéficiaire final est mis en place.
- Existence d'un mécanisme opérationnel de préparation et de réponse aux urgences aux niveaux national et décentralisé, notamment dans les zones à haut risque.

Agences des Nations Unies Impliquées: UNICEF (chef de pilier), **FNUAP** (co-chef de pilier), UNESCO, ONU-FEMMES, PAM, OPS/OMS, ONUSIDA, BIT, OIM, MINUSTAH, UNHCR, OCHA, UNOPS

(...) 4.1 L'accès aux services de base (incluant les services de santé, nutrition, eau, hygiène et assainissement, logement) est augmenté par la réduction de la barrière financière et l'amélioration de la qualité associée au bien-être de la population, à la survie de l'enfant et à la réduction de la mortalité maternelle (Chefs de file : OPS-OMS et UNICEF)

4.1.2 % accouchement institutionnel ; Ligne de base: 35.9% (résultats préliminaires, EMMUS V, 2012) ; Cible: 40% ; **Chef de file : FNUAP**

4.1.3 La couverture planification familiale des femmes en âge de procréer ; Ligne de base : 18% (EMMUS IV, 2005/6) ; Cible 2014 : 22% ; **Chef de file : FNUAP**

(...) 4.3 Les capacités des institutions et autres acteurs clés sont renforcées afin d'assurer l'accès universel et équitable aux services multisectoriels (à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui) en matière de VIH et SIDA. Chef(s) de file : UNAIDS

4.3.2 Pourcentage de personnes (différents groupes vulnérables) utilisant le préservatif. Ligne de base (2005/6): 37% (femmes 15-24), 42% (hommes 15-24) ; Cible:45% ; **Chef de file : FNUAP**

(...) 4.6 La capacité du système national de statistiques est renforcée, par plan sectoriel graduel, pour régulièrement collecter, produire, diffuser et utiliser des données fiables sur la situation socio-économique et démographique, pour la prise de décisions, l'élaboration des politiques et programmes et la lutte contre la pauvreté **Chef(s) de file : PNUD et FNUAP.**

4.6.5 Nombre d'enquêtes, d'études et d'analyses de portée nationale développées sur base de données mises à jour et désagrégées pour informer les politiques de réduction de la pauvreté et les stratégies de développement ; Ligne de base (2012) : Aucune étude et analyse de portée nationale n'a été développée sur base de données mis à jour et désagrégées. Cible : Au moins deux analyses de portée nationale ont été développées sur base de données mis à jour et désagrégées. **Chef de file: PNUD** » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.88-103

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP, ONU-Femmes, UNICEF, OMS, OCHA.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le CSI 2013-2016 donne des orientations très larges en termes d'objectif stratégique « Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base par le renforcement des capacités institutionnelles à mettre en œuvre des politiques sociales et à offrir des prestations de services décentralisés de qualité, y compris dans les situations d'urgence. » (p.88). Trois principes d'action peuvent s'en déduire : (i) équité, (ii) renforcement des capacités institutionnelles et (iii) prestations de services décentralisés de qualité. Le CPAP est entièrement aligné sur ces trois principes :

- L'équité est recherchée par la prise en charge de tout ou partie des frais logistiques et administratifs des PE prestataires de SR/PF ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles est appuyé au niveau central (MSPP ; MCFDF) et décentralisés (pour le MSPP dans les deux départements cibles) ;
- Les prestations de services décentralisés de qualité sont mises en place dans les SONU (B et C).

À l'inverse, les produits et résultats du CPAP ne se retrouvent pas systématiquement dans la matrice des résultats du CSI. Ainsi la position de chef de file pour l'approche Population et développement est donnée au PNUD et, par exemple, la dimension « jeunes » n'est pas identifiée.

b - Indicateur : Degré d'alignement des objectifs et résultats du CPAP et des PTA des 5 produits avec les objectifs et les priorités du cadre stratégique de l'UNFPA

i) Extraits détaillés de la documentation

« Centrer les activités de programmation sur une orientation stratégique perfectionnée et sur les nouveaux résultats et produits du DRF afin d'obtenir des résultats et d'en donner la preuve.

- *Nous centrerons les programmes de pays sur les résultats du DRF qui constituent des priorités absolues pour le pays en question, et nous choisirons un nombre limité de résultats, produits, activités et partenaires d'exécution chargés d'en donner la preuve.*
- *Des partenariats inter institutions renforceront ces objectifs et seront basés sur leur avantage comparatif.*
- *Nous poursuivrons une stratégie ciblée pour atteindre les jeunes et catalyser l'innovation à l'UNFPA [à finaliser -- stratégie 'jeunes' en cours d'établissement]*

Mettre les programmes de pays au centre de ce que nous faisons, et diriger les efforts de l'UNFPA dans sa totalité en vue de garantir que nous fournissons des programmes de pays de très haut niveau et conçus en fonction des besoins locaux.

- *Le Siège et les bureaux régionaux consacreront la plus grande part de leur temps et de leurs ressources à soutenir les programmes de pays.*
- *Un Comité d'examen des programmes (PRC) examinera et suivra les programmes de pays. Présidé par le Directeur exécutif, le PRC centrera l'attention des hauts fonctionnaires du Siège sur la tâche essentielle de l'UNFPA, à savoir ses programmes. » UNFPA, La voie à suivre - Plan d'action pour 2012-2013, pp.2-3*

«Pièce 2. Résultats du DRF pour 2012-13 approuvés par le conseil d'administration de l'UNFPA

- 1. La dynamique de la population et son interdépendance avec les besoins des jeunes, la santé reproductive, l'égalité des sexes et le développement durable et la diminution de la pauvreté figurent dans les plans de développement nationaux et les stratégies de réduction de la pauvreté.*
- 2. Amélioration de l'accès à des services de santé maternelle et néonatale de qualité et de leur utilisation.*
- 3. Amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité pour les individus et les couples et de leur utilisation selon les intentions de reproduction*
- 4. Amélioration de l'accès à des services de prévention du VIH et des IST de qualité et de leur utilisation, notamment pour les jeunes et d'autres populations clés à risque.*
- 5. Progression de l'égalité des sexes et des droits reproductifs notamment à travers les lois et la mise en œuvre des politiques*
- 6. Amélioration de l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle*
- 7. Les améliorations au niveau de la disponibilité des données et de leur analyse aboutissent à une amélioration des prises de décision et de la formulation des politiques articulées autour de la dynamique des populations, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité des sexes ». UNFPA, La voie à suivre - Plan d'action pour 2012-2013, p.13*

«1–1 Fournir des directives pour centrer le programme de pays sur les résultats, produits et activités du DRF. [Remarque : Voir la partie programme et l'annexe].

- *Diffuser des directives concernant le nombre approprié de résultats, de produits et de PE pour inciter les pays à approfondir et restreindre l'objectif de leurs programmes. Cet objectif doit être fondé sur un nombre limité de résultats du DRF compatibles avec les besoins les plus importants du pays.*
- *Différence avec ce que nous faisons actuellement : Les pays disséminent habituellement des ressources sur la plupart des domaines de résultats, voire sur tous, lesquelles n'ont de ce fait aucun impact profond sur aucun domaine. Il est extrêmement difficile pour l'organisme d'en mesurer et d'en prouver l'impact. »UNFPA, La voie à suivre - Plan d'action pour 2012-2013, p.14*

« 33. En lien avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013, le programme proposé vise à améliorer la qualité de vie du peuple d'Haïti à travers l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, y compris la Planification Familiale (PF), promouvoir les droits en matière de reproduction et réduire la mortalité maternelle n visant les quatre résultats suivants:

- *La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels;*
- *Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services;*
- *Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation;*
- *Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques. » CPAP, p.10*

ii) **Autres éléments d'information (entretiens, observations)**

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP, ONU-Femmes, UNICEF, OMS, OCHA.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Le CPAP indique (p.10) un alignement avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013 au travers de ses 4 résultats :

- La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;
- Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;
- Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;
- Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les 4 résultats repris du plan stratégique 2008-2013 ne sont cependant pas connectés explicitement aux produits et approches stratégiques énoncés par le CPAP :

- **Produit 1.1** : Capacité accrue du système national de santé à fournir tous les soins obstétricaux et néonataux de qualité, en prêtant une attention particulière aux secteurs défavorisés et aux besoins de la jeunesse.
 - Stratégie prioritaire 1.1 : Fournir un appui technique pour former les infirmières et les sages-femmes afin qu'elles soient en mesure de prodiguer les soins obstétricaux et néonataux de base selon les normes et standards du Ministère de la Santé ;
 - Stratégie prioritaire 1.2 : Fournir une assistance technique au MSPP pour l'élaboration et le développement de normes institutionnelles afin de mettre en œuvre des programmes de qualité en matière de santé sexuelle et procréative, notamment à destination des adolescentes pauvres vivant en milieu rural.
 - Stratégie prioritaire 1.3 : Fournir un soutien global aux maternités pour la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité.
 - Stratégie prioritaire 1.4 : Fournir un appui technique et les produits de base afin d'intégrer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des plans de secours dans les zones à risque les interventions initiales essentielles en matière de santé de la procréation dans les situations d'urgence.
 - Stratégie prioritaire 1.5 : Promouvoir et développer les partenariats stratégiques en faveur de la santé maternelle, y compris dans les situations de crises humanitaires.
 - Stratégie prioritaire 1.6 : Renforcer la capacité du Ministère de la Santé à former les infirmières et les sages-femmes et à garantir leur bonne répartition sur le territoire et leur maintien en poste.
- **Produit 2.1** : Aux plans national, régional et local, les établissements de santé sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la

procréation, y compris les méthodes modernes de planification de la famille, et de soutenir des actions dans ce domaine afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse.

- Stratégie prioritaire 1.1 : Améliorer la coordination du système national de fourniture des produits pour la santé de la procréation.
- Stratégie prioritaire 1.2 : Développer des partenariats stratégiques avec la société civile et le secteur privé pour la prestation de services communautaires, en prêtant une attention particulière aux besoins des femmes et de la jeunesse.
- Stratégie prioritaire 1.3 : Former les prestataires de services de santé à fournir des services de qualité.
- Stratégie prioritaire 1.4 : Soutenir la stratégie globale et le plan d'opérations en matière de santé de la procréation à destination des jeunes afin de garantir la disponibilité de services adaptés à leurs besoins, y compris la programmation concernant les préservatifs pour la prévention du VIH.
- Stratégie prioritaire 1.5 : Fournir une assistance technique pour former les professionnels de l'administration et de la société civile à promouvoir et développer des services de santé sexuelle et procréative adaptés en fonction de l'âge, y compris la prévention du VIH durant la scolarité et dans les services de santé.
- Stratégie prioritaire 1.6 : Élaborer un plan de plaidoyer et de communication afin de soutenir les messages pédagogiques, les approches de pair à pair et les approches respectueuses des différences culturelles.
- **Produit 3.1** : Le système statistique national possède une capacité accrue à collecter, produire et diffuser des données socioéconomiques fiables ventilées par tranches d'âge afin d'améliorer les politiques de santé sexuelle et procréative aux échelons national et local.
 - Stratégie prioritaire 1.1 : Fournir un appui technique et mobiliser des ressources en vue du cinquième recensement général de la population et de l'habitat (2013).
 - Stratégie prioritaire 1.2 : Former les agents de l'État à collecter, analyser et diffuser les données démographiques, y compris lors des crises humanitaires.
- **Produit 3.2** : Le Gouvernement et les organisations de la société civile possèdent une capacité accrue à utiliser les données sociodémographiques pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative
 - Stratégie prioritaire 2.1 : Former les agents de l'État, la société civile et le monde universitaire à prendre en compte, dans les plans sectoriels de reconstruction et de développement, les aspects liés à la dynamique des populations, à la santé procréative, à l'égalité des sexes et à la jeunesse.
 - Stratégie prioritaire 2.2 : Élaborer, à partir des résultats et de l'analyse de la cinquième enquête démographique et sanitaire, une stratégie de plaidoyer fondée sur des données factuelles pour la santé maternelle et la planification de la famille à destination des populations les plus vulnérables, notamment des jeunes femmes et des adolescentes.
 - Stratégie prioritaire 2.3 : Renforcer les actions de plaidoyer fondées sur des données factuelles afin de promouvoir l'analyse et l'utilisation des données existantes sur les droits de la procréation et la violence sexiste.
- **Produit 4.1** : Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire.
 - Stratégie prioritaire 1.1 : Fournir une assistance technique pour mettre au point des outils et protocoles afin de former les institutions concernées à diriger et coordonner les efforts de

prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire.

- Stratégie prioritaire 1.2 : Aider les organisations communautaires de femmes, d'hommes et de jeunes à promouvoir la santé de la procréation et la prévention de la violence sexiste.
- Stratégie prioritaire 1.3 : Soutenir la mise en œuvre de la politique nationale pour la jeunesse au moyen de la sensibilisation et de l'éducation par les pairs afin de prévenir la violence à l'encontre des jeunes femmes et des filles.

La correspondance entre les résultats alignés sur le plan stratégique et les produits du CPAP est la suivante :

La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;	Produits 3.1 et 3.2
Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;	Produit 1.1
Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;	Produit 2.1
Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.	Produit 4.1

Au-delà de ces 4 résultats, le CPAP énonce des options stratégiques (p.10) dont le lien avec le plan stratégique n'est pas spécifié :

- Les domaines d'intervention du programme seront intégrés et centrés sur les cibles stratégiques que sont les femmes, les jeunes, y compris les adolescentes et les populations déplacées.
- Au niveau opérationnel les interventions porteront sur le renforcement des infrastructures pour améliorer la disponibilité et l'accès aux services de santé maternelle et des capacités et le plaidoyer visant l'intégration de la dynamique des populations en lien avec les besoins des jeunes, y compris les adolescents, la SR, l'égalité des sexes, l'accès aux soins de santé maternelle, la PF, les services VIH et VBG.
- Les acquis du programme en cours seront renforcés au niveau institutionnel et central et dans les zones d'intervention (...).
- La préparation et réponse aux crises humanitaires et la protection des femmes et jeunes filles vulnérables sont des dimensions transversales.
- Les interventions vont favoriser le dialogue politique autour de la PF, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et des questions de la jeunesse selon l'approche droit, en faveur de leur intégration dans l'agenda national de développement après 2015 et CIPD au-delà de 2014.

c - Indicateur : Planification d'activités de renforcement de capacité dans chacun des composants du CPAP

i) Extraits détaillés de la documentation

« Le renforcement des capacités des Haïtiens est une stratégie clef du Cadre Stratégique Intégré des Nations Unies pour Haïti 2013- 2016 que ce programme relaye en couvrant les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive et droits reproductifs, visant la réduction de la mortalité maternelle et

néonatale, l'accès universel à la PF volontaire, la lutte contre les VBG en situation de crise et post-crise humanitaire et l'intégration de la dynamique démographique dans la prise décision.

Le programme prendra en considération les résultats de l'évaluation des capacités des potentiels partenaires d'exécution (PEs) dans le cadre du HACT et du IPCAT pour élaborer un plan de renforcement des capacités des PEs sélectionnés pour la mise en œuvre de ces composantes.

Les stratégies de développement des capacités incluront la planification et gestion axées sur les résultats et seront en support à la culture de la communication des progrès des résultats des interventions adoptée par UNFPA pour rehausser la responsabilité, la transparence et la reddition des comptes sur le plan programmatique et financier.

Une attention particulière sera accordée aux procédures et règles de gestion financière et comptable conformément aux procédures du UNDG et en étroite collaboration avec les organisations des Nations Unies impliquées dans le HACT en Haïti. » CPAP, pp.13-14

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP, ONU-Femmes, UNICEF, OMS, OCHA.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Au-delà de l'affirmation de la prise en compte du renforcement des capacités dans le programme (« *Le programme prendra en considération les résultats de l'évaluation des capacités des potentiels partenaires d'exécution (PEs) dans le cadre du HACT et du IPCAT pour élaborer un plan de renforcement des capacités des PEs sélectionnés pour la mise en œuvre de ces composantes.* » p.13-14), la formation et l'appui technique sont pris en compte systématiquement pour chacun des 5 produits.

La formation est indiquée pour les produits 1.1, 2.1, 3.1 et 3.2. L'appui technique est indiqué pour les produits 1.1, 2.1, 3.1 et 4.1.

d - Indicateur : Mesure de la prise en compte transversale de la coopération Sud-Sud dans les activités du programme

i) Extraits détaillés de la documentation

« La coopération Sud-Sud entre Haïti et le Brésil dans le domaine de la lutte contre les VBG est récemment étendue au Recensement Général de la Population et de l'Habitat pour renforcer les capacités nationales et favoriser le partage de bonnes pratiques dans l'utilisation des nouvelles technologies dans les opérations de collecte de données de grande envergure. » CPAP, p.10

« La Coopération Sud-Sud sera mise à contribution pour bénéficier des bonnes pratiques et leçons apprises d'autres pays. » CPAP, p.14

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP, ONU-Femmes, UNICEF, OMS, OCHA.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La seule coopération Sud-Sud indiquée par le CPAP est celle avec le Brésil, pays qui a mobilisé l'essentiel du contingent de la MINUSTHA. Il avait précédemment porté sur les VBG et il était prévu de l'étendre à l'appui à la réalisation du RGPH.

e - Indicateur : Mesure de la prise en compte transversale de l'égalité des genres dans les activités programmées

i) Extraits détaillés de la documentation

Cf. ci-dessous.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation et les chargés de projets du BP, ONU-Femmes, UNICEF, OMS, OCHA.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'égalité femme-homme est prise en compte uniquement en termes de contenu de cursus dans :

- l'approche stratégique 1.6 du produit 2.1
- l'approche stratégique 2.1 et 2.3 du produit 3.2

Son intégration transversale aux 4 autres produits du CPAP est donc limitée et n'apparaît pas comme une dimension stratégique.

f - Synthèse du critère de jugement

Les stratégies d'intervention des 5 résultats du programme étaient cohérentes avec les priorités du Cadre Stratégique Intégré (2013-2016) et du plan stratégique de l'UNFPA et le sont restées. Le CSI 2013-2016 donne des orientations très larges en termes d'objectif stratégique « *Améliorer l'accès équitable des populations aux services sociaux de base par le renforcement des capacités institutionnelles à mettre en œuvre des politiques sociales et à offrir des prestations de services décentralisés de qualité, y compris dans les situations d'urgence.* » (p.88). Trois principes d'action peuvent s'en déduire : (i) équité, (ii) renforcement des capacités institutionnelles et (iii) prestations de services décentralisés de qualité. Le CPAP est entièrement aligné sur ces trois principes :

- L'équité est recherchée par la prise en charge de tout ou partie des frais logistiques et administratifs des PE prestataires de SR/PF ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles est appuyé au niveau central (MSPP ; MCFDF) et décentralisés (pour le MSPP dans les deux départements cibles) ;
- Les prestations de services décentralisés de qualité sont mises en place dans les SONU (B et C).

À l'inverse, les produits et résultats du CPAP ne se retrouvent pas systématiquement dans la matrice des résultats du CSI. Ainsi la position de chef de file pour l'approche Population et développement est donnée au PNUD et, par exemple, la dimension « jeunes » n'est pas identifiée.

Le CPAP indique (p.10) un alignement avec le Plan Stratégique révisé de l'UNFPA 2008-2013 au travers de ses 4 résultats :

- La dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, sont abordés dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels ;
- Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services ;
- Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de PF et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples selon leurs intentions en matière de procréation ;
- Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

Les 4 résultats repris du plan stratégique 2008-2013 ne sont cependant pas connectés explicitement aux produits et approches stratégiques énoncés par le CPAP. Au-delà de ces 4 résultats, le CPAP énonce des options stratégiques (p.10) dont le lien avec le plan stratégique n'est pas spécifié.

Le CPAP prend bien en compte du renforcement des capacités : la formation et l'appui technique sont pris en compte systématiquement pour chacun des 5 produits. À contrario, la coopération Sud-Sud est peu intégrée dans la stratégie. La seule coopération Sud-Sud indiquée par le CPAP est celle avec le Brésil, pays qui a mobilisé l'essentiel du contingent de la MINUSTHA. Il avait précédemment porté sur les VBG et il était prévu de l'étendre à l'appui à la réalisation du RGPH.

7.4.2 Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à accroître durablement l'accès à et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale et de planification de la famille, particulièrement dans les zones de concentration des jeunes, des adolescents et des groupes vulnérables ou fragilisés par des crises ?

A. Critère de jugement : Les services de santé maternelle et néonatale qualifiés, équipés et disposant des stocks nécessaires sont accessibles et utilisés par les jeunes, les adolescents et les groupes vulnérables

a - Indicateur Effet CSI - Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services : (i) Taux de mortalité maternelle ; (ii) Pourcentage de naissances se déroulant en présence de personnel de santé

i) Extraits détaillés de la documentation

« Taux de mortalité infantile : 57/1000

Ratio de mortalité maternelle: 630/100.000

Proportion d'accouchement assisté par un personnel qualifié : 36/100

Prévalence contraceptive 32/100

Besoins de PF non satisfaits : 38/100

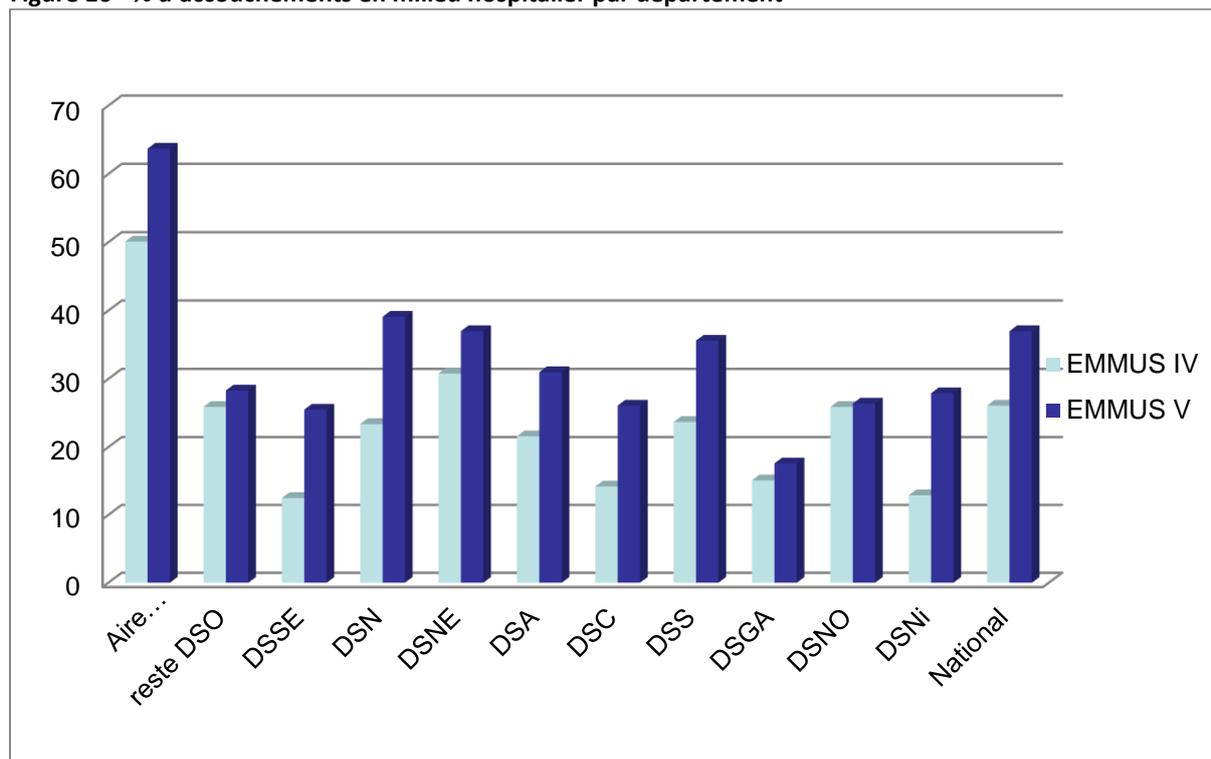
Prévalence du VIH: 2,2/100

Une sage-femme pour 50.000 habitants » EMMUS IV-V

“Maternal mortality, at 380 deaths per 100,000 live births, is still five times higher than the regional average (WHO 2014)a, partly because a high percentage of birth deliveries take place outside a health care facility (65 percent). (...) The prevalence of HIV/AIDS is higher among women (2.7 percent) than men (1.7 percent), reflecting both knowledge differentials among other factors: only 15 percent of young women have correct information on how to prevent sexual HIV transmission compared to 28 percent of young men (Boesten and Poku 2009). (...) Gender-based violence is widespread. Gender-based violence is a chronic problem: according to the MSPP, IHE, and ICF International (2013), 13 percent of Haitian women have experienced sexual violence, and 29 percent of women who have ever been married have experienced spousal violence, whether emotional, physical, or sexual. Vulnerability is particularly high among internally displaced people in camps and areas affected by the 2010 earthquake: a survey in 2011 indicated that 64 percent of interviewed pregnant adolescent girls had become pregnant after being raped (PotoFi 2012). » World Bank, Haiti – Towards a new narrative, 2015

« Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. On note d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines. Le risque de décès maternel sur la durée de la vie – c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement – est de 1 sur 4 900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé. » (OMS, Mortalité maternelle, aide-mémoire No 348, nov. 2015) Ce risque était estimé à 1 sur 37 lors de l'enquête EMMUS IV en 2006 en Haïti.

Figure 16 - % d'accouchements en milieu hospitalier par département



Source : EMMUS V

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec DSF/MSP, SONUB, UNFPA,

Entretien avec Dr Reynold Grand Pierre DSF/MSP.

Le PNS-SR/PF 2013-2016 prévoit la création d'un Comité National de Coordination Multisectoriel dont le mandat sera de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.

Ce comité devrait inclure des cadres des ministères de la Justice, des Membres des Collectivités Territoriales, du Ministère à la Condition Féminine, des membres de la société civile. Seulement le ministère de la santé est représenté dans ce comité.

Dans le cadre du PNS-SR/PF il était prévu de :

Réalisation d'une ligne de base sur la SR particulièrement sur la mortalité maternelle.

Rédiger le cadre de référence pour l'élaboration d'une ligne de base.

Réaliser des enquêtes de terrain (Recensement des AGS Polyv, matrones, comité de santé, organisation communautaire et autres).

Mettre en place d'une base de données.

Ces activités n'ont pas été réalisées.

Le taux de mortalité maternelle de 157 décès pour 100 000 naissances a été adopté à partir des données statistiques du MSP. Les taux avancés par les autres agences sont basés sur des estimations à partir des tendances régionales ou mondiales.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Très globalement, la période sous revue a connu une amélioration de l'accès à la santé maternelle. Ce constat se base sur des données partielles et les entretiens / visites de terrain réalisées pendant la mission.

Le taux de mortalité maternelle devrait être estimé à partir de l'EMMUS VI qui n'a pas encore eu lieu. En l'absence de benchmarking, les résultats obtenus doivent être approximés à partir de sources administratives et avec des taux de couverture faibles. Le MSPP à partir des données administratives a estimé que le taux de mortalité maternelle était de 157 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Table 14 - Répartition des Décès Maternels enregistrés dans les institutions par Département en 2014

Département	Accouchements institutionnels	Décès	
		Nombre	Taux (%)
Artibonite	13 493	40	0,3%
Centre	11 068	29	0,3%
Grande Anse	2 261	4	0,2%
Nippes	2 743	7	0,3%
Nord	8 008	25	0,3%
Nord Est	4 037	14	0,3%
Nord Ouest	3 686	8	0,2%
Ouest	24 772	46	0,2%
Sud	7 011	20	0,3%
Sud-Est	1 817	7	0,4%
Total	78 900	200	0,3%

Source : *Rapports des statistiques des institutions sanitaires du MSPP 2014*

Les estimations faites par le PNUD, la CIA situent le taux de décès maternel autour de 350 à 380 pour 100 000. Si ces chiffres se confirment il y aurait une baisse du TDM et l'atteinte des objectifs du plan stratégique du MSPP pour la période 2013-2016 qui était de 400 pour 100 000.

Le pourcentage de naissance se déroulant en présence de personnel de santé doit également être mesuré à partir de l'enquête EMMUS VI. Les informations disponibles montrent qu'il y aurait une augmentation de ce ratio sans pour autant dire que l'objectif fixé pour la période 2013-2016 sera atteint. Le nombre de SONU mis en service a quasiment doublé passant de 47 au début de la période à 86.

Table 15 - Répartition des accouchements institutionnels par département

Département	Accouchements	Institutionnels (%)
Artibonite	20 838	64,8%
Centre	15 233	72,7%
Grande Anse	6 837	33,1%
Nippes	4 085	67,2%
Nord	16 478	48,6%
Nord Est	9 052	44,6%
Nord Ouest	6 558	56,2%
Ouest	46 010	53,8%
Sud	9 453	74,2%
Sud Est	3 756	48,4%
Total	138 300	57,1%

Source : *Rapports des statistiques des institutions sanitaires du MSPP 2014*

Le pourcentage d'accouchements réalisés dans les établissements de santé a augmenté également en 2014 l'annuaire statistique du MSPP indique que 57% des accouchements enregistrés pour la période ont eu lieu en milieu institutionnel.

Toutefois les statistiques du MSPP concernent 90% des institutions sanitaires et le nombre d'accouchements rapportés représente seulement 32% des accouchements attendus pour la période.

b - Indicateurs CPAP (produit) – (i) Nombre de centres de santé disposant des compétences et de l'équipement requis pour prodiguer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, conformément aux normes et standards nationaux. (ii) Nombre d'infirmières et de sages-femmes formées et déployées sur le terrain par l'intermédiaire du FNUAP, selon la carte sanitaire nationale ; (iii) Nombre de directions départementales de la santé soutenues dans la mise en œuvre d'un ensemble de services minimum pour la santé de la procréation dans des situations de crise

i) Extraits détaillés de la documentation

« En 2009, le MSPP adopte sa stratégie pour l'amélioration des services de santé maternelle:

–Planification Familiale

–SONU dans les maternités, Assistance qualifiée à l'accouchement

–Soins obstétricaux gratuits

–Développement à base communautaire

–Suivi & évaluation

L'enquête SONU conduite en 2009 a révélé:

–Une grande déficience en structures SONU-B (108) remplissant les 7 fonctions

–Un grand déficit en sages-femmes

–Les SF sont employées comme infirmières à des tâches de SR, pas d'obstétrique. » Atelier national de santé de la reproduction/ planification familiale, 12-14 décembre 2012



Résultats du monitoring 2014

Niveau de progression
Non Satisfait
Satisfait
Excellent

Dept	# de SONU	# de monitoring	Inst Monitorées	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
DSNI	5	4	5	5	5	5	5	3	3	5	2	2
DSSE	6	4	6	6	6	6	6	4	2	1	1	1
DSS	8	3	8	5	5	5	3	2	1	2	7	4
DSC	12	4	12	10	10	9	6	2	1	8	3	3
DSNE	5	4	5	5	5	5	4	4	1	5	2	3
DSNO	10	4	10	10	10	8	9	2	1	8	3	3
DSA	11	2	11	11	11	10	6	4	1	8	4	4
DSO	10	3	10	10	10	9	8	3	1	10	4	4
DSN	12	3	12	11	12	11	3	3	3	9	7	2
DSGA	8	2	8									
Total	87	33	87	73	74	68	50	27	14	56	33	26

Source : MSPP/UNFPA 2016

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec l'UNFPA, l'ISNSF, les SONUB, les DD/MSPP

Entretien avec Dr Grand Pierre Directeur DSF/MSPP

Les infirmières sages femmes déployées sur le terrain ne se retrouvent pas forcément dans les institutions auxquelles elles ont été attribuées. Suivant les besoins des directions départementales elles sont réorientées vers les SONUC. Les normes prévoient le déploiement de 3 ISF dans un SONUB le nombre insuffisant de ISF formées chaque année ne permet pas de combler tous les besoins en ressources humaines des SONU. De plus les interventions pour la rétention des ISF déployées en milieu rural n'ont pas été mises en œuvre.

En ce qui a trait aux équipements la DSF avec l'aide des partenaires a doté tous les SONU des équipements de base la non utilisation de certains équipements pour offrir des prestations comme les fonctions F6 et F7 (ventouse, forceps et AMIU) relève des lacunes dans la formation des prestataires.

Entretien avec Dr Yves Thermidor chargé de programme UNFPA

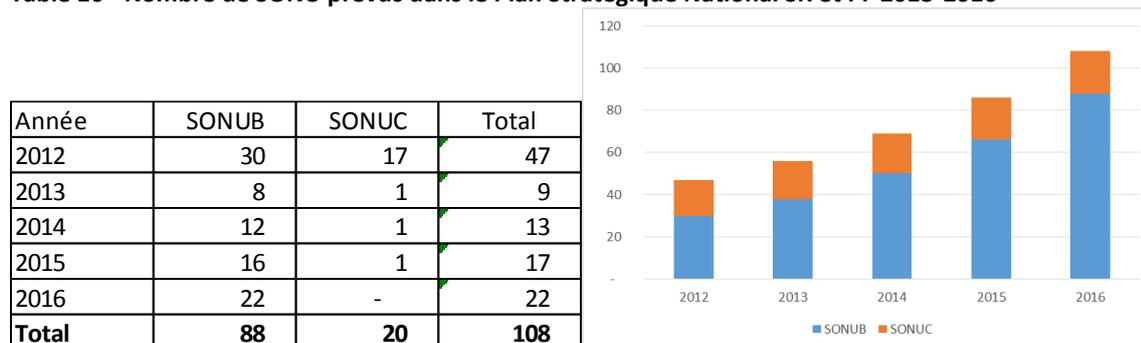
Le nombre de SONU fonctionnel varie avec la disponibilité du personnel particulièrement les SONUC dont la présence d'un obstétricien capable de réaliser une section césarienne. Certaines institutions bénéficiant de la présence des médecins cubains peuvent rétrograder facilement quand ces médecins sont arrivés en fin de mission et ne sont pas remplacés (exemple SONU de Anse à Veaux dans les Nippes).

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le diagnostic posé en 2009 (enquête MSPP/UNFPA) avait identifié trois principaux problèmes pour la SR : (i) une grande déficience en structures SONU-B (108) remplissant les 7 fonctions ; (ii) un grand déficit en sages-femmes et (iii) les SF sont employées comme infirmières à des tâches de SR, pas d'obstétrique²⁹. À ce jour, la situation n'a pas fondamentalement évoluée même l'UNFPA a contribué sur la période à des améliorations significatives. Quelques résultats sont sensibles mais ils sont dans l'ensemble très inférieurs aux déficits initiaux, notamment parce que les ressources publiques disponibles pour les PPS sont restées à des niveaux parmi les plus faibles du monde et que l'afflux de ressources extérieurs immédiatement après le séisme de 2010 sont en train de se tarir.

(i) Nombre de centres de santé disposant des compétences et de l'équipement requis pour prodiguer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, conformément aux normes et standards nationaux – Le nombre de SONU mis en service devrait quasiment doubler passant de 47 au début de la période à 86 en 2017.

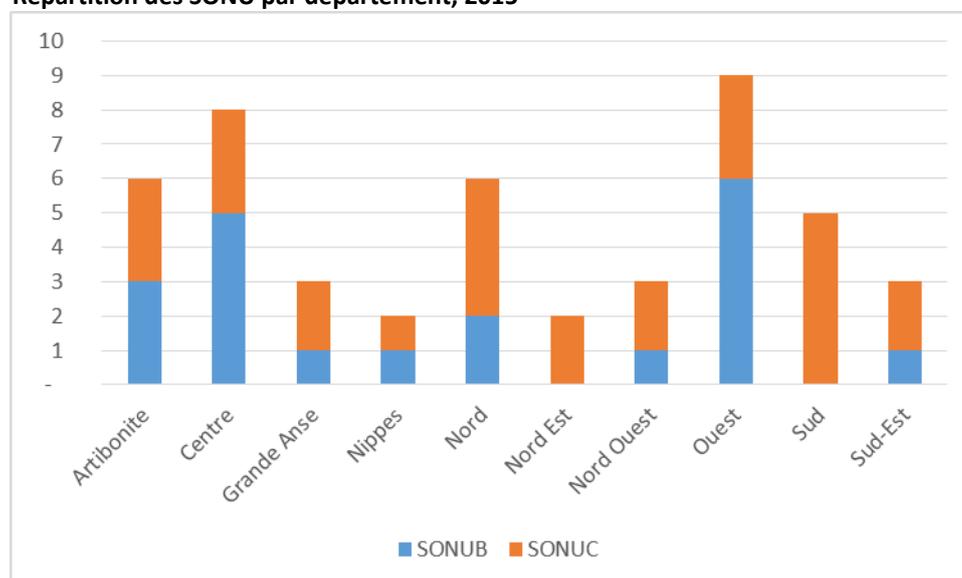
Table 16 - Nombre de SONU prévus dans le Plan Stratégique National SR et PF 2013-2016



Source : Plan stratégique SR/PF 2013-2016

Pour l'année 0 du plan stratégique, il existait 30 SONUB et 17 SONUC (indépendamment de leur respect des normes du MSPP). À l'horizon du plan, donc en 2016, le nombre de SONU devait être porté à 108, dont 88 SONUB et 20 SONUC. Les données obtenues à partir du monitoring du MSPP dénote le nombre total de SONU n'a pas changé (47). Le nombre de SONUB a été réduit (20 pour 30 en 2012) et le nombre de SONUC est passé de 17 à 27. Il y a eu des changements de statut pour certains SONUB (améliorés en SONUC), en contradiction avec la politique d'accessibilité appuyée par l'UNFPA.

Figure 17 - Répartition des SONU par département, 2015



Source : MSPP 2015

²⁹ Atelier national de santé de la reproduction/ planification familiale, 12-14 décembre 2012

Le MSPP a défini une liste d'équipement médical et non médical pour les maternités SONUB, réparti selon les différents espaces de la maternité. Ces équipements doivent recevoir un numéro d'inventaire et faire l'objet d'un inventaire annuel dans lequel sont notés l'année d'acquisition, l'état (neuf, usagé, à remplacer, hors service) et la localisation. L'inventaire est supervisé par la responsable de la maternité et l'administration de l'institution. Une copie de l'inventaire est fournie à l'administration de l'institution. Le monitoring des SONU ne vérifie pas la disponibilité des équipements les variables qui sont pris en compte sont les suivants :

- Fonctions SONU
- Médicaments traceurs
- Ressources humaines
- Partogramme
- Méthodes de Planification familiale
- Accouchements.

Il n'y a pas d'informations renseignant sur la disponibilité des équipements, l'attention est mise sur la disponibilité des médicaments traceurs lors du monitoring et au moment des enquêtes sur la disponibilité des produits et services de santé reproductives. Les résultats enregistrés spécifiquement par l'UNFPA pour ses partenaires d'exécution sont les suivants :

Table 17 - Indicateurs de produits UNFPA SR/sages-femmes

Indicateurs de produits	2013			2014		2015		2016	
	Départ	cible	Réalisation	cible	Réalisation	cible	Réalisation	cible	Réalisation
Nombre de centres de santé disposant des compétences et de l'équipement requis pour prodiguer les soins obstétriques et néonataux d'urgence de base, conformément aux normes et standards nationaux.	5	7	4	7	4	7		8	NA
Nombre d'infirmières et de sages-femmes formées et déployées sur le terrain par l'intermédiaire du FNUAP, selon la carte sanitaire nationale	18	36	0	54	36	60	-	80	NA
	80 en formation								
Nombre de directions départementales de la santé soutenues dans la mise en œuvre d'un ensemble de services minimum pour la santé de la procréation dans des situations de crise	2	3	2	3	2	3		3	NA

Source : UNFPA 2016

En rapport avec les valeurs cibles des années 2013 et 2014, les performances de l'UNFPA sont restées en deçà des attentes, avec pour 2014, seulement 4 centres de santé aux normes. Sachant que les SONUB pris en charge par l'UNFPA sont reconnus comme des modèles, la situation des 16 autres SONUB est encore plus difficile. L'objectif de services SSR de qualité n'est pas atteint. Globalement, la qualité des soins sur la période a décliné du fait de l'arrêt de projet conjoint financé par la coopération canadienne, et donc l'arrêt de la prise en charge d'une dizaine de SONUB dans les départements des Nippes, du Sud-Ouest et du Sud (entretiens avec les directions départementales).

(ii) Nombre d'infirmières et de sages-femmes formées et déployées sur le terrain par l'intermédiaire du FNUAP, selon la carte sanitaire nationale - Il n'y a pas eu de déploiement d'infirmières sages-femmes en 2015 ; le cycle de formation est de 18 mois durant la période 2013-2016 il y aura seulement 2 promotions. L'objectif du déploiement des sages-femmes est de favoriser que des services de sage-femme soient offerts dans toutes les régions d'Haïti et que les femmes puissent bénéficier de ces services au niveau des SONUB. Les entretiens ont démontré que les SF formés par l'ISFSF ne consentent à aller dans des SONUB en zone rurale que pendant l'année de service social obligatoire. Selon les vœux du MSPP, 1 500 sages-femmes seraient nécessaires pour avoir une couverture adéquate en soins sages-femmes ce qui nous mettrait presque en conformité avec le quota 1/5000 Habitants défini par l'OMS. En regard à la continuité des soins une équipe de sages-femmes doit avoir au minimum deux (2) SF. Les SF sont surtout déployées dans les SONUC. On constate 3 SONUC sur 4 ont une SF tandis que pour les SONUB, c'est la situation inverse : 3 SONUB

sur 4 n'ont pas de SF. Selon la politique du MSPP et la philosophie des soins sage-femme, la sage-femme se doit d'assurer deux fonctions majeures : une fonction sociale et une fonction médicale.

Table 18 - Déploiement des Sages-femmes dans les institutions

Département	SONUB	avec sage-femme		SONUC	avec sage-femme	
Artibonite	7	3	43%	10	3	30%
Centre	9	4	44%	3	3	100%
Grande Anse	7	2	29%	2	1	50%
Nippes	5	1	20%	3	2	67%
Nord	6	1	17%	10	9	90%
Nord Est	4	-	0%	3	3	100%
Nord Ouest	10	2	20%	4	2	50%
Ouest	7	3	43%	14	10	71%
Sud	8	1	13%	3	3	100%
Sud Est	8	2	25%	1	1	100%
Total	72	20	28%	59	43	73%

Source : Rapport déploiement sages-femmes UNFPA 2016

Un plan de déploiement de ces sages-femmes est en cours d'élaboration par l'UNFPA en se basant, sur l'estimation du nombre de sages-femmes pouvant être délivrées par l'Institut Supérieur de Formation sages-Femmes (ISNSF) au cours des trois prochaines années soit soixante-dix-neuf (79) en 2016, 40 en 2017, et quatre-vingt (80) en 2018 en moyenne et l'historique du nombre d'accouchement effectués au niveau des institution, soit un minimum de 50 accouchements par an. Ce déploiement priorisera les SONUB, cependant selon les vœux des Directeurs Départementaux à avoir des sages-femmes au niveau des SONUC de façon à assurer une meilleure qualité des soins délivrés dans ces maternités, certaines sages-femmes seront déployées au Niveau des SONUC.

Table 19 - Distribution des sages-femmes par département

Département	Population totale	sages-femmes	/100 000 hab
Artibonite	1 701 220	14	0,82
Centre	734 876	13	1,77
Grand'Anse	461 172	6	1,30
Nippes	337 310	9	2,67
Nord	1 050 922	17	1,62
Nord-Est	387 967	6	1,55
Nord-Ouest	717 707	7	0,98
Ouest (P-au-P)	3 968 343	105	2,65
Sud	763 176	11	1,44
Sud-Est	622 972	11	1,77
Ne travaillant pas *		3	
TOTAL	10 745 665	202	1,88

Note: 6 sages-femmes travaillent simultanément sur 2 départements.

Source : MSPP – rapport statistiques 2014

Un problème lié à la formation des SF est leur maintien sur le territoire. En 2010, il était estimé que plus de 2/3 des effectifs formés migraient (102/156). Il n'existe pas de données pour 2016 mais les entretiens ont confirmé le maintien d'une dynamique migratoire (commune aux diplômés haïtiens), estimée à 1/3 des effectifs. Il y a donc une amélioration des débouchés locaux pour les SF formées par l'INSF.

Il reste clair que le nombre de diplômés est très inférieur aux besoins, particulièrement par à la transposition de la norme OMS qui requerrait 1 500 SF au niveau national. L'INSF, avec 349 diplômés en 13 ans, dont probablement ½ qui ont émigré, représente 1,2% des besoins.

(iii) Nombre de directions départementales de la santé soutenues dans la mise en œuvre d'un ensemble de services minimum pour la santé de la procréation dans des situations de crise – Seulement 13 SONU sur les 87 institutions monitorées réalisent les 7 fonctions SONU. L'évacuation des débris intra utérin (AMIU) (F5) et l'accouchement par ventouse ou forceps (F6) sont les fonctions qui sont le plus souvent indisponibles.

c - Indicateur : Qualité des formations appuyées pour les infirmières et les sages-femmes et degré de conformité aux normes et standards du MSP (S1.1)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) **Autres éléments d'information (entretiens, observations)**

Entretien avec la DSF, l'ISNSF, l'UNFPA

Entretien avec Madame Charlier directrice INSISF

École des offres de filière de formation : entrée directe après BAC II durée de la formation 36 mois, infirmière diplômée durée de la formation 18 mois.

Au terme de la formation la SF ou ISF est en mesure de :

- Faire les consultations prénatales
- Prendre en charge un accouchement eutocique (physiologique)
- Conseiller des client(e)s en planification familiale
- Faire la prise en charge des cas de post abortion
- Faire l'éducation sexuelle dans les écoles
- Dépister les IST et autres pathologies de la grossesse
- Prendre en charge certaines maladies infectieuses
- Réparation périnéale
- Prise en charge des nouveaux nés.

Elles sont également formées sur les Droits du patient :

- Le respect de sa dignité en tant que personne
- Le devoir de l'informer sur les actes de soins
- L'acceptation de sa culture et de sa volonté.

En plus des cours théoriques les ISF-SF font des stages pratiques dans un hôpital se situant à proximité de l'école et dans d'autres sites de la région métropolitaine. Elles vont en milieu rural pour les stages en santé communautaire.

L'école a bénéficié de l'encadrement de l'association internationale des sages-femmes pour élaborer un curriculum de formation correspondant aux standards internationaux et aux objectifs du MSPP.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

Les formations SF appuyées par l'UNFPA sont prodiguées par l'ISNSF. Les entretiens réalisés avec la direction de l'INSF et l'UNFPA donnent des garanties de l'adaptation des cursus aux besoins de la profession, et de son exercice dans des SONU B/C, notamment en milieu rural (approche communautaire, responsabilité sociale, travail avec les matrones, VBG). L'examen des cursus confirme le contenu des entretiens. Ils ont été élaborés en liaison avec l'organisation internationale des SF. Le profil des SF a été élaboré par le MSPP avec l'appui technique de l'UNFPA. Une évaluation (indépendante) des cursus est programmée par l'UNFPA en 2016.

La qualité de la formation prodiguée est confirmée par la demande du secteur privé/humanitaire pour les diplômées de l'INSF. Il y a une forte demande pour les ISF dans les institutions sanitaires du secteur public et du secteur privé. Ceci sous-entend que les ISF ont acquis les compétences nécessaires pour exercer dans les SONUB et SONUC. Leur formation leur permet de réaliser les 7 fonctions de base et les 6 autres fonctions additionnelles en lien avec les politiques et programmes du MSPP. Le centre de référence de Médecins Sans Frontières à P-au-P emploierait jusqu'à 60 de ces diplômées.

Le principal problème identifié en rapport avec l'obtention d'un diplôme est l'amélioration des conditions d'exercice de la profession de SF attendue d'un projet de loi promu par l'UNFPA depuis le début du programme mais qui n'est à ce jour pas parvenu au Parlement (officiellement du fait de l'instabilité politique mais sans doute aussi du fait d'une opposition des obstétriciens). Cette Loi donnera une couverture de responsabilité au SF et officialisera la possibilité de créer des lieux d'exercice spécifique et en propre aux SF.

Les diplômés de l'INSF sont en principe obligés de réaliser un an de service social, donc a priori en SONUB et en milieu rural. Cette obligation était précédemment de 2 ans. Le diplôme induit également (toujours en principe) 5 ans d'engagement ; cette disposition semble être devenue caduque. Le MSPP n'est pas tenu à employer les SF à la sortie de l'INSF. Les salaires de la Fonction Publique pour un emploi de SF n'est pas attractif (17 000 GH net/mois sans primes, 20 000 GH net/mois avec la participation de l'UNFPA dans les SONU). Cela oblige en général les SF à travailler dans plusieurs institutions à la fois. Beaucoup de diplômés quittent la Fonction Publique rapidement, parfois avant la fin du stage en SONUB. Les grilles salariales des ONG (internationales) sont beaucoup plus intéressantes. L'exercice libéral est pour le moment mal reconnu et difficilement autorisé par le cadre réglementaire (cf. ci-dessus).

Pour les stages en SONUB, la conformité des structures est évaluée avant d'envoyer les stagiaires de l'INSF. Au niveau national, seules 4 structures (sur 86) ont été évaluées positivement pour répartir les 24 étudiantes. Même dans ces conditions et une action spécifique de l'UNFPA pour faciliter la logistique de ces stages et donner des kits, il y a beaucoup de désistement du fait des conditions de vie (en zone rurale) et de travail (relations difficiles avec le corps médical). Cependant, les sages-femmes font leurs stages pratiques principalement à la maternité Isaïe Jeanty située dans un quartier populaire de la zone métropolitaine de Port-au-Prince. La qualité des soins offerts par cette institution n'est pas excellente, on peut craindre que les ISF lors de leur stage de formation ne soient influencées par des pratiques inadéquates. La formation n'oriente pas les SF à pratiquer de manière autonome dans un cabinet de Sage-femme. La formation offerte aux sages-femmes ne leur permet pas de faire des échographies, un support important pour le suivi en clinique prénatale.

d - Indicateur : Existence, application et contrôle des normes du MSP assurant des services de santé sexuelle et procréative de qualité, notamment à destination des adolescentes pauvres vivant en milieu rural (S1.2)

i) Extraits détaillés de la documentation

« En ce qui a trait aux normes de santé de la reproduction et de planification familiale, elles existent, mais la plupart méritent d'être actualisées. Un inventaire rapide a permis de répertorier un ensemble de normes, dont les normes de Santé Maternelle (2010), les normes de PF (2010), les normes PTME (2012), les normes de prévention et de prise en charge du cancer du col (en cours de validation), les normes SONU (en préparation et à intégrer dans la SM) et le manuel de normes de travail en PF et en soins maternels.

(...) Finaliser les normes SONU en matière de paquet essentiel de services, d'infrastructure, d'équipement, de ressources humaines, d'intrants et de gestion des intrants, d'hygiène, d'énergie, de gestion des déchets et de fonctionnement, Système de référence et contre référence (incluant ambulances, téléphonie agents de santé communautaire polyvalents (ASCP)-SONUB-SONUC).»

MSPP/DSF, Plan stratégique national de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016.

« Aux termes du nouveau projet de loi organique visant la réorganisation du MSPP, La DSF a pour mission de veiller à :

- l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé de l'enfant, des adolescents/jeunes ainsi que de la santé de la reproduction.*
- de diffuser et de veiller à la mise en application des normes internationales et nationales ainsi que de la réglementation en matière de santé de la famille*
- d'établir, de concert avec les directions ou unités concernées, les indicateurs nationaux de la santé de la famille*

- d'établir et de diffuser les protocoles de prise en charge des problèmes de santé confrontés par les populations cibles;
- de suivre les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la famille au niveau national, et contribuer à la définition/ adaptation des politiques de santé;
- de diffuser les informations pertinentes et actualisées relatives au domaine de la santé de la famille sur une base périodique ;
- d'organiser la coordination intra et extra sectorielle des activités retenues dans le Plan Stratégique National de santé de la Reproduction et PF;
- de planifier, de concert avec les entités concernées, les besoins et intrants nécessaires au bon déroulement des activités retenues et d'assurer le contrôle de leur utilisation. » Atelier national de santé de la reproduction/ planification familiale, 12-14 décembre 2012

« Les Manuels de "Normes de travail en soins maternels" et "Normes en planification familiale" validés en 2010 puis publiés en 2011 attribuent un rôle aux matrones et aux agents de santé communautaire. » Atelier national de santé de la reproduction/ planification familiale, 12-14 décembre 2012

- « 49.4% des filles de 15 à 19 ans sont en union
- 22% des filles de 15 à 19 ans pratiquent une méthode de PF
- 12% ont déjà eu un enfant
- 25% des filles de 15 à 19 ans qui ne sont pas en union ont déclaré avoir des relations sexuelles (EMMUS IV)
- Taux de fécondité ado: 11.8% (EMMUS V) » Atelier de dissémination du Plan Stratégique National Santé des Jeunes et des Adolescents, mai 2015

« Ce PTA s'inscrit dans le cadre du Plan stratégique national de santé de la reproduction et de planification familiale 2013-2016. Ce PTA révisé prend en compte le fonctionnement de points fixes PF dans le cadre de la campagne nationale de PF. Il entend renforcer le plaidoyer politique auprès du MSPP et du MENFP pour une meilleure prise en compte de la santé de la reproduction des jeunes Il s'inscrit également dans le cadre du Plan de campagne nationale de planification familiale qui entend repositionner le programme de planification familiale comme une priorité nationale dans une approche intégrée et de droit dans une perspective multisectorielle.

L'objectif poursuivi s'aligne donc sur l'objectif de l'axe « **Plaidoyer et Communication** » du plan de la campagne nationale de repositionnement de la Planification Familiale qui cible particulièrement les jeunes et qui vise à :

- Informer la population, et en particulier les jeunes, sur leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et plus spécifiquement en matière de planification familiale ainsi que sur les méthodes et services disponibles. Dans cette optique, le PTA s'aligne sur les stratégies prioritaires de l'axe « Plaidoyer et Communication » du plan de la Campagne, plus spécifiquement la stratégie prioritaire 3.2 et la stratégie prioritaire 3.4 respectivement libellées comme suit :
- Organiser des activités de sensibilisation sur la PF et la problématique de Genre à l'intention des jeunes scolarisés et des jeunes non scolarisés avec une emphase sur la pénétration des zones rurales à travers de jeunes acteurs.
- Développer un programme de communication et d'information sur la santé sexuelle et reproductive.

Ainsi, le PTA mettra ainsi en œuvre, d'une part, dans le domaine du renforcement institutionnel, des activités de formation d'intervenants, de gestion, de supervision et de monitoring au niveau du VDH, partenaire d'exécution. D'autre part, dans le domaine du plaidoyer, il sera question de réaliser des activités de sensibilisation des jeunes, d'animation éducative dans les SONUB, de référence des jeunes aux services de PF. De plus, le PTA s'attèlera à développer un partenariat avec le MENFP pour l'accompagner dans sa vision stratégique de l'intégration de la santé reproductive à travers la

formation de professeurs, la mise en place de clubs de santé dans des écoles et la réalisation d'émissions télévisées.

Cette révision prend en compte le fonctionnement de points fixes dans les départements du sud-est et des nippes, dans le cadre de la campagne nationale PF. » PTA 2015 VDH

« La présente stratégie vise à agir sur les principaux déterminants qui concourent à l'état de santé des jeunes et des adolescents à travers un effort multisectoriel coordonné. Elle est orientée de manière à tabler sur ce qui existe au niveau du pays, qui peut être utilisé pour promouvoir la santé des jeunes, en réduisant les écarts et les inégalités. Pour se développer elle est appuyée en matière de planification, de coordination et de supervision par trois niveaux de la structure organisationnelle du système de santé: La DSF, les Directions Départementales de Santé, les Unités d'Arrondissement de Santé. Ces entités doivent être renforcées à cet effet. Des organes essentiels de pilotage sont également à consolider, créer et mandatés.

La stratégie est centrée sur les jeunes et les adolescents en tant qu'acteurs et bénéficiaires des interventions. À cet égard, des mécanismes de consultation et de concertation doivent être implantés afin de recueillir leur adhésion et maintenir leur intérêt. Pour développer les interventions, autant que possible, les cibles jeunes pourront être segmentées en fonction de l'âge, des spécificités culturelles et des ressources communautaires. Les parents, les enseignants et les prestataires et les leaders communautaires sont à mobiliser et former pour garantir une mise en œuvre efficace de la stratégie.

Axes stratégiques du PNSJA

1. Partenariat stratégique pour une action structurée et coordonnée.
2. Renforcement institutionnel pour une offre de services normalisée, spécifique, équitable et intégrée.
3. Développement, consolidation et réseautage des initiatives de jeunes.
4. Communication pour la santé des jeunes et par les jeunes.
5. Documentation et Recherche pour l'action. » Vision stratégique du Plan Stratégique National Santé des Jeunes et des Adolescents (PSNSJA)

« Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, dans sa Politique de Santé publiée en 2012, considère que les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire. Ils représentent 61% de la population, ils sont ainsi désignés comme cible prioritaire pour les programmes sociaux en général, les programmes de santé sexuelle et reproductive en particulier. Les principes directeurs de cette politique sont axés sur :

- L'Universalité des interventions
- La globalité des soins
- L'équité des soins
- La qualité

(...) L'EMMUS-V a révélé qu'en Haïti, l'âge moyen au premier rapport sexuel se situe avant 18,0 ans pour les femmes. Le manque d'instruction est un déterminant de l'initiation sexuelle précoce chez femmes (16,8 ans contre 18,9 ans). Pour les hommes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est estimé à 16,5 ans. Par ailleurs, cette même source a rappelé que 14% des adolescentes de 15 à 19 ans sont déjà sexuellement actives, dont 11% d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3% sont enceintes de leur premier bébé. Le lieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique sont tous des facteurs agissant sur la vie reproductive des jeunes. Les jeunes et adolescents consultés, ont confirmé que beaucoup de jeunes normalement ont débuté leur vie sexuelle à 18 ans, ils sont conscients des risques de grossesses précoces, des infections sexuellement transmissibles dont le SIDA, quand l'initiation sexuelle n'est pas préparée et protégée.» Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents 2014 - 2017

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens DSF, UNFPA, DSO, DSN, DSSO

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'appui de l'UNFPA a été critique pour l'élaboration du Plan stratégique national de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016. Il a été délivré à cheval entre le 4^{ème} et le 5^{ème} programme. Le plan identifie une série de normes existantes (notamment pour la SR et la PF, datant de 2010). Le MSPP a révisé en 2010 le manuel de normes de Planification Familiale et de Soins Maternels. Des activités ont été réalisées pour diffuser ces normes et les mettre en application. Les activités de supervision pour s'assurer que les normes sont appliquées ne se font pas sur une base régulière et systématique. Les moyens logistiques pour réaliser les supervisions ne sont pas toujours disponibles, de même que les moyens pour faire appliquer les recommandations suggérées. Les normes sont plus souvent appliquées dans le cadre des interventions appuyées par les bailleurs de fonds.

L'élaboration des normes SONU étaient une des activités prévues et pour laquelle une assistance technique (de l'UNFPA) était requise. Ces normes SONU ont été identifiées dans un guide (elles étaient en préparation en 2012) qui est utilisé pour le monitoring des SONU que réalise la DSF avec l'appui de l'UNFPA (545 875 \$ entre 2013 et 2015).

En matière d'application, le nombre de 4 SONUB sur 86 évalués positivement par l'INSF avec l'appui de l'UNFPA et en lien avec la DSF/MSPP pour l'accueil de ses stagiaires est une traduction fidèle des impressions recueillies lors des entretiens : La majorité des SONUB ne sont pas fonctionnels, tant du point de vue des ressources humaines (vacances de postes, niveaux de compétence) que pour l'équipement et l'approvisionnement en produits SR.

Les résultats du monitoring ne sont pas utilisés par la DSF à des fins de contrôle. Les résultats bruts sont transmis à l'UNFPA pour traitement, sans utilisation par la DSF. Le monitoring est réalisé pour l'essentiel par les directions départementales et transmises à la DSF. Il n'y a donc pas de contrôle en tant que tel, et la direction centrale comme les directions départementales n'en voient pas vraiment l'utilité : les contraintes sont perçues comme étant quasi uniquement liées à la pénurie de ressources publiques et l'administration sectorielle se percevant comme totalement impuissante à changer le montant et l'affectation des ressources, des solutions ad hoc sont recherchées, sans réelle portée.

Ce constat s'appliquant à toutes les femmes nécessitant des services de SR/PF, il s'applique d'autant plus aux jeunes et aux adolescentes en particulier. L'UNFPA a soutenu techniquement le MSPP dans l'élaboration d'un « plan stratégique pour la santé des jeunes et des adolescents 2014-2017 ». Le leadership SNU était dévolu à l'OMS du fait de la couverture sectorielle du plan. Le document positionnement clairement le problème de la santé sexuelle et reproductive des jeunes à Haïti : « *L'EMMUS V a rappelé que 14% des adolescentes de 15 à 19 ans sont déjà sexuellement actives, dont 11% d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3% sont enceintes de leur premier bébé.* » Les faiblesses actuelles du système ont été identifiées avec, au niveau de l'offre de services, (i) la mauvaise qualité de la prestation de services aux jeunes ; (ii) le manque de ressources humaines qualifiées à l'organisation et la prise en charge des jeunes à tous les niveaux; (iii) le déficit en services spécifiques pour les jeunes ; et (iv) l'initiation précoce à la vie sexuelle et reproductive. Au niveau de la Formation ont été relevées la faible compétence des prestataires publics de services en matière de prise en charge de la santé des jeunes et des adolescents et le manque d'éducation sexuelle des communautés et des parents. De la même manière au niveau de la Communication, les faiblesses sont le manque d'outils pour la communication avec les jeunes et les adolescents; les pratiques sexuelles à risques prépondérantes; et la méconnaissance des Droits sexuels des jeunes.

Les principales mesures retenues par le plan sont les suivantes :

- plaidoyer pour l'accès des adolescents et jeunes adultes aux services de santé sexuelle et reproductive
- élaboration des textes de lois en faveur de la protection des droits sexuels et reproductifs des jeunes et pour la protection des jeunes et des adolescents (MSPP, MCFDF, MENFP)
- Organisation de sessions d'éducation sur les notions de genre et de prévention de violence dans les écoles et les communautés (MSPP, MCFDF, MENFP)

- Mise en place de consultations gynécologiques spécifiques accessibles aux jeunes au niveau des cliniques gynécologiques normalisées au niveau des UA S (MSPP, MAST, MJS, IBERS, SHOG, AMH, ONG)
- De concert avec la DPSPE, élaboration, impression et multiplication de matériels éducatifs de support sur les thématiques intéressant les jeunes et adolescents: prévention des IST et grossesses précoces et non désirées

Le contenu de ce document n'est pas approprié par rapport aux besoins des adolescentes et la prévalence des grossesses précoces, notamment pour les groupes défavorisés. La question légale de l'intervention en SR/PF n'est pas abordée (du moins de manière compréhensible). À la fin de la période sous revue, aucune activité spécifique de la DSF/MSPP à ce titre n'a été identifiée pendant la mission. Le PNSJA ne dispose pas de ressources pour sa mise en œuvre. Il n'y a de programme national visant particulièrement les adolescents pauvres vivant en milieu rural.

Au cours de la période deux ONG (FOSREF et VDH) ont eu des mandats de l'UNFPA pour offrir des services spécifiques aux jeunes. Ces mandats, initialement centrés sur la mise en œuvre de la campagne PF de 2013, n'ont pas été renouvelés en 2014 et 2015. Le Ministère de l'Éducation nationale et la Faculté de Médecine et de Pharmacie ont reçu des appuis de l'UNFPA pour fournir des prestations liées aux jeunes **qui sont évalués séparément**; par anticipation, aucune action ou résultat n'a été obtenu par ces différentes actions.

e - Indicateur : Degré d'amélioration de l'offre des services de SONU de qualité (S1.3)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Stratégie prioritaire 1.3.: Fournir un soutien global aux maternités pour la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. Cette stratégie permettra de continuer à: a) appuyer l'amélioration des capacités des infrastructures et du fonctionnement des maternités SONUB dans les zones sélectionnées, selon l'approche intégrée du MSPP pour l'offre des services de SONUs de qualité, intégrant la prise en charge médicale des cas de VBG, des IST, la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA, et la participation de la communauté; b) renforcer les compétences des prestataires pour la prise en charge des jeunes dans les SONUB. » CPAP

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec Dr Reynold Grand Pierre DSF/MSPP, Dr Yves Thermidor UNFPA, Dr Pierre Despagne, Dr Lionel Barthelmy CDS, Mme Annette Simon DSO, Mme ... Nippes, Dr André Miniska SONUB de Marigot.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le MSPP a pris l'engagement en 2009 de mettre en place des plateaux techniques capables de répondre aux urgences obstétricales (Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence – SONU). Le plan stratégique SR 2013-2016 à l'objectif de rendre fonctionnels, d'ici 2015, les services de SONU de 108 institutions de santé identifiées pour couvrir les besoins nationaux. Il n'y a cependant pas eu un changement appréciable dans l'offre de SONU globalement dans le pays (cf. b - ci-dessus). L'offre de SONU ne dépasse pas les initiatives pilotes dans les départements des Nippes, du Sud-Est dans le cadre du projet conjoint financé par la coopération canadienne (jusqu'en 2014), puis de l'extension aux SONU Sourire à Pitite Place Caseau, Jean Denis et « Béthanie ».

En 2009 la ligne de base réalisée par l'IHE avait révélé sur les 120 structures visitées offrant des soins obstétricaux, seules 12 répondaient aux normes de structures de SONU et offraient des soins complets. L'étude avait établi qu'il faudrait mettre en place au moins 8 SONUC et 81 SONUB pour répondre au minimum acceptable en vue de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Dans le cadre du monitoring des SONUs le MSPP attribue le label de SONUB à 52 institutions et celui de SONUC à 38 institutions. Les normes du MSPP définissent une structure SONU comme suit : Les maternités SONUB d'une institution de santé sont des maternités qui prennent en charge des accouchements eutociques, certains accouchements compliqués et qui sont capables d'organiser une référence vers un SONUC. Leur spécificité est d'être capable d'offrir des services de réponse à

l'urgence, les fonctions SONUB et des services intégrés en santé de la reproduction, dites fonctions associées.

Les fonctions essentielles SONUB sont définies par les normes internationales :

- Administration d'antibiotiques par voie parentérale
- Administration d'ocytociques par voie parentérale
- Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale
- Extraction manuelle du placenta
- Évacuation des débris intra utérins
- Accouchement assisté par ventouse (ou forceps)
- Réanimation néonatale de base

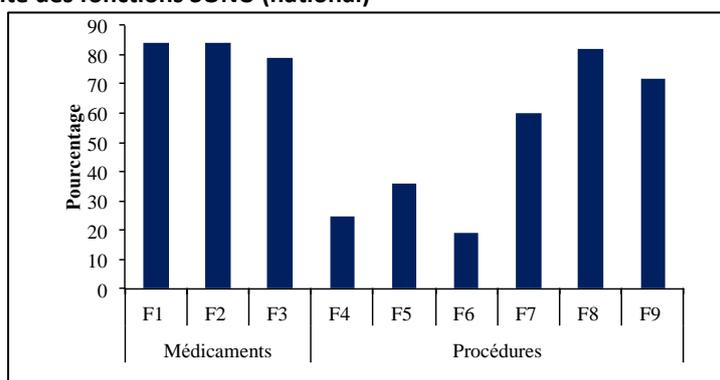
Une maternité SONUB a également comme mission d'être en mesure d'évacuer toute urgence qui le - nécessiterait vers un SONUC. Le lien SONUB / SONUC doit être organisé par l'identification du SONUC de référence et l'identification du moyen de transport (ambulance du réseau ambulancier ou du SONUC ; véhicule de la communauté en dépannage).

Une maternité SONUB doit effectuer au moins trente accouchements par mois pour être considérée comme fiable sur le plan de la pratique médicale et de la prise en charge des urgences. Elle doit être ouverte 24h/24h. (Guide de mise en œuvre d'une maternité SONU)

En 2015 le nombre d'institutions (13) répondant à ces critères est sensiblement égal au chiffre de la ligne de base (12) réalisée par IHE en 2009.

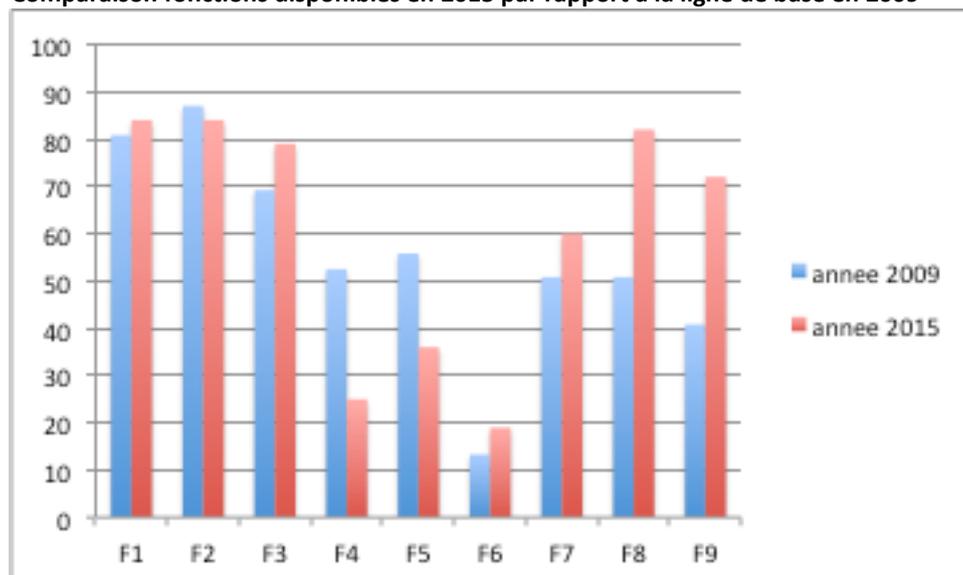
Globalement, il y a eu un léger changement en ce qui a trait aux fonctions SONU relatives aux médicaments attribuables à la sécurisation des intrants. La disponibilité d'antibiotique et d'anticonvulsivant a augmenté tandis que la fonction F2 (disponibilité d'ocytocique) a diminué 87% en 2009 à 84% en 2015. En ce qui a trait aux fonctions relatives aux procédures la disponibilité des F4 et F5 ont baissé substantiellement (52% et 55% en 2009 contre 25% et 36% en 2015). Les fonctions F6, F7, F8, F9 ont augmenté, particulièrement la capacité des institutions à réaliser des sections césariennes et la transfusion sanguine. Ces améliorations ne tiennent pas compte de la permanence de ces fonctions disponibilités des médecins pouvant réaliser une césarienne, ou disponibilité de pochette de sang compatible pour la transfusion.

Figure 18 - Disponibilité des fonctions SONU (national)



Source : UNFPA 2015

Figure 19 - Comparaison fonctions disponibles en 2015 par rapport à la ligne de base en 2009



Source : UNFPA 2015

Les mécanismes permettant d'apprécier clairement l'évolution de l'offre de SONU sont dysfonctionnels ou inexistantes. Le monitoring des institutions est fait de manière irrégulière et les procédures ne sont pas suivies systématiquement. La cartographie des SONU prévue dans le cadre du plan stratégique du MSPP n'a pas été réalisée et le SISNU ne permet pas à la DSF d'obtenir des données utiles au moment opportun pour assurer le suivi des SONU.

f - Indicateur : Degré d'intégration des interventions initiales essentielles en matière de santé de la procréation, dont la protection et la prévention des VBG, dans les plans de secours dans les situations d'urgence (S1.4)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Stratégie prioritaire 1.4.: Fournir un appui technique et les produits de base afin d'intégrer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des plans de secours dans les zones à risque les interventions initiales essentielles en matière de santé de la procréation dans les situations d'urgence. Il s'agira de: a) renforcer les capacités techniques et de plaider des entités gouvernementales chargées de la coordination des urgences humanitaires et du MSPP pour l'intégration de la SR et de la VBG dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de contingence, y compris au niveau des départements les plus exposés aux désastres; b) renforcer les compétences des prestataires (médecins, SF et autres) sur la prise en charge des questions de SR en situation de crise et post-crise humanitaire. » CPAP,

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens OCHA, DPC et UNFPA.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'approche de gestion des situations de crise et de catastrophe n'inclut pas les besoins en santé de la reproduction comme des urgences absolues nécessitant une prise en charge immédiate pour éviter une issue fatale ou des conséquences néfastes pour la santé et le bien-être des victimes. Le volet sanitaire du plan de contingence demeure assez traditionnel et ne s'adapte pas à l'évolution du profil épidémiologique du pays.

Le contenu des Kits d'urgence permet de répondre sommaire au cas de choléra ou autres maladies hydriques.

Malgré la faible accessibilité aux institutions sanitaires rien n'est prévue pour les accouchements, la disponibilité des méthodes contraceptives ou la prise en charge des cas de VBG qui sont fréquentes dans ces situations de promiscuité et de vulnérabilité pour les femmes. Cf. QE 7.4.8 ci-dessous

g - Indicateur : Mesure de la demande générée auprès des populations pour les services de SR (S1.5a)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Stratégie prioritaire 1.5.: Promouvoir et développer les partenariats stratégiques en faveur de la santé maternelle, y compris dans les situations de crises humanitaires. Pour ce faire, il sera question de: a) appuyer la conception et le développement de stratégies de plaidoyer et de communication impliquant les communautés de base et autres groupes d'influence afin de générer la demande pour les services de santé sexuelle et reproductive qui prennent en compte les besoins des jeunes; b) soutenir la réalisation d'études socio anthropologiques sur la thématique obstétricale afin de fonder les stratégies de plaidoyer soucieux de la culture et du contexte du pays; c) supporter des partenariats stratégiques novateurs et efficaces pour la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les zones d'intervention du programme, y compris en réponse aux situations de crise et post-crise humanitaire.

(...)Produit 2: Aux plans national, régional et local, les établissements de santé sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la procréation, y compris les méthodes modernes de planification de la famille, et de soutenir des actions dans ce domaine afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse. » CPAP

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens DSF, DSN, DSO, DSSO, CDS, SHOG, FOSREF, VDH, etc.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La génération de la demande fait partie intégrant des résultats attendus de la stratégie déployée par le 5^{ème} programme, notamment le produit n°2, la stratégie prioritaire 1.5, etc. L'intention était d'appuyer des partenariats novateurs et efficaces avec la société civile et le secteur privé afin générer la demande en SSR/PF à base communautaire. Il est fait à ce titre mention de « l'approche droit ciblant les jeunes et les plus défavorisés, surtout dans les zones d'intervention du programme ».

À l'analyse, aucun partenariat de ce type n'a été identifié par la mission, particulièrement des nouveaux partenariats développés sur une communauté de vue avec l'objectif de génération de la demande sur une base communautaire. Les partenariats entretenus sur la période préexistaient tous et aucun ne comportait un volet significatif de développement de la demande. Plusieurs PE, et notamment le CDS et PROFAMIL, avaient recruté des travailleurs sociaux pour sensibiliser les populations, notamment défavorisées, à l'existence de services gratuits et de qualité à proximité. Ces actions ont été réduites par les PTA successifs du 5^{ème} programme, en fonction de la réduction des ressources disponibles. La dimension de génération de la demande a été la 1^{ère} à être supprimée.

En dehors de cette approche qualitative, la demande générée n'est pas mesurée ou estimée par les PE de l'UNFPA. La demande pour les services de SR est mesurée à partir des données démographiques qui donnent une estimation des utilisateurs potentiels, la tendance historique de l'utilisation des services et les objectifs du secteur.

Pour la demande potentielle l'UNFPA a apporté son appui au MSPP et l'IHSI pour établir les projections démographiques de la population jusqu'en 2018. Les partenaires disposent des données démographiques pour estimer les accouchements attendus et les services nécessaires pour les prendre en charge durant la grossesse et au moment de l'accouchement. Les enquêtes EMMUS sur l'utilisation des services permettent de suivre les tendances de la demande au fil des années. Les partenaires utilisent également les statistiques de services qui donnent l'état actuel de la demande satisfaite. Les partenaires stratégiques DSF et al font le monitoring pour obtenir les données leur permettant de faire les ajustements nécessaires pour atteindre les objectifs.

Les projections démographiques sont très utiles quand on ne réalise pas les recensements sur des périodes rapprochées ou des enquêtes périodiques. Toutefois quand on s'éloigne de la date du dernier recensement les prédictions sont moins précises, le dernier recensement a eu lieu en 2013 les prévisions pour les années 2013 – 2016 présenteront certaines des écarts par rapport au RGPH 2016. Les enquêtes EMMUS version haïtienne des enquêtes DHS réalisées dans de nombreux pays ne se réalise pas à des intervalles réguliers (EMMUS III 2000, EMMUS IV 2005, EMMUS V 2012). Des fois certains indicateurs ne sont pas mesurés EMMUS V contrairement aux précédentes n'a pas pris en

compte le taux de décès maternel. Les statistiques de services produites par le MSPP sont peu fiables, incomplètes et habituellement en retard. Enfin les données du monitoring ne sont pas collectées suivant une méthodologie rigoureuse. Les enquêtes EMMUS et les études spécifiques sont les sources les plus fiables de données (enquêtes annuelles sur l'utilisation des produits et services de santé de la reproduction GPRHCS, Ligne de base SONU, IHE). Enfin l'UNFPA réalise des revues périodiques avec les PE pour évaluer le degré d'atteinte des résultats. Les revues concernent uniquement les PE et ne renseigne pas la situation globale du pays.

h - Indicateur : Nombre et nature des partenariats stratégiques dans les zones d'intervention du programme, y compris en réponse aux situations de crise et post-crise humanitaire (S1.5b)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

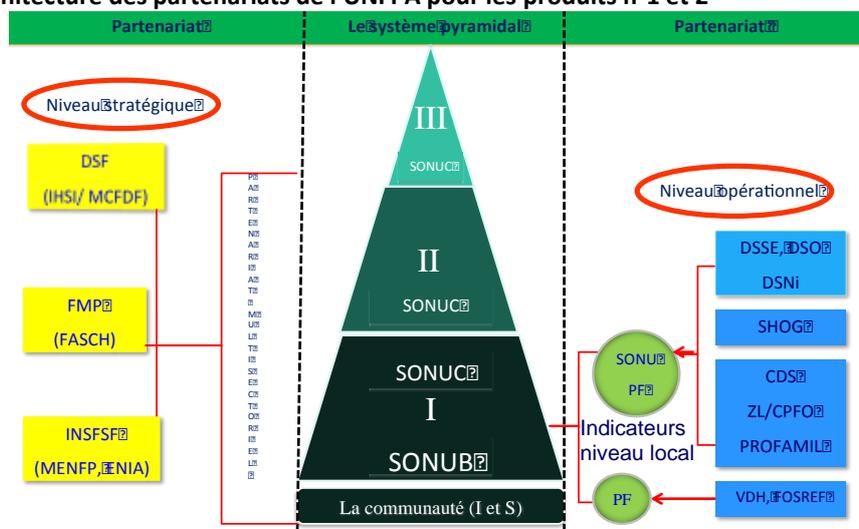
ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les partenaires stratégiques de l'UNFPA sont présents depuis le début du programme en 2013 et ont des attributions nationales. L'architecture générale des partenariats de l'UNFPA pour les produits n°1 et 2 pendant le 5^{ème} programme est la suivante :

Figure 20 – Architecture des partenariats de l'UNFPA pour les produits n°1 et 2



Source : UNFPA

La DSF élabore la politique sectorielle du gouvernement relative à la santé de la femme, des enfants et des gens du 3^e âge. Elle conçoit les normes et procédures pour la mise en œuvre des politiques. C'est le partenaire principal du programme pour les produits 1 et 2. En situation de crise ou de post-crise humaine elle a le leadership pour concevoir et coordonner la réponse relative au volet SR.

L'IHSI fournit les données à partir d'enquête nationale ou concernant les zones touchées par les crises (enquête aux Gonaïves après les inondations successives). Les informations fournis par l'IHSI permettent de connaître l'ampleur des conséquences des crises et de mieux cibler les interventions.

Le ministère à la condition féminine et aux droits de la femme, créé en novembre 1994, suite aux revendications des femmes et l'engagement de l'État haïtien au regard des Conventions Internationales relatives aux Droits des Femmes à vivre dans un État garantissant l'équité de genre et l'égalité des sexes, le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF) a pour mission de formuler et d'appliquer les politiques publiques devant agir sur la condition des femmes en Haïti. Dans le cadre du programme le MCFDF à un rôle important à jouer dans le domaine du plaidoyer et de la communication. Les autres partenaires sont impliqués dans la formation professionnelle, leurs rôles consistent à intégrer dans les curricula des professionnels les compétences nécessaires à la prise en charge des situations.

Au cours de la période 2013 -2015 la FASH a été le partenaire le plus actif dans ce domaine. Elle a produit des recherches sur la situation de l'habitat après le séisme. Néanmoins, la dimension SSR n'a pas été prise en cours dans ses publications.

i - Indicateur : Existence du plan national de développement des ressources humaines, et d'un volet spécifique pour les infirmières et sages-femmes (S1.6)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la DSF, l'INSF

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'existe pas de plan national de développement des ressources humaines. Cependant le plan stratégique de santé sexuelle et reproductive prévoit la formation et le déploiement de 1 500 sages-femmes pour couvrir les besoins dans le domaine. Des discussions sont engagées pour la reconnaissance des sages-femmes comme une catégorie professionnelle distincte. Les démarches pour l'aboutissement de ce processus dépendent de la réforme du cadre juridique régissant les professions de santé.

L'UNFPA est en train d'appuyer la DSF pour l'élaboration d'un plan de déploiement des diplômés de l'INSF (cf. c -).

j - Indicateur : Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec MSPP, MPC, UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA a un dialogue permanent avec le MSPP sur la santé de la reproduction, focalisé sur la DSF avec laquelle des liens d'appui technique, financier et logistiques existent depuis longtemps. Le partenariat est apprécié par la direction de la DSF, avec une grande communauté de vue. À ce niveau, le plaidoyer est effectif. L'UNFPA appuie le MSPP dans la réalisation du monitoring des SONU au niveau national, avec les limites constatées en e - ci-dessus.

L'UNFPA participe aux différents comités de pilotage ou technique pour l'élaboration des politiques ou programmes nationaux (Plan Stratégique National de Lutte contre les IST-VIH SIDA, Plan Stratégique National Santé des Jeunes et des Adolescents, Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction) en lien avec son mandat.

Le leadership de l'UNFPA en matière de santé reproductive et sexuelle est reconnu et accepté tant par la MSPP que le MPC. Cependant, sur la période, l'UNFPA n'a organisé son action autour des thèmes acceptables par le gouvernement, sans pousser les approches et les thèmes difficiles. L'approche par les droits humains n'a pratiquement jamais été mise en avant. Elle est d'ailleurs restée ignorée de tous les interviewés. De la même manière, le droit à la SSR des jeunes et des adolescentes n'a pas été significativement défendu, comme la question des grossesses précoces, de la dépenalisation de l'avortement qui sont autant de limites fortement affirmées par le gouvernement.

k - Indicateur : Degré de leadership de l'UNFPA dans les évolutions positives de la politique de SMN, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle (qualité)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Bref résumé des activités : Plusieurs années de collaboration se sont déroulées entre l'UNFPA et la Direction santé famille (DSF) qui est une direction centrale du Ministère de la sante publique et de la population (MSPP) assurant la mise en œuvre du plan stratégique de santé de la reproduction. Il y a toujours eu de bonnes relations de partenariat entre l'UNFPA et la DSF et ce PTA de 2015 qui est d'une durée de 12 mois vise à appuyer le MSPP dans l'atteinte des deux objectifs clés du plan stratégique

national de santé de la reproduction et de planification familiale comme mentionné dans le narratif du dit PTA.

Pour les soins obstétricaux et néonataux de qualité, l'UNFPA appuiera la DSF pour le monitoring des institutions, la coordination et la supervision des SONU, l'actualisation des normes SONU qu'intégreront les normes de santé maternelle et de planification familiale., la formation des prestataires sur les fonctions SONU plus précisément (AMIU et ventouses), formation sur la réanimation néonatale, actualisation de la carte sanitaire, la surveillance de la mortalité maternelle et réponse et la formation des infirmières anesthésistes. En ce qui a trait à la sécurisation des intrants et le programme de PF, l'UNFPA à travers ce PTA appuiera la DSF pour la formation des prestataires en méthode de longue durée et permanente, la diffusion et la dissémination du plan pour l'éducation sexuelle compréhensive, l'estimation des besoins en PF et impression d'outils comme registre de PF ainsi que l'enquête sur le stock out. Les domaines d'intervention du PTA sont les suivants :

- *Santé maternelle*
- *Santé néonatale*
- *Planification familiale*
- *Encadrement des sages-femmes. » PTA 2015*

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec MSPP, MPC, UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA est le principal partenaire du MSPP dans la définition des orientations en matière de santé de la reproduction. À cet effet l'UNFPA a contribué aux changements survenus dans le secteur en termes de lutte contre les décès maternels évitables, l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux et l'accès à la planification familiale. Ce leadership s'est traduit par l'adoption par le MSPP de l'approche SONU dans son plan stratégique de santé de la reproduction.

Les avancées en matière d'application et de contrôle ont été plus limitées, comme développé en e - ci-dessus.

I - Indicateur : Mesure dans laquelle les compétences internes au bureau permettent d'assumer un leadership ou d'apporter une valeur ajoutée thématique

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec MSPP, UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'équipe peut compter sur un ancien ministre de la santé publique en Haïti qui a fait de la santé maternelle la porte d'entrée pour la réforme du secteur santé. Cette contribution est essentielle en matière de positionnement stratégique. Les cadres de l'UNFPA sont en général appréciés pour leur contribution à la résolution des problèmes liés à la mise en exécution des PTA. Ils ont des compétences techniques affirmées en SR et sont donc un appui opérationnel précieux pour les partenaires d'exécution. Ils sont cependant largement coupés de la prise de décision au niveau du gouvernement et ne sont pas en mesure de réaliser un plaidoyer sur la durée du fait de leur absorption par la gestion des PTA et de leurs incidences de gestion (notamment liées au recours à la gestion directe).

La valeur ajoutée thématique de l'UNFPA et de ses chargés de projet n'apparaît que lorsque le gouvernement accepte de lancer un travail stratégique ou programmatique (comme le plan SR/PF 2013-2016).

Dans la gestion courante des PTA, seules les priorités des approches stratégiques du CPAP sont réellement prises en compte. Les dimensions transversales, présentées comme des incidentes dans le CPAP, sont omises. L'approche par les droits humains, elle aussi présentée de manière incidente dans le CPAP, n'a pas été prise en compte dans la conception et la gestion des actions des PE.

m - Synthèse pour le critère de jugement

L'intervention de l'UNFPA a contribué, plus qu'à l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et de soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services, au maintien du niveau existant au début du 5^{ème} programme (2012). Cette contribution a permis de minimiser les effets d'une pénurie de ressources publiques allouées à la santé en général, et à la SSR en particulier.

Figure 21 - Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales



Source : Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

L'évolution des dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales confirme le manque d'engagement de l'État dans la santé. Elles sont passées progressivement de plus de 20% au milieu des années 90 à 5% et moins depuis 2011.

Les améliorations de la situation de la SSR à Haïti devaient être traduites par une baisse du taux de mortalité maternelle et une augmentation de la proportion des naissances se déroulant en présence de personnel de santé. Il n'y a pas d'estimation précise de ces deux indicateurs. Ils doivent être mesurés par l'enquête EMMUS VI qui est actuellement en préparation. Cependant les données disponibles vont dans le sens de progrès accomplis durant la période.

Le taux de décès maternel calculé à partir des statistiques de service est de 157 pour 100 000 naissances vivantes résultat qui traduirait une performance remarquable du système avec l'atteinte beaucoup plus tôt des objectifs du plan stratégique SR et l'OMD 4 la réduction de ¾ des décès maternels. S'il y a des indices en faveur d'une réduction de la mortalité maternelle en Haïti, la méthodologie utilisée pour calcul ce taux par le MSPP ne correspond pas à celle utilisée pour établir les taux antérieurs ce qui rend difficile leurs comparaisons.

Le pourcentage des naissances se déroulant en présence de personnel formé tendrait vers une augmentation toujours selon les statistiques du MSPP, soit un taux de 57%. Le taux calculé à partir des statistiques du MSPP se base sur la réception de 90% des rapports mensuels des institutions collectées dans les départements et l'enregistrement de 32% des naissances attendues. Ce taux représente une augmentation de plus 54% par rapport à la situation en 2012 où le taux était estimé à 35,9% (Plan stratégique national SR et PF, p.7). Ces données devront être confirmées par l'enquête EMMUS VI.

Les actions nécessaires pour atteindre ces résultats ont été mises en œuvre avec l'appui de l'UNFPA : les institutions offrant les soins obstétricaux d'urgences ont reçu les équipements de base pour réaliser les différentes fonctions établies par les normes, les institutions localisées en dehors des départements géographiques soutenu par l'UNFPA sont pris en charge par d'autres bailleurs (USAID à travers le projet Soins de Santé de Qualité pour Haïti SSQH, ACIDI, le projet Prise en Charge Intégré de la Santé Maternel PRISMA II) cependant la présence des équipements dans les SONU n'est pas monitorée en dépit du fait que le guide de monitoring prévoit au cours des visites des SONU les superviseurs doivent vérifier la disponibilité et l'état des équipements.

En ce qui a trait au personnel 208 Infirmières sages-femmes sont déployées dans les institutions. On est loin des besoins dans cette catégorie de personnels que le ministère avait évalués à 1 500 ISF-SF pour doter tous les SONU du pays. Une cohorte de 160 ISF-SF est en formation à l'ISNSF. À partir de l'année prochaine, 79 sages-femmes vont être déployées dans les SONU à travers le pays. La cartographie du réseau de SONU avec le personnel adéquat n'a pas été réalisée. La DSF et l'ISNSF fournissent une liste d'affectation des ISF dans les départements mais il n'y a pas d'information précisant si elles sont toujours en poste dans les institutions où elles ont été déployées. Les mesures pour la rétention des SF dans les SONU particulièrement en milieu rural n'ont pas été mises en œuvre. Les directions sanitaires en dehors de la DSF ont l'autorité pour réaffecter les SF à d'autres postes sans l'aval de la DSF.

Les ISF reçoivent une formation correspondant aux normes du MSPP pour gérer les SONUB et travailler efficacement dans les SONUC avec l'obstétricien ou le chirurgien disponible. Elles ont à leur disposition un lieu de stage où elles peuvent développer leurs compétences. Cependant il y a des préoccupations relatives à la qualité des soins fournis par cette institution d'accueil, avec le risque que les ISF ne soient influencés par des pratiques inadéquates. La demande de l'ISNSF auprès de la DSF d'obtenir une liste d'institutions agréées en tant que SONU de qualité où les ISF peuvent faire leur stage pratique n'a pas encore été satisfaite.

La mission de la DSF est d'élaborer des normes pour garantir aux usagers des services de qualité. Les normes de planification familiale et de soins maternels ont été révisées en 2010 et un guide pour le fonctionnement des SONU devait être élaboré au cours de la période 2013-2016. Le guide est effectivement utilisé lors des activités de monitoring. Sa diffusion est assez limitée.

L'offre de SONU paraît avoir augmenté quantitativement. Un plus grand nombre d'institutions ont reçu cette appellation dans les rapports de monitoring et autres documents consultés. En ce qui a trait à la conformité de ces institutions aux normes de SONU, il n'y a pas une augmentation très significative. Seulement 13 institutions peuvent réaliser toutes les fonctions SONU dans le pays en 2015 ce qui représente un faible progrès par rapport à la situation de départ en 2009 avant la mise en œuvre du projet SOG où l'on dénombrait seulement 12 institutions pouvant délivrer l'ensemble de ces prestations.

La disponibilité des médicaments a connu une certaine stabilité en dépit de la situation instable du pays depuis de nombreuses années. Il y a eu également une augmentation de la disponibilité des fonctions relatives aux indications maternelles absolues. Il y a un plus grand nombre d'institutions qui réalisent les sections césariennes et les transfusions lors même que la permanence de ces fonctions n'est pas garantie. Certains aspects du fonctionnement des SONU sont traités sommairement dans les rapports de monitoring ou les revues avec les PE.

Les progrès dans la prise en charge des urgences néonatales globalement dans le pays sont faibles. La disponibilité de cette fonction est passée de 13% en 2009 à 19 % en 2015. Cette faible performance se traduit dans les statistiques par le taux de mort-nés très élevé enregistré dans le pays. (2,45 en 2012, 2,40 en 2013 et 2,46 en 2014).

Les interventions initiales essentielles en matière de santé de procréation, dont la protection et la prévention des VBG ne sont pas intégrées dans les plans de secours dans les situations d'urgence. Le MSPP et ses structures déconcentrées font partie de la structure de protection civile qui coordonne la réponse aux situations de crise mais cet aspect n'est pas intégré aux plans de contingence qui priorise la prévention du choléra comme intervention sanitaire.

La demande générée auprès des populations pour les services de SR est mesurée de plusieurs manières. La demande potentielle à partir des données démographiques fournies par un partenaire stratégique IHSI. La demande réelle est établie à partir d'autres données obtenues par le suivi, l'évaluation et des enquêtes spécifiques. Cet aspect soutenu dans le cadre du projet n'est pas complètement maîtrisé. Il est difficile en dehors de la demande potentielle d'obtenir en temps voulu les informations sur l'utilisation des services. La DSF reste dépendante d'une autre direction du MSPP pour l'obtention d'information dont la fiabilité, la complétude et la promptitude ne sont pas garanties.

Les sources de données les plus fiables pour mesurer la demande demeurent les enquêtes EMMUS et les études spécifiques commandités par le maître d'œuvre.

L'UNFPA pour mettre en œuvre ce programme s'appuie sur 3 groupes de partenaires stratégiques capable d'intervenir sur tout le territoire national. Les compétences de ces partenaires sont variées. Les ministères peuvent assurer la coordination élaborer et faire appliquer les normes et procédures. Les universités pour la formation des personnels et les études.

Le plan national de développement des ressources humaines, et d'un volet spécifique pour les infirmières et sages-femmes n'a pas été élaboré jusqu'à date. Il s'agit également d'un résultat attendu de la mise en œuvre du plan stratégique SR et PF 2013-2016. Aucune des interventions permettant l'obtention de ce résultat n'a été initiée (étude de besoin, cadre légal pour les professions du secteur de la santé de la reproduction, politique de rétention du personnel des réseaux SONU,...).

L'UNFPA exerce un leadership positif sur l'évolution des politiques de santé maternelle en Haïti depuis l'introduction de l'approche des SONU pour réduire la mortalité maternelle. La mise en œuvre des interventions pilotes dans le Sud-Est et dans les Nippes a démontré l'efficacité de l'approche. Ce leadership n'est pas acquis définitivement, le passage à l'échelle de l'approche SONU et sa réussite sont essentiels pour continuer à l'assumer. L'UNFPA dispose de cadres nationaux dont les compétences et leurs réalisations antérieures dans le secteur apportent une valeur ajoutée à la thématique. Il existe des espaces où les différents partenaires expriment leurs préoccupations et cherchent à gagner leur enjeu. L'UNFPA participe aux différents comités de pilotage ou technique pour l'élaboration des politiques ou programmes nationaux (Plan Stratégique National de Lutte contre les IST-VIH SIDA, Plan Stratégique National Santé des Jeunes et des Adolescents, Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction).

B. Critère de jugement : Les structures de planification de la famille qualifiées, équipées et proposant des techniques répondant à une demande sont accessibles et utilisées par les jeunes, les adolescents et les groupes vulnérables

a - Indicateur : Effet du CSI - Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de planification de la famille et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples en fonction de leurs intentions en matière de procréation : (i) Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer ; (ii) Besoins non satisfaits en matière de planification de la famille ; (iii) Nombre d'établissements de santé proposant au moins trois méthodes modernes de contraception.

i) Extraits détaillés de la documentation

« Produit 1 : Aux plans national, régional et local, les établissements de santé sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la procréation, y compris les méthodes modernes de planification de la famille, et de soutenir des actions dans ce domaine afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse.

Effet Plan Stratégique : Planification familiale

Indicateurs :

- *Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer ; Point de référence : 18 %; Cible : 25 %*
- *Besoins non satisfaits en matière de planification de la famille : Point de référence : 38 %; Cible : 30 %*
- *Nombre d'établissements de santé proposant au moins trois méthodes modernes de contraception : Point de référence : 101; Cible : 110 » CPAP*

« Besoins non satisfait en matière de planification familiale :

Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Plus précisément, les besoins non satisfaits pour espacer concernent :

- Les femmes qui courent un risque de tomber enceinte, qui n'utilisent pas la contraception et qui ne souhaitent pas tomber enceinte dans les deux prochaines années ou qui ne sont pas sûres de vouloir tomber enceinte ou du moment auquel elles voudraient tomber enceinte.
- Les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu.
- Les femmes en aménorrhée postpartum pour une période d'au maximum 2 ans à la suite d'une naissance qui ne s'est pas produite au moment voulu et qui n'utilisent pas la contraception.

Les besoins non satisfaits pour limiter concernent :

- Les femmes qui courent un risque de tomber enceinte, qui n'utilisent pas la contraception et qui ne souhaitent pas (plus) d'enfants.
- Les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue.
- Les femmes en aménorrhée postpartum pour une période d'au maximum 2 ans à la suite d'une grossesse non désirée et qui n'utilisent pas la contraception. » **Source ?**

« D'après les données recueillies par l'institut Guttmacher (Sedgh, Hussain et al. 2007), les besoins non satisfaits en planification familiale, à l'échelle individuelle, familiale ou communautaire, sont largement imputables aux facteurs suivants :

Faible perception du risque – Les femmes peuvent penser qu'elles n'ont qu'un faible risque de tomber enceintes. Elles croient par exemple qu'une activité sexuelle irrégulière, le fait d'avoir accouché récemment ou encore le fait d'allaiter les mettent à l'abri d'une grossesse.

Accès inadapté aux produits et aux services – Manque de disponibilité des produits de contraception et/ou des services de santé ; manque d'information sur les moyens de contraception ; difficultés d'accès à la contraception (coût, manque d'information, éloignement des structures de soin) ; problèmes liés aux effets secondaires, aux éventuels soucis de santé et aux inconvénients de certaines méthodes.

Opposition – Refus de la planification familiale de la part de la femme, de son partenaire ou d'autres personnes d'influence. Opposition sur critères religieux notamment. » (Sedgh, Hussain et al. 2007)

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

(i) Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer

- Le taux de prévalence pour la période 2013-2016 devra être établi par l'enquête EMMUS VI qui n'a pas encore eu lieu. Le rapport statistique du MSPP indique un taux de prévalence de 18,64% pour le pays. Les départements appuyés par l'UNFPA (Sud-Est, Nippes) ont un taux de prévalence supérieur à la moyenne nationale.

Table 20 - Répartition des utilisateurs de PF et taux d'utilisation de la PF selon la méthode et le département géographique MSPP année 2014

Département	Femmes 15-49 ans attendues	Gamme de méthodes contraceptives									Total	% utilisation	Courte durée	Longue durée
		Courte durée					Longue durée							
		Pillule	Injection	DIU	Implant	Tablette vaginale	Condom	MAMA	Collier	Ligature				
Artibonite	451 781	4 657	28 197	27	1 413	-	36 010	15	2	16	70 337	15,6%	15,56%	0,01%
Centre	172 049	3 793	28 519	181	4 244	7	5 228	231	16	52	42 271	24,6%	24,40%	0,17%
Grande Anse	100 943	2 809	14 203	88	2 888	22	12 700	245	43	5	33 003	32,7%	32,40%	0,29%
Nippes	72 263	2 707	17 000	1	1 022	1	7 700	930	3	56	29 420	40,7%	39,34%	1,37%
Nord	279 086	3 303	21 072	139	5 624	-	24 326	289	41	4	54 798	19,6%	19,52%	0,12%
Nord Est	92 382	2 809	17 563	-	1 034	-	7 711	947	5	54	30 123	32,6%	31,52%	1,09%
Nord Ouest	179 045	1 213	8 201	-	1 251	14	10 919	322	24	-	21 944	12,3%	12,06%	0,19%
Ouest	1 188 579	24 750	72 341	172	1 794	272	82 099	1 602	283	44	183 357	15,4%	15,26%	0,16%
Sud	172 387	2 817	14 268	82	2 851	22	12 827	248	42	2	33 159	19,2%	19,07%	0,17%
Sud Est	144 556	2 917	14 300	90	2 900	25	12 827	250	45	4	33 358	23,1%	22,87%	0,21%
Total	2 853 071	51 775	235 664	780	25 021	363	212 347	5 079	504	237	531 770	18,6%	18,43%	0,20%

Source : Élaboration à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

(ii) Besoins non satisfaits en matière de planification de la famille - Cet indicateur devrait également être estimé lors de la prochaine enquête EMMUS. Cependant, la réduction des besoins non satisfaits en PF

implique une amélioration de la disponibilité des produits or les produits pour prendre en charge les effets secondaires et autres aspects de la contraception ne sont plus financés à cause des réductions du financement des intrants PF.

(iii) Nombre d'établissements de santé proposant au moins trois méthodes modernes de contraception -

b - Indicateur : CPAP (produit) – (i) Pourcentage d'établissements de santé soutenus par l'UNFPA proposant au moins trois méthodes modernes de planification familiale ; (ii) Nombre d'actions communautaires soutenues visant à promouvoir la demande en matière de santé sexuelle et procréative et de planification familiale ; (iii) Nombre d'initiatives soutenues visant à améliorer l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative et à l'éducation en la matière

i) Extraits détaillés de la documentation

<h2 style="margin: 0;">Indicateur de l'output</h2>				
Outcome de l'ISF		Pilier social		
Outcome du PP		Planification familiale/ U3		
Indicateur	Ligne de base	Cible 2014	Mise a jour	MDV
Pourcentage d'établissements de santé soutenus par l'UNFPA proposant au moins trois méthodes modernes de planification familiale.	90%	97%	100%	Rapports mensuels et de monitoring trimestriel
Nombre d'actions communautaires soutenues visant à promouvoir la demande en matière de santé sexuelle et procréative et de planification de la famille	4 (marchés, milieu scolaire, fêtes patronales, milieu industriel)	5	5 (en cours pour les marchés, fait dans les fêtes patronales, milieu industriel, les écoles, sensibilisation jeunes non scolarisés)	Rapports trimestriels des PE
Nombre d'initiatives soutenues visant à améliorer l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative et à l'éducation en la matière	3(Centre de jeunes, espace communautaire, clinique mobile)	4	4 (Centre de jeunes, espaces communautaires jeunes, cliniques mobiles jeunes, sensibilisation à l'université)	Rapports trimestriels des PE

Source : UNFPA

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

(i) Pourcentage d'établissements de santé soutenus par l'UNFPA proposant au moins trois méthodes modernes de planification familiale - L'offre des méthodes de contraceptifs modernes est disponible dans la quasi-totalité des points de prestations de services, 97% des PPS offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes.

Table 21 - PPS proposant au moins 3 méthodes de contraceptifs (2014)

Type de PPS	%	Départements	%
Niveau Primaire	93,8%	Artibonite	100,0%
Niveau Secondaire	100,0%	Centre	100,0%
Niveau Tertiaire	94,4%	Grande Anse	85,7%
L'ensemble des PPS	97,0%	Nippes	100,0%
		Nord	100,0%
		Nord Est	100,0%
		Nord Ouest	86,7%
		Ouest	97,1%
		Sud	100,0%
		Sud-Est	100,0%

Milieu	%
Milieu Urbain	98,4%
Milieu Rural	95,6%

Mode de gestion du PPS	%
Public	99,0%
Privé à but non lucratif	100,0%
Privé à but lucratif	100,0%
Mixte	100,0%

Source : MSPP, rapport statistique 2014

(ii) Nombre d'actions communautaires soutenues visant à promouvoir la demande en matière de santé sexuelle et procréative et de planification familiale – aucune action de ce type n'a été mise en œuvre spécifiquement avec l'appui de l'UNFPA.

(iii) Nombre d'initiatives soutenues visant à améliorer l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative et à l'éducation en la matière - aucune action de ce type n'a été mise en œuvre spécifiquement avec l'appui de l'UNFPA.

c - Indicateur : Degré d'amélioration de la disponibilité des produits PF par l'introduction de CHANNEL et des actions d'accompagnement (S2.1)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Améliorer la coordination du système national de fourniture des produits pour la santé de la procréation. Cette stratégie permettra de contribuer: a) à la mise en place et monitoring du système national de gestion à travers le logiciel CHANNEL; b) au renforcement des compétences des prestataires de gestion, de distribution et d'approvisionnement, impliquant les réseaux communautaires; c) à renforcer la planification, la gestion et le suivi de l'approvisionnement des produits SR/PF afin d'assurer leur disponibilité permanente à tous les niveaux et promouvoir leur accès par les populations qui le désirent. » CPAP

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretien avec DSN, DSSO, DSO

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

CHANNEL est en compétition avec d'autres logiciels de gestion de stock particulièrement ceux qui sont employés dans le cadre du programme VIH/SIDA. Dans les départements supportés par l'UNFPA, le logiciel est installé dans les SONU appuyés mais n'est pas mis en réseau avec les directions départementales. Une partie du parc informatique installé par l'UNFPA n'est plus fonctionnel, avec des délais de réparation importants. Il est réduit à un logiciel de gestion de stocks mais tout son potentiel n'est pas exploité (prévisions), notamment au niveau des directions départementales qui n'en perçoivent pas l'intérêt.

d - Indicateur : Degré d'accroissement de la gamme de services de PF dans l'ensemble du pays (S2.2)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Stratégie prioritaire 1.2.: Développer des partenariats stratégiques avec la société civile et le secteur privé pour la prestation de services communautaires, en prêtant une attention particulière aux besoins des femmes et de la jeunesse. Cette stratégie consiste à appuyer la mise en œuvre et le suivi de la composante PF des plans stratégique et opérationnel de SR du MSPP, en collaboration avec ses partenaires de la société civile et du secteur privé, les communautés de base à travers: a) le renforcement des capacités des institutions de santé publique à promouvoir la disponibilité d'une plus

large gamme de services PF dans tous le pays; b) l'appui de partenariats novateurs et efficaces avec la société civile et le secteur privé afin d'améliorer l'offre et générer la demande en PF à base communautaire selon l'approche droit ciblant les jeunes et les plus défavorisés, surtout dans les zones d'intervention du programme. » CPAP

«

ii) **Autres éléments d'information (entretiens, observations)**

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

L'UNFPA a établi des partenariats stratégiques avec des institutions publiques (MEN, FMP) des ONG (CPFO, PROFAMIL, FOSREF et VDH). Le MSPP a réalisé une campagne pour faire la promotion des méthodes de longue durée. Les résultats obtenus sont très faibles les méthodes de longue durée sont très peu utilisées par la clientèle.

L'enquête sur les produits et services de santé de la reproduction révèle la disponibilité d'au moins 5 méthodes de contraception dans 27% des PPS de niveau primaire et tertiaire. Il y a un grand écart entre les PPS situés en milieu urbain (42,9%) et ceux en milieu rural (13%).

Les implants, DIU et Contraception chirurgicale représentent moins de 5% des utilisateurs de PF selon l'annuaire statistique du MSPP en 2014.

e - Indicateur : Degré d'amélioration de la qualité des services en lien avec les formations appuyées par l'UNFPA (S2.3a)

i) **Extraits détaillés de la documentation**

« Former les prestataires de services de santé à fournir des services de qualité. Il s'agira d'apporter un appui technique pour réviser et adapter selon les normes: a) les modules de formation initiale en PF dans les curricula des Universités et des écoles; » CPAP

« De par sa mission au sein de l'UEH, la FMP est appelée à travailler dans 3 domaines d'intervention, à savoir: Plaidoyer et dialogue politique : poursuite des activités de sensibilisation à la PF au niveau des facultés de l'UEH et privées.

Renforcement institutionnel : la FMP compte renforcer la formation initiale des étudiants finissants: (i) en médecine, dans la prestation de l'offre de services PF notamment des méthodes de LD ; (ii) en pharmacie : à l'utilisation du Logiciel de gestion de stock Channel :

Une orientation en PF est également programmée pour ces derniers qui n'ont pas pu bénéficier des cours réguliers. De plus. la FMP a grand besoin d'un appui financier pour le renforcement de ses capacités techniques et administratives. Ainsi, il est prévu la mise en place d'un système comptable compatible avec celui du Rectorat et du MEF.

offre de services : Lancement des activités de la Clinique PF ciblant les étudiants de l'UEH.

Pour la mise en œuvre effective de ce projet, la FMP-UEH renforcera son partenariat avec la DSF-MSPP pour les aspects normatifs, l'approvisionnement en intrants PF et l'utilisation des outils de gestion de programme ainsi que le rapportage. » PTA faculté de médecine et de Pharmacie

Résultat 2014



Résultats du PTA

Niveau de progression
Non satisfait
Satisfait
Excellent

Renforcement institutionnel	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées. Ligne de base (2013): Cible (2014):	4	5	7	16	N/A
Nombre de séminaires organisés pour les étudiants de FMP Ligne de base (2013): Cible (2014):	0	1	0	1	100%
Nombre d'animation communautaire réalisées. Ligne de base (2013): Cible (2014):	0	1	7	8	N/A
Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	T3	Total	%
Nombre d'étudiants volontaires intervenant comme pairs éducateurs dans la promotion de la PF. Ligne de base (2013):0 Cible (2014):	0	14	18	32	N/A
Nombre de Jeunes universitaires et étudiants sensibilisés à la PF. Ligne de base (2013): Cible (2014):	0	189	991	1,180	N/A
Nombre de Facultés de l'UEH sensibilisées sur la PF. Ligne de base (2013):0 Cible (2014):	0	1	1	2	N/A
Nombre de réunions de sensibilisation réalisées avec les doyens des facultés de l'UEH. Ligne de base (2013): Cible (2014):	0	1	1	2	N/A

Résultats 2015



Résultats du PTA

Niveau de progression
Non satisfait
Satisfait
Excellent

Renforcement institutionnel	T1	T2	Total	%
Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 5	2	2	4	80%
Nombre de séminaires organisés pour les étudiants de FMP Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): NA	1	0	1	
Nombre d'animation communautaire réalisées. Ligne de base (2014): NA Cible (2015): NA	NA	NA	NA	NA
Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	Total	%
Nombre d'étudiants volontaires intervenant comme pairs éducateurs dans la promotion de la PF. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 121	0	81	81	67%
Nombre de Jeunes universitaires et étudiants sensibilisés à la PF. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 1500	500	396	896	60%
Nombre de Facultés de l'UEH sensibilisées sur la PF. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 6	4	3	7	117%
Nombre de réunions de sensibilisation réalisées avec les doyens des facultés de l'UEH. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 6	4	4	8	134%

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période, dont FMP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Tous les PE de l'UFPA qui gèrent un PPS étaient déjà des partenaires lors du précédent programme. Ils n'ont pas spécifiquement bénéficié de formations pendant la période sous revue. Ils n'ont pas fait

état de besoins en formation de la part de l'UNFPA (sinon en gestion des procédures administratives et contractuelles). Cette activité n'a pas été réalisée.

Le partenariat avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie tente d'établir une compatibilité avec le contenu du CPAP en incluant un volet SSR au cursus des étudiants en médecine et pharmacie. Les performances affichées par les revues annuelles n'ont pas été retrouvées sur le terrain. L'aspect SSR du cursus est anecdotique et l'encadrement n'a pas de motivation particulière pour les activités financées par l'UNFPA, hormis l'accès à des équipements de confort (moyens de déplacement, climatisations, etc.) qui ne sont pas clairement liés aux activités.

f - Indicateur : Pourcentage des méthodes de longue durée et définitives dans les pratiques adoptées dans les centres appuyés par l'UNFPA (S2.3b)

i) Extraits détaillés de la documentation

« b) les modules de formation continue des écoles, des associations professionnelles et des partenaires du MSPP, surtout en conseil et pratique sur les méthodes de longue durée et définitives. » CPAP

Table 22 - Utilisation des méthodes longues durée au niveau national

Département	Gamme de méthodes contraceptives					Longue durée				Total	Longue durée
	Courte durée					Implant	MAMA	Collier	Ligature		
Artibonite	4 657	28 197	27	-	36 010	1 413	15	2	16	70 337	2,06%
Centre	3 793	28 519	181	7	5 228	4 244	231	16	52	42 271	10,75%
Grande Anse	2 809	14 203	88	22	12 700	2 888	245	43	5	33 003	9,64%
Nippes	2 707	17 000	1	1	7 700	1 022	930	3	56	29 420	6,84%
Nord	3 303	21 072	139	-	24 326	5 624	289	41	4	54 798	10,87%
Nord Est	2 809	17 563	-	-	7 711	1 034	947	5	54	30 123	6,77%
Nord Ouest	1 213	8 201	-	14	10 919	1 251	322	24	-	21 944	7,28%
Ouest	24 750	72 341	172	272	82 099	1 794	1 602	283	44	183 357	2,03%
Sud	2 817	14 268	82	22	12 827	2 851	248	42	2	33 159	9,48%
Sud Est	2 917	14 300	90	25	12 827	2 900	250	45	4	33 358	9,59%
Total	51 775	235 664	780	363	212 347	25 021	5 079	504	237	531 770	5,80%

Source : Elaboration à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les méthodes de longue durée sont utilisées par 2% des clients fréquentant les institutions supportées par l'UNFPA alors que la valeur au niveau national est de 5,8%.

Table 23 - Utilisation des méthodes longue durée par les PE de l'UNFPA

Partenaire d'exécution	Méthodes de Planification Familiale						Total	Courte durée	Longue durée
	Courte durée			Longue durée					
CDS	666	143	1 378	89	-	-	2 276	2 187	89
CPFO	2 734	337	637	80	54	-	3 842	3 708	134
DSO	1 871	341	702	15	-	-	2 929	2 914	15
DSSE	232	48	149	12	-	-	441	429	12
FMP	-	-	68	-	-	-	68	68	-
SHOG	329	32	416	-	7	-	784	777	7
PROFAMIL	15 467	818	1 711	215	92	27	18 330	17 996	334
ZL	-	18	152	12	-	-	182	170	12
Ensemble	21 299	1 737	5 213	423	153	27	28 852	28 249	603
Pourcentage utilisation par méthode	74%	6%	18%	1%	1%	0%	100%	98%	2%

Source : UNFPA

Les partenaires de l'UNFPA sont donc moins performants que les autres centres de santé en matière de diffusion des méthodes de longue durée.

g - Indicateur : Existence d'un centre expert en PF en lien avec le MSPS mobilisant la coopération Sud-Sud (S2.4)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Ce projet vise globalement à contribuer au renforcement du Programme National de Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Ainsi il se propose de faire la promotion de la Planification familiale tout en mettant l'emphase sur les méthodes de longues

durées et définitive à travers une approche communautaire visant les besoins de santé sexuelle et reproductive des populations vivant dans les zones ciblées avec très peu d'accès aux services de qualité.

Résultats escomptés :

- *Environ 5000 (10% de la population cible) femmes enceintes et allaitantes sont recensées et bénéficient au moins de soit 3 visites prénatales/ une visite postnatale et d'une séance d'éducation sur les soins à donner aux nouveaux nés*
- *Environ 3 450 clients/tes bénéficieront de méthodes de longue durée et définitive*
- *Trois (3) maternités renforcées en matériels de sensibilisation en PF/SR et en offre de services post-partum ;*
- *Six (6) cliniques affiliées renforcées en matériels de sensibilisation en PF/SR et en offre de services post-partum ;*
- *Au moins 10000 ménages en particulier femmes en âge de procréer sont sensibilisés sur la SR/PF et sur les méthodes de longue durée et définitive et sur les soins Post-partum ;*
- *Environ 900 agents communautaires dont, 300 leaders communautaires (pasteurs, prêtres ASEC, CASEC), 600 membres de membres de groupes locaux communautaires (Clubs de Clients Satisfaits (CCS), de Clubs d'Hommes Supporteurs de PF (CHSPF), Associations communautaires de femmes et 12 agents communautaires polyvalents sont mobilisés et organisent des activités dans leur communauté respective;*
- *Plus de 20 prestataires de soins sont formés pour l'offre de service post-partum dans les cliniques de PROFAMIL et les maternités partenaires;*
- *Plus que 30,000 jeunes sont sensibilisés sur la sexualité responsable, l'égalité de genre et la VBG, dont Douze mille 12000 reçoivent une éducation sur la Santé Reproduction et la Planification de la Vie dans les écoles et Quinze mille 15000 bénéficient des services cliniques de PROFAMIL » PTA PROFAMIL*

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

De manière informelle, la DSF/MSPP utilise la PROFAMIL et le CEGIPEF de FOSREF comme institutions de référence pour la planification familiale, particulièrement pour les méthodes de longue durée.

Il n'y a pas données justifiant le rôle de la PROFAMIL en tant que centre expert en planification tel que la formation de personnel ou la recherche opérationnelle. Cependant on peut observer dans les rapports d'activités que la PROFAMIL est l'unique institution supportée par l'UNFPA qui offre toutes les méthodes de longue durée. Elle a donc la capacité de former le personnel dans la dispensation des méthodes comme la mise et le retrait d'implant, l'insertion de DIU et la Contraception chirurgicale volontaire (CCV).

h - Indicateur : Existence d'un plan de plaidoyer et de communication en PF (S2.5)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Toutefois, cette campagne est initiée sur instruction de la ministre de la santé publique et de la population qui s'est référée au décret présidentiel du 13 mai 2013 rendant les services de planification familiale obligatoire dans toutes les institutions de santé fonctionnant sur le territoire national et aux données de EMMUS V (2012) pour insister sur les progrès réalisés dans l'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (en union) dont le taux est passé de 24,8 % en 2006 à 31% en 2012 ne soient pas suffisants.

Du fait aussi du taux de besoins non satisfaits (35% chez les femmes 15-49 ans et plus de 50% chez les jeunes) soit trop élevé, il résulte que le droit de la population, notamment les jeunes, à la planification familiale n'est pas assez pris en compte ni en terme d'approche ni en terme d'offre de services. Dans le but de redynamiser ce secteur et de favoriser l'approche droit, la Ministre a d'abord mis sur pied le sous-comité national de coordination du programme de planification familiale chargé de concevoir et

de préparer cette campagne suivant une approche droit en vue de répondre aux besoins de la population, notamment les jeunes, en matière de services de planification familiale. » Document campagne PF 2013-2014 MSPP

« L'ensemble des partenaires impliqués dans la santé de la reproduction s'est engagé une Campagnes de PF dont l'objectif était : Repositionner le programme de planification familiale comme une priorité nationale à travers une approche intégrée et de droit dans une perspective multisectorielle.

Objectifs spécifiques.

- Informer la population, et en particulier 80% des jeunes garçons et filles, sur leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et plus spécifiquement en matière de planification familiale ainsi que sur les méthodes et services disponibles ;
- Assurer les services de PF dans au moins 90% des institutions de santé ;
- Structurer les services de PF dans 100% (soit 5 au total) des hôpitaux universitaires (HU) ;
- Offrir les méthodes de longue durée et permanente dans 100% des hôpitaux départementaux (HD), des hôpitaux communautaires de référence (HCR) et les institutions SONU (Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence) et chez les praticiens privés ;
- Mettre en place dans chaque département au moins 4 points fixes de prestation de services de planification familiale en milieu communautaire ;
- Assurer la formation ou le recyclage de 100% du personnel prestataire y compris les sages-femmes et les agents santé communautaire polyvalents pour qu'ils offrent les méthodes de PF en fonction de leur compétence et selon les normes. » **Source ?**

« Axe communication et plaidoyer

Intervention majeure # 3. Développer une stratégie de communication sur la PF, segmentée par population cible (notamment les jeunes) et un plan de plaidoyer pour les décideurs nationaux et locaux.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette troisième intervention majeure, la campagne utilisera les stratégies prioritaires suivantes :

3.1. Analyser la situation (perception, documents, rencontre).

3.2. Organiser des activités de sensibilisation sur la PF et la problématique de genre à l'intention des jeunes scolarisés et non scolarisés avec une emphase sur la pénétration des zones rurales au travers de jeunes acteurs.

3.3. Élaborer un plan de communication visant les diverses catégories.

3.4. Développer un programme de communication et d'information sur la santé sexuelle et reproductive (multi media, site internet, ligne téléphone, sms, feuillets radio,).

3.5. Élaborer un plan de plaidoyer (pour sensibiliser) incluant des rencontres avec les décideurs.

3.6. Plaidoyer pour Mobiliser les ressources. » **Source ?**

ii) **Autres éléments d'information (entretiens, observations)**

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) **Principaux résultats au niveau de l'indicateur**

L'UNFPA et la DSF/MSPP ne disposent pas d'un plan de communication sur la PF, que ce soit pour les thèmes avalisés par le gouvernement (par exemple dans le plan national SR/PF 2013-2016), ou pour les thèmes qui sont induits par l'approche des droits humains.

En termes de communication et de plaidoyer, l'UNFPA a financé en 2013 une campagne nationale de sensibilisation à la PF organisée par la DSF, avec l'implication de certains de ses partenaires (VDH, FOSREF) pour diffuser les messages. Il n'y a pas d'évaluation de la campagne PF pour déterminer si les objectifs de la campagne ont été atteints. Elle est largement valorisée par les personnes interviewées, avec des réserves pour certains quant à la survalorisation des méthodes de longue durée pour tous les publics, y compris les jeunes.

i - Indicateur : Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la DSF

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le dialogue de politique sur la PF est commun avec celui sur la SSR (cf.A.j -).

j - Indicateur : Degré de leadership de l'UNFPA dans les évolutions positives de la politique de PF, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle (qualité)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la DSF

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le dialogue de politique sur la PF est commun avec celui sur la SSR (cf.A.j -). L'UNFPA assure le secrétariat technique du sous-comité national de coordination du programme de planification familiale.

k - Indicateur : Mesure dans laquelle les compétences internes au bureau permettent d'assumer un leadership ou d'apporter une valeur ajoutée thématique

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Un seul cadre pour le moment assure le suivi des activités de santé de la reproduction (SMN et PF). Genre, Droit, communication et plaidoyer sont assurés par d'autres cadres. Cf. A.I - ci-dessus.

l - Synthèse pour le critère de jugement

Le taux de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer ne semble pas avoir augmenté significativement jusqu'à date. Les données disponibles font penser que si des efforts importants ne sont pas déployés dans les mois à venir l'objectif de 25% à la fin de 2016 ne sera pas. L'annuaire statistique du MSPP 2014 estime le nombre d'utilisatrices de méthodes PF à 531770 soit un taux de prévalence de 18,6%. Ces données doivent être confirmées par l'enquête EMMUS VI. Compte tenu de la faible performance dans le domaine de la planification on peut présumer que l'objectif de réduire de 38 à 30% le taux de besoins non satisfaits en matière de PF ne sera pas atteint non plus. Réduire le taux de besoins non satisfaits en PF nécessite la mise en place d'un ensemble de mesures telles: une information suffisante des clients sur la perception du risque grossesse, des informations complètes sur les méthodes (problèmes liés aux effets secondaires, aux éventuels soucis de santé et aux inconvénients de certaines méthodes), la disponibilité et l'accessibilité aux *produits de contraception et/ou aux services de santé*. Il n'y a pas d'évidence que l'ensemble de ces mesures ont été mises en œuvre suffisamment au près des groupes spécifiques comme les jeunes ou les femmes vivant en milieu rural. Le personnel communautaire et les intervenants auprès des jeunes ont été considérablement réduits sous la base de contraintes budgétaires. Evidemment ce taux devra être calculé lors de la réalisation de l'enquête. EMMUS VI. Il y a en 2015 environ 97% des institutions qui proposent 3 méthodes de contraception, ce qui représente une amélioration de l'offre par rapport au point de référence du CPAP 90%. Le pourcentage d'établissement soutenu par l'UNFPA pour cet indicateur est de 100%. Le rapport de l'enquête GPRHCS indique qu'au moment de la visite des PPS le seulement 53% des PPS n'avaient de rupture de stock pour au moins une des 3 méthodes de contraception, une amélioration par rapport à l'année 2014 estimé à 18%. Des actions communautaires sont également réalisées dans les marchés publics, le milieu industriel, les écoles et vers les jeunes non scolarisés. Le contenu de ces interventions n'est pas rapporté et il n'y a pas

d'évaluation de leurs effets. En ce qui a trait aux jeunes deux ONG, VDH, FOSREF étaient les institutions qui détenaient une expertise en intervention auprès des jeunes, leur collaboration avec l'UNFPA a été suspendue. La mise à la disposition des jeunes des produits contraceptifs fait face à l'opposition d'une frange de la société qui s'appuie sur des textes de lois anciennes et inadaptés de la justice haïtienne. La position du MSPP à ce sujet est assez équivoque. Les actions vers les jeunes se limitent à la sensibilisation. La prise en main de la distribution des intrants PF par la DSF avec bien entendu l'utilisation de CHANNEL montre une certaine amélioration dans la disponibilité des produits comme cité précédemment. D'importants efforts sont à déployer pour garantir la disponibilité des intrants PF sans discontinuité au cours d'une année. Malgré la campagne pour repositionner la planification familiale il n'y a pas eu un taux d'accroissement important de la gamme des services PF dans le pays mise à part les implants dont l'offre se situe à 62% dans l'ensemble des structures sanitaires offrant les autres méthodes de longue durée plafonnent autour de 10%. La mise en place des équipes départementales mobiles de formation y a certes contribué surtout à la formation d'un plus grand nombre de prestataires pour l'insertion des implants (durée 4-5 ans). Il n'y a pas de centre d'expertise en PF à proprement parler en Haïti de manière informelle cette tâche est attribuée à deux ONG qui ont une certaine ancienneté dans la fourniture des services de PF particulièrement la contraception chirurgicale. Il n'y a pas de plan de plaidoyer pour la contraception en Haïti. On a noté au moment de la campagne quelques spots publicitaires à travers les médias, l'essentiel de la communication en PF se résume à la promotion de quelques marques de produits contraceptifs (condom, pilule, injection).

Il n'y a pas de dialogue politique sur la contraception en Haïti, la société civile est très peu impliquée dans les débats autour de la contraception. L'avancée de l'église catholique sur l'acceptation des méthodes naturelles s'est vite estompée. Il n'y a pas d'études socio-anthropologiques sur la contraception en Haïti pour éclairer la position des décideurs et des utilisateurs. Toute la stratégie de la planification familiale en Haïti repose sur la diffusion de l'information dont les limites peuvent être atteintes rapidement. L'approche par le droit pronée par l'UNFPA a fait bouger un peu les acteurs en provoquant un débat sur les interruptions volontaires de grossesse. Les résultats de cette activité ne sont pas connus jusqu'à date.

C. Critère de jugement : La mise en œuvre de la stratégie de l'UNFPA en santé reproductive a ciblé les plus fortes concentrations de jeunes, d'adolescent(e)s et de groupes vulnérables ou fragilisés précédemment sans accès à ces services

a - Indicateur : Existence d'une stratégie différenciée d'accès aux jeunes (scolarisés et non scolarisés), aux adolescent(e)s, aux groupes vulnérables ou fragilisés temporairement

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

PROFAMIL - Populations de référence et bénéficiaires : Au total, le projet vise plus de 500000 personnes des départements de l'Ouest, du Sud-est et de l'Artibonite, dont environ 1/3 vivant en milieu rural isolé dans la Commune de Croix-des-Bouquets (localités de Zorangers Oème, Crochu et Mononville avec plus de 60.000 personnes), dans la commune de Jacmel (localités de Mondésir et Montagne La Voute avec environ 60.000 personnes) et dans la commune de Terre Neuve (localités de Figuié et Corridon avec 30000 personnes). Bénéficiaires Directs : Environ 20,000 ménages, 4680 femmes enceintes et allaitantes, 30000 jeunes de 10- 19 ans et 1500 hommes en âge de procréer.

CDS - Petite Place Caseau 41 787 habitants quartier défavorisé situé au nord de Port au Prince dans la commune de Delmas.

CPFO - Femmes ouvrières dans les industries textiles de la zone industrielle de Port-au-Prince 40000 femmes.

ZL - Jean Denis Petite Rivière de l'Artibonite 42 170 habitants.

DSO - Béthanie Bolosse 31 242 habitants quartiers défavorisés au sud de Port-au-Prince

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les PE interviennent ponctuellement soit dans des zones défavorisées comme CDS à Petite Place Caseau, DSO à Bolosse soit dans des zones rurales (PROFAMIL) ou avec des populations spécifiques concentrées dans une aire particulière (CPFO avec les femmes ouvrières). La stratégie appliquée à chacun de ces PE est similaire, sans différenciation spécifique en fonction des besoins des groupes-cibles particuliers qu'ils sont sensé desservir.

b - Indicateur : Cohérence des zones d'intervention des PE avec les zones de concentration des groupes-cibles ; Pourcentage de couverture de besoins

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Cf. indicateur précédent.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Chaque implantation peut justifier d'un rattachement, parfois discutable, avec les groupes cibles. Globalement, cependant, le choix des PE et donc des PPS n'est pas lié à la recherche d'une couverture géographique des zones de fortes concentration d'un groupe-cible particulier, notamment des groupes critiques au sens du CPAP : jeunes ou vulnérables.

c - Indicateur : Existence d'une coordination entre PE pour atteindre la masse critique en termes de réponse aux besoins ou de leadership thématique

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les revues semestrielles constituent les seules activités conjointes partagées par les PE. Il existe des mécanismes informels de références entre des PE évoluant dans une même aire géographique. Leurs relations sont fondamentalement marquées par une concurrence pour les financements extérieurs, pour une même niche de marché.

d - Indicateur : Pourcentages des adolescent(e)s dans les bénéficiaires des services de PF dans les zones d'intervention de l'UNFPA

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec 100% des PE de l'UNFPA sur la période.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les données ne sont pas désagrégées par âge par les PE. Ils ne proposent pas de service spécifique pour les jeunes et les adolescentes. Dans la mesure où le cadre légal n'est pas porteur, voir n'autorise pas les services PF auprès des jeunes adolescentes, il est probable qu'ils sont exclus des PPS de l'UNFPA.

e - Synthèse pour le critère de jugement

L'approche stratégique de l'UNFPA de faire appel à un ensemble de partenaires clés pour atteindre les groupes sans accès aux services de santé reproductive n'a pas eu les résultats escomptés. Les PE sont localisés dans des zones défavorisées où ils sont susceptibles de toucher ces groupes. Cependant, il n'offre pas un service distinct pour les jeunes et les adolescents. Le problème de la fourniture de soins aux mineurs (moins de 17ans) sans la présence de leurs parents n'est pas résolu par les autorités compétentes (MSPP, Justice et législatif) et il n'y a pas eu de plaidoyer sur ce thème ni de dialogue politique entre les acteurs concernés. La problématique des jeunes de 18-24 ans est différente, il s'agit le plus souvent de personnes au pouvoir d'achat très limité ou ayant un emploi du temps restreints (écoles, universités) et qui sont très sensibles à la qualité des services offerts. Les PE n'ont pas mis en œuvre des interventions particulières pour cette clientèle.

D. Critère de jugement : Les effets auxquels les activités de santé reproductive appuyées par le UNFPA a contribué sont durables socialement, financièrement et institutionnellement
a - Indicateur : Durabilité sociale - Degré d'appropriation par les communautés des messages PF et solutions contraceptives promues par l'UNFPA (notamment auprès des jeunes et des adolescents)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Appui au ministère de l'éducation nationale :

Plaidoyer et dialogue politique

- *Implémentation de clubs de santé dans les écoles*
- *Sensibilisation des jeunes et adolescents sur la SSRAJ*
- *Appui au centre de documentation sur la santé dans les écoles*
- *Appui à la promotion de l'approche « investir dans les jeunes » à travers les activités intersectorielles*
- *Vers l'intégration à terme de la SR dans le curriculum en collaboration avec les autres directions spécialisées du MENFP dont la direction du curriculum. » Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique MENFP/UNFPA novembre 2015*

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Réduction des barrières de transmission intergénérationnelle des connaissances en SR ;

Financièrement intégration dans le curriculum permet de faire l'économie des intervenants externes et des cout ultérieurs pour informer et éduquer les adultes dans le futur.

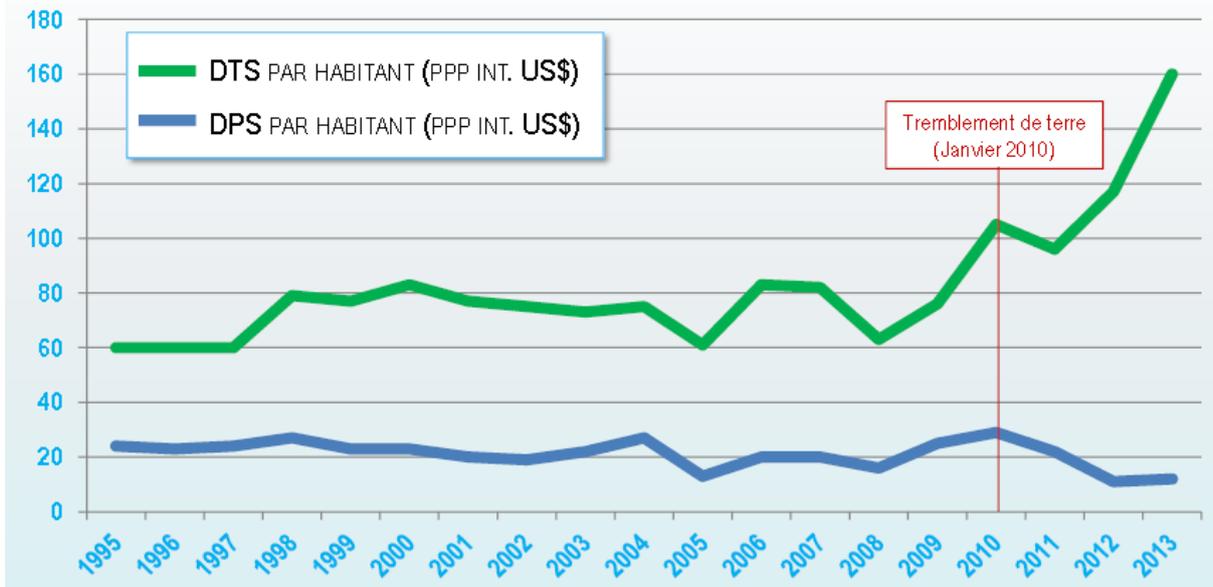
Le secteur éducation

b - Indicateur : Durabilité financière - évolution des budgets consacrés par le MSPP au fonctionnement des services PF dans les structures de santé

i) Extraits détaillés de la documentation

« L'analyse de l'évolution des dépenses de santé en Haïti permet certains constats : un engagement insuffisant de l'état en faveur de la sante, une part trop importante des dépenses directes des ménages en sante, la volatilité des financements externes et le « contournement » de l'état. la stratégie nationale du financement de la sante en cours d'élaboration doit viser la correction de ces constats pour favoriser les progrès vers la couverture sante universelle. (...) En avril 2015, le Ministère de la santé publique et de la population (**MSPP**) de la République d'Haïti et quelques-uns de ses partenaires ont mis en place un comité technique chargé d'élaborer la stratégie nationale du financement de la santé. » Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

FIGURE 2 DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT EN US\$ INTERNATIONAUX (PPP)

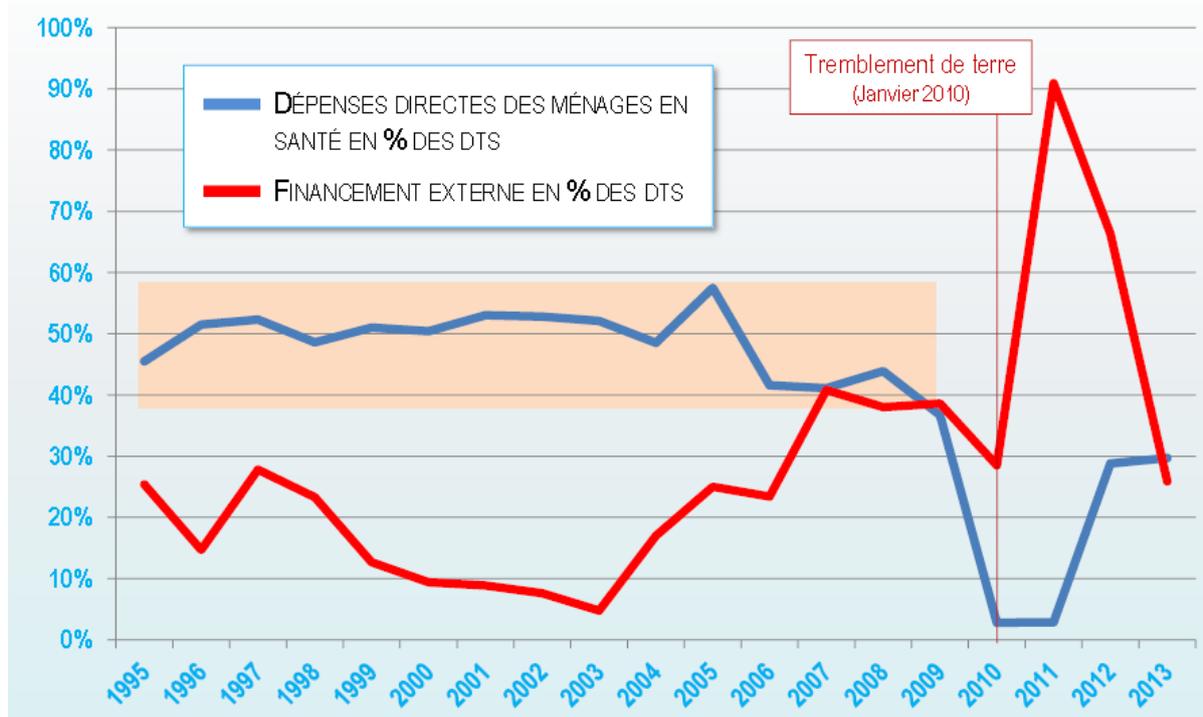


Source : Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

« Les dépenses publiques de santé par habitant naviguent entre 19 et 29 dollars internationaux de 1995 à 2011 (à l'exception des 13 et 16 dollars internationaux en 2005 et 2008) et descendent à 11 et 12 dollars internationaux en 2012 et 2013. Ainsi la contribution relative de l'État (DPS) suit une tendance séculaire à la baisse. Elle était comprise entre 30 et 40% dans la seconde moitié des années 90, elle se situait globalement entre 20 et 30% de 2000 à 2011, elle est inférieure à 10% en 2012 (9%) et 2013 (8%). L'augmentation des dépenses totales de santé (DTS) par habitant est donc imputable à l'augmentation importante et continue des dépenses privées.

(...) La part des dépenses de sécurité sociale en santé dans les dépenses publiques de santé est systématiquement nulle. À contrario, sauf conditions particulières, telle la situation créée par les événements de 2010, la part des dépenses directes des ménages en santé est extrêmement élevée, comprise entre 40 et 60%, et même supérieure à 50% plus d'une année sur deux (figure 4). Cela illustre l'absence totale de protection financière contre le risque maladie en dehors de crises majeures. On note néanmoins que la part de ces paiements directs est inversement proportionnelle à celle du financement externe du secteur (figure 4). Le financement externe réussit donc à diminuer les dépenses de santé des ménages.

FIGURE 4 FINANCEMENT EXTERNE ET DÉPENSES DIRECTES EN % DES DTS



Source : Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

(...) Des dépenses totales de santé de 5 à 7% du PIB sont des niveaux que l'on retrouve dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire [7]. Cependant, pour la part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses publiques, en baisse depuis 20 ans, il ne reste maintenant plus qu'un seul pays dans le monde, en dessous d'Haïti : la Birmanie [7]. De même en valeur absolue, seule la Birmanie de nouveau, fait moins bien que les 12 et 11 dollars de dépenses publiques de santé par habitant du gouvernement haïtien en 2012 et 2013 [7]. Ces derniers montants ne correspondent pas à une situation particulière. Ce sont des ordres de grandeur que l'on constate depuis la fin des années 90 à l'exception de 2009, 2010 et 2011. Ainsi, la santé n'est pas une priorité dans le budget national de l'État haïtien malgré l'objectif de 15% de dépenses publiques en santé fixée en 2012 (figure 3) [9].

(...) Il est démontré que 20 à 30% de dépenses directes des ménages en santé dans les dépenses totales de santé signifie l'inaccessibilité des services de santé pour une partie importante de la population. »

Notes d'information stratégique UEP/MSPP, Novembre 2015

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la DSF/MSPP ; La contribution de l'UNFPA représente 30% des dépenses de la DSF.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La durabilité financière des interventions appuyées par l'UNFPA en faveur de la PF n'est pas acquise. Les dépenses publiques allouées par l'État à la santé en général sont de l'ordre de 1/8^{ème} de la norme OMS, et donc pratiquement la plus faible du monde. La participation de l'État à l'approvisionnement et à la distribution des méthodes PF est limitée. L'interruption des appuis extérieurs produirait un quasi arrêt des prestations et une rupture rapide des approvisionnements, notamment pour les méthodes de longue durée. Pour mémoire, la contribution de l'UNFPA représente 30% des dépenses de la DSF (dont une part en salaires).

Il n'existe pas de données spécifiques sur le financement public de la PF, notamment pas la DSF. L'essentiel des approvisionnements sont assurés par les financements extérieurs, en particulier l'OMS et l'UNFPA. Cette externalisation des dépenses de santé est démontrée dans la note de novembre 2015 de l'OMS : « L'évolution des dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales confirme le manque d'engagement de l'État dans la santé (figure 3). Elles sont passées

progressivement de plus de 20% au milieu des années 90 à 5% et moins depuis 2011. (...) seule la Birmanie de nouveau, fait moins bien que les 12 et 11 dollars de dépenses publiques de santé par habitant du gouvernement haïtien en 2012 et 2013. ». Les financements extérieurs sont volatiles pour le secteur santé, notamment avec les financements des ONG par exemple après le séisme. Le SNU est un facteur de stabilisation des dépenses, principalement pour les approvisionnements.

La durabilité des acquis est également limitée par l'absence de système de protection sociale (entretien avec l'UNICEF) mais aussi par le principe de gratuité quand les dépenses de santé ne sont pas prises en charge par un tel système. La note MSPP/OMS préconise un système de péréquation qui est mieux adapté à la situation des dépenses publiques d'Haïti : « Autrement dit, pour offrir à tous le droit à la santé sans risque de s'appauvrir, il est important de rendre obligatoire les contributions des personnes qui peuvent payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance et de trouver les moyens que l'État puisse payer les institutions prestataires de services pour les plus démunis. » Naturellement, cela suppose que les niveaux de services des PPS aient été améliorés et homogénéisés, ce qui est loin d'être le cas.

c - Indicateur : Durabilité institutionnelle : degré de renforcement des capacités en conseils et techniques PF au niveau de la programmation, la budgétisation et de la mise en œuvre de la stratégie du MSPP

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretien DSF, ISNSF et SONUB : Sous-comité de coordination du programme de planification familiale ; Enquête périodique sur les produits et services de santé de la reproduction ; Équipes départementales mobile de formation.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La DSF n'a pas bénéficié spécifiquement d'un renforcement de capacité ; les revues font état d'actions de renforcement de capacité qui sont en fait un appui financier (salaires, logistique) et technique sans rapport avec le développement des compétences personnelles et collectives des cadres de la DSF (comme des autres PE de l'UNFPA). Les procédures administratives n'ont pas été spécifiquement améliorées et les cadres rencontrés (hors direction de la DSF) ne disposent pas du bagage technique et administratif nécessaire à la réalisation dans de bonnes conditions des missions de la DSF.

L'INSF est encore entièrement dépendante des financements (salaires et autres dépenses) de l'UNFPA. Le projet d'intégration de l'Institut à l'Université d'État d'Haïti est considéré depuis sa création mais n'a pas trouvé le début d'une matérialisation, de la même manière qu'une contribution financière directe du MSPP. Il n'y a pas eu non plus pendant la période un effort de l'institut pour diversifier ses sources de financement.

d - Synthèse pour le critère de jugement

Les acquis dans le domaine de la santé de la reproduction sont assez faibles. Le ministère de l'éducation nationale a pris l'engagement d'intégrer la santé reproductive dans le curriculum scolaire. Ceci pourrait contribuer grandement à améliorer les connaissances, les attitudes et l'adoption de comportements favorables à la santé de la reproduction par les jeunes qui fréquentent le milieu scolaire. Il faudrait néanmoins que l'UNFPA et les partenaires soutiennent cet engagement jusqu'à sa concrétisation. L'INSF qui assure la formation de professionnels pour améliorer la qualité des soins n'a pas bénéficié des mesures d'accompagnement pour garantir sa pérennité. Le cadre légal pour les professionnels de la santé de la reproduction n'a pas été élaboré. Les mécanismes financiers pour assurer son fonctionnement ne sont pas définis.

L'adhésion des autorités aux engagements internationaux relatifs à la santé de la reproduction n'est pas concrétisée par les ajustements du cadre juridique ni par l'apport des ressources nécessaires. Les activités de planification familiale dépendent presque entièrement de l'aide externe particulièrement les intrants et la logistique. Le plan stratégique de santé reproductive et de planification familiale 2013-2016 n'est pas accompagné d'un budget pour sa mise en œuvre. L'apport de l'Etat par rapport aux objectifs qu'il s'est fixé n'est pas connu.

Il n'y a pas eu un renforcement des capacités de la DSF pour assurer le leadership dans le domaine de la santé de la reproduction. Les initiatives pour doter la DSF d'outils pour la gestion stratégique du secteur (monitoring, cartographie) n'ont pas abouti à l'émergence de nouvelles approches de gestion.

7.4.3 Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à améliorer durablement la production et l'utilisation des informations et des données démographiques et socio-économiques dans les documents de politique et les plans d'action, ainsi que dans le suivi de leur mise en œuvre ?

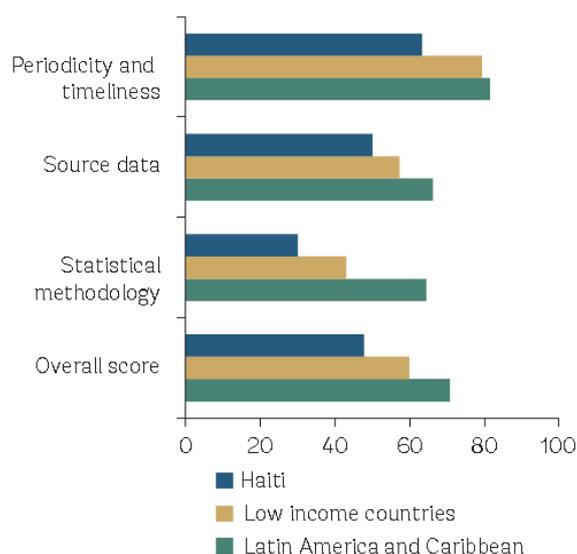
A. Critère de jugement : L'UNFPA a contribué à développer un système intégré de données pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques dans ses domaines d'intervention, en particulier avec la mise à jour du RGPH

a - Indicateur : Effets CSI - Dynamique des populations et ses liens réciproques avec les besoins des jeunes (y compris les adolescents), la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille), l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté abordée dans les stratégies et plans de développement nationaux et sectoriels. (i) Nombre d'enquêtes nationales permettant d'évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement ; (ii) Mise en œuvre du Recensement de la population et de l'habitat (en 2013) et diffusion des analyses.

i) Extraits détaillés de la documentation

« There is limited evidence to inform planning and targeting of programs and policies. According to the Statistical Capacity Indicator (SCI), a composite index that takes into account statistical methodology, source data and periodicity, Haiti ranks below comparator countries (figure 1.13). As a result and despite the progress that has resulted from surveys such as the Demographic and Health Survey (MSPP, IHE, and ICF International 1994, 2000, 2006, 2013), Haiti is still characterized by a dearth of data and reliable statistics. The census is being continuously delayed, for instance.” World Bank, Haiti – Towards a new narrative, 2015.

FIGURE 1.13 Statistical Capacity Indicator, 2014 (0=Lowest, 100=Highest)



Source: World Bank.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec IHSI et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

(i) Nombre d'enquêtes nationales permettant d'évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement : L'UNFPA a cofinancé et soutenu la mise en œuvre de l'EMMUS 5. Il n'y a pas eu d'autres enquêtes nationales majeures pendant la période couverte par l'évaluation. L'UNFPA n'a pas appuyé d'autres études et recherches permettant d'évaluer ou d'éclairer les progrès accomplis en vue de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement.

(ii) Mise en œuvre du Recensement de la population et de l'habitat (en 2013) et diffusion des analyses : Le RGPH n'a pas été mis en œuvre. L'UNFPA a soutenu sa préparation (cf. ci-dessous) et à organiser les réunions de montage du financement (avec la banque mondiale principalement). Le bouclage du financement a eu lieu pendant la présente mission.

b - Indicateur : CPAP (produit) : Le système statistique national possède une capacité accrue à collecter, produire et diffuser des données socioéconomiques fiables ventilées par tranches d'âge afin d'améliorer les politiques de santé sexuelle et procréative aux échelons national et local. (i) Nombre d'experts techniques soutenus par l'UNFPA appartenant à certaines administrations habilités à collecter, analyser et diffuser les données des enquêtes et des recensements, y compris en situation de crise humanitaire. (ii) Nombre d'administrations en mesure d'appliquer les directives du système statistique national pour la mise à jour de statistiques normalisées de la violence sexiste, de la santé sexuelle et procréative et de la jeunesse

i) Extraits détaillés de la documentation

PTA et revues annuelles 2013, 2014 et 2015.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec IHSI ; le MCFDF et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA appuie depuis 2015 (55,000 \$) l'élaboration de la stratégie nationale de développement de la statistique mise en chantier par le gouvernement en 2014. L'IHSI a la responsabilité de cette activité. Il a été appuyé par l'organisation d'ateliers interministériels de sensibilisation. La revue annuelle 2015 ne fait pas état de progrès significatifs.

À ce jour, le gouvernement ou l'IHSI n'ont pas émis de directives pour la mise à jour de statistiques normalisées de la violence sexiste, de la santé sexuelle et procréative et de la jeunesse. L'IHSI n'a pas de responsabilité claire à ce sujet. La seule initiative appuyée par l'UNFPA se rapportant à cet indicateur est la prise en compte des données relatives à la santé reproductive dans les enquêtes du RGPH. Elles ne constituent pas une directive, donc une approche normative qui s'impose aux autres administrations. Les données sur la santé procréative des jeunes et les VBG ne sont pas collectées dans le cadre du recensement.

Pour ce qui est des VBG, la seule initiative gouvernementale est celle réalisée par le MCFDF avec l'appui financier et technique de l'UNFPA. La base de données ne constitue pas une directive au sens de l'indicateur.

c - Indicateur : Contribution technique et financière à la réalisation du RGPH (en 2013), avec des éléments sur la mortalité maternelle (S3.1)

i) Extraits détaillés de la documentation

PTA et revues annuelles 2013, 2014 et 2015 ; données ATLAS.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec IHSI et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA a eu sur la période sous revue une contribution à la fois financière (858 000\$; axée sur la réalisation de la mise à jour de la cartographie des zones d'énumération) et technique (axée sur l'accompagnement à la préparation des opérations de recensement, avec plusieurs missions d'appui). La cartographie a été réalisée et a été évaluée positivement par les missions d'appuis déclenchées fin 2015 et début 2016. Il reste quelques zones non couvertes (quartiers populaires à Port-au-Prince) qui n'avait pas été intégrées au programme initial de l'UNFPA. Un recensement pilote avait été prévu en 2015 mais n'a pas été réalisé. Le taux de décaissement des budgets mis à disposition par l'UNFPA n'ont

été consommés qu'à 50% (Atlas). Les données relevant des domaines d'intervention de l'UNFPA ont été prises en compte dans les formulaires d'enquête (entretien IHSI).

Une mission d'appui a été déclenchée en 2015 (expert du bureau régional) et 2016 (coopération Sud-Sud) pour tester le degré de préparation de l'IHSI. Elles ont constitué des apports techniques précis et ont couvert de manière exhaustive les nombreux aspects de la préparation des opérations d'enquête, de recollement et de traitement. Les lacunes identifiées ont permis en outre de préciser le contenu de l'appui à mobiliser par l'UNFPA (profil et TDR du CTP) qui a été recruté courant mars 2016. (entretien IHSI)

Enfin, l'UNFPA a eu un rôle stratégique en février-mars 2016 pour animer la coordination des bailleurs de fonds et finaliser le montage financier du RGPH. La Banque Mondiale s'est engagée à assurer l'essentiel des ressources pour la mise en œuvre du recensement.

d - Indicateur : Degré de leadership technique de l'UNFPA dans le dialogue de politique à différents niveaux (politique P&D, programmation des grandes enquêtes)

i) Extraits détaillés de la documentation

PTA et revues annuelles 2013, 2014 et 2015 ; données ATLAS.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec IHSI et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le leadership de l'UNFPA a été très différent en fonction des enquêtes. Il ne s'est pas imposé pour l'EMMUS V puisque des données essentielles pour le suivi des effets du CPAP (mortalité maternelle, particulièrement) n'ont pas été prises en compte. La coordination s'est améliorée depuis et il est probable que les besoins de l'UNFPA seront couverts par l'EMMUS VI.

À contrario, le leadership de l'UNFPA s'est clairement affirmé et est reconnu par les autres agences du SNU et le Gouvernement pour le RGPH.

Il n'y a cependant pas à ce jour de politique P&D au niveau du gouvernement. La dimension « population » constitue le dernier « P » de MSPP mais la direction concernée a des attributions relatives à la politique de natalité, pas de données. La tutelle de l'IHSI est le Secrétariat d'État au Plan qui n'a pas à ce jour édicté de normes spécifiques ni identifié un cadre stratégique pour la production et l'utilisation des statistiques nationales (une stratégie nationale de développement de la statistique est en cours d'élaboration depuis 2014). L'appui de l'UNFPA en 2015 a permis d'organiser des ateliers de sensibilisation mais sans qu'un projet de document n'ait été soumis à la mission d'évaluation (mars 2016).

e - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA n'a pas contribué à développer un système intégré de données pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques dans ses domaines d'intervention. Son action a été jusqu'en 2014 uniquement concentrée sur la préparation du RGPH (initialement prévu en 2013). Ce n'est qu'avec le PTA de IHSI de 2015 que l'appui à l'élaboration d'une stratégie de développement de la Statistique, suite à la décision en 2014 du gouvernement de lancer ce chantier. Les prémisses d'un système intégré dans les domaines d'intervention de l'UNFPA ne sont pas en place. L'UNFPA a appuyé des activités isolées avec ses deux ministères partenaires (MSPP, MCFDF ; cf. QE spécifiques), à visée principalement opérationnelle, sans mise en perspective avec la démarche statistique et d'information de la décision et de la planification. L'instabilité gouvernementale et l'impossibilité pendant la période de faire acter une nouvelle réglementation par la représentation nationale ont fortement contribué à cette absence de résultat.

L'appui de l'UNFPA a été essentiel pour faire avancer la préparation du RGPH. Il a été mis en œuvre régulièrement au cours des 4 années du programme, sur la base d'une progression définie sur une base technique avec l'IHSI. Si les budgets mis à disposition par l'UNFPA n'ont été en moyenne consommés qu'à hauteur de 50%, les activités de préparation (cartographie des zones d'énumération) ont été des contributions importantes. L'UNFPA a accompagné l'IHSI sur la durée, avec en particulier une mission d'évaluation du degré de préparation du RGPH fin 2015 réalisée par un expert du bureau

régional. Le calendrier de mise en œuvre du RGPH est resté incertain jusqu'en mars 2016, avec la décision de financement de la Banque Mondiale pour laquelle l'UNFPA a joué un rôle central. Le RGPH sera réalisé en 2017, avec donc 4 années de retard sur les prévisions.

B. Critère de jugement : L'UNFPA a contribué à mieux faire intégrer par les partenaires les dynamiques démographiques, la santé reproductive et l'égalité des sexes dans la planification nationale, sectorielle et locale
a - Indicateur : CPAP (produit) - Le Gouvernement et les organisations de la société civile possèdent une capacité accrue à utiliser les données sociodémographiques pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative : Nombre d'administrations soutenues par l'UNFPA afin d'utiliser les données actualisées des recensements et enquêtes pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative

i) Extraits détaillés de la documentation

« L'objectif du Cepode qui entend doter le pays d'une masse critique d'experts capables de relever les défis relatifs à l'intégration de la variable population dans les plans et projets de développement. »
<http://www.alterpresse.org/spip.php?article15718>

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le CEPODE et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'appui de l'UNFPA à des administrations afin d'utiliser les données des recensements et enquêtes pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative est mis en œuvre par la Faculté des Sciences Humaines (FASH) dans la cadre d'une formation spécifique « Population et Développement » (Maîtrise en population et développement, MAPODE, du Centre en population et développement, Cepode). L'objectif du Cepode qui entend doter le pays d'une masse critique d'experts capables de relever les défis relatifs à l'intégration de la variable population dans les plans et projets de développement. La 1^{ère} promotion (2009-2011) a été diplômée en décembre 2013. La MAPODE est ouverte sur concours aux cadres des ministères, qui disposent d'un aménagement de leur temps de travail pour participer à la formation.

Dans les faits, le CEPODE, dont l'encadrement est financé par l'UNFPA sur toute la période couverte par l'évaluation (640 000\$; données Atlas), s'est autonomisé par rapport aux objectifs de l'UNFPA. Il n'y a aucune visibilité quant à la réalité de la participation des cadres de la fonction publique à la MAPODE (entretiens). Le cursus n'est pas documenté mais est apparu extrêmement généraliste, donc peu propice à utiliser les données pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics. Les recherches réalisées par les étudiants ne recouvrent pas les domaines d'intervention de l'UNFPA. Les affectations professionnelles des diplômés MAPODE ne sont pas suivies.

b - Indicateur : CPAP (stratégies) - Former les agents de l'État à collecter, analyser et diffuser les données démographiques, y compris lors des crises humanitaires : Nombre de bénéficiaires de la formation initiale des cadres en population et développement et en statistiques (S3.3)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le CEPODE et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les données disponibles dans les revues ne permettent pas d'informer l'indicateur : elles n'isolent pas spécifiquement les agents de l'État dans le nombre d'étudiants des promotions. En 2014, il y avait 17 étudiants admis en MAPODE, et aucun en 2015. Il semble acquis que le CEPODE n'est pratiquement plus fonctionnel. Le séisme de 2010 a détruit les locaux aménagés par l'UNFPA et le centre travaille dans des conditions précaires.

c - Indicateur : Amélioration de la prise en compte P&D dans les documents de politiques, leur programmation et leur suivi

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le CEPODE et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Aucune évolution dans le contenu dans documents de politique, leur programmation et leur suivi n'a été mise en évidence par les interlocuteurs de la mission d'évaluation. La conjonction de l'absence d'amélioration dans la production des données des recensements et enquêtes pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes publics en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative et de l'absence de résultats de la MAPODE corroborent ce constat.

d - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA a rencontré de sérieuses limites pour contribuer à mieux faire intégrer par les partenaires les dynamiques démographiques, la santé reproductive et l'égalité des sexes dans la planification nationale et sectorielle. Il n'a pas mis en œuvre d'appui à la planification locale. L'intégralité de son appui dans le cadre de l'utilisation des données a été concentrée sur le CEPODE (Centre en population et développement, centre d'enseignement et de recherche au sein de la Faculté des Sciences Humaines, FASH). Le centre a été créé et équipé sur plusieurs programmes successifs, avec un encadrement rémunéré par l'UNFPA, au même titre que son fonctionnement. Le 5^{ème} programme s'est inscrit dans cette continuité, sur la base notamment d'une évaluation relativement neutre de cette composante dans le 4^{ème} programme.

Dans les faits, le CEPODE s'est considérablement éloigné des objectifs initiaux de l'appui de l'UNFPA. Il n'y a aucune visibilité sur l'atteinte des résultats, même lors des revues annuelles. La part des agents de l'État dans les étudiants n'est pas connue, ni leur administration de rattachement, ni encore leur carrière après l'obtention du diplôme. L'adaptation du cursus aux domaines, thématiques et approches de l'UNFPA est marginale. Les thèmes de recherche ne sont qu'exceptionnellement cohérents avec les besoins d'analyse et de plaidoyer pour la SR ou l'égalité des droits. Les cahiers du CEPODE n'ont présenté à ce jour que le résumé de deux mémoires de recherche des étudiants.

C. Critère de jugement : Les résultats auxquels les activités de P&D appuyées par l'UNFPA ont contribué sont durables financièrement et institutionnellement, en particulier en termes de développement des capacités

a - Indicateur : Degré de mise en œuvre de la relève progressive du financement du programme de la MAPODE par l'Université d'État d'Haïti (S3.2)

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le CEPODE et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La prise de relai des financements de l'UNFPA pour le fonctionnement du CEPODE n'est pas à l'ordre du jour. L'Université d'État d'Haïti fait face à des difficultés financières chroniques et n'est pas en mesure de s'engager pour l'appui du centre. Le CEPODE continue à être 100% dépendant de l'UNFPA pour son fonctionnement.

b - Indicateur : Position hiérarchique et stabilité des bénéficiaires de la formation P&D

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le CEPODE et le chargé de projet (p.i.)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La carrière des agents de l'État diplômés de la MAPODE n'est pas suivie par le CEPODE.

c - Synthèse pour le critère de jugement

Les résultats auxquels les activités de P&D appuyées par l'UNFPA au travers du CEPODE ont contribué ne sont durables ni financièrement, ni institutionnellement. La prise de relai du financement du centre par l'Université d'État ne s'est pas concrétisée malgré le fait qu'elle ait été évoquée depuis des années. Les difficultés financières de l'Université comme de l'État ne permettent pas d'envisager une évolution positive même à moyen terme. Le CEPODE n'a pris aucune initiative pour trouver des financements complémentaires ou de substitution.

La pérennité du développement de capacité des agents de l'État est indépendant des performances du CEPODE. Elle supposerait un accord entre le centre et les administration d'origine des diplômés pour une valorisation de la carrière des diplômés, ce qui n'a pas été mis en place.

7.4.4 Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué (i) à l'intégration de l'égalité des sexes et des droits de la reproduction des femmes dans le cadre législatif, réglementaire et dans les politiques sectorielles, et (ii) à l'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre, et la prise en charge médicale des victimes, notamment pendant les crises humanitaires ?

Le MCFDF est l'entité appuyé par le FNUAP qui est responsable :

- D'intégrer l'égalité des sexes et des droits de la reproduction des femmes dans le cadre législatif, réglementaire et dans les politiques sectorielles,
- De veiller, en termes d'orientations stratégiques et de concert avec d'autres entités du système dont le MSPP, à l'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre, et la prise en charge médicale des victimes, notamment pendant les crises humanitaires.

En lien avec la programmation et le plan d'action de l'UNFPA, les aspects qui relèvent du mandat du MCFDF :

- La Coordination stratégique et opérationnelle de la prévention et la réponse à la VBG
- L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politique et programme sur l'égalité des sexes
- L'habilitation d'experts techniques dans la coordination et la direction les efforts de lutte contre la violence sexiste y compris en situation de crise humanitaire
- L'intégration des préoccupations genre dans les réflexions et les actions qui touchent le budget, les cadres réglementaire, législatif et politiques sectorielles

Pour faciliter la synthèse et éviter les redondances, nous regroupons parfois

- Les extraits de la documentation
- Les autres éléments d'informations (entretiens, observations)
- Les principaux résultats au niveau des indicateurs

Nous faisons ressortir les résultats de l'appui de l'UNFPA aux actions du MCFDF en matière de cadre stratégique, législatif et réglementaire pour l'égalité des sexes, les VBG et pour la prise en charge des soins médicaux.

Sur le plan opérationnel, nous analysons à la fois le travail du MCFDF et des autres PE. Le regard sera porté principalement sous deux angles :

- L'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre,
- La prise en charge médicale des victimes.

A. Critère de jugement : Les compétences techniques auquel l'UNFPA à contribuer au MCFDF en matière d'égalité des sexes et de droits de la procréation ont été internalisées, utilisées et pérennisées

a - Indicateur : Degré de consolidation du leadership du MCF et ses capacités techniques, dans la coordination stratégique et opérationnelle de la prévention et la réponse à la VBG

i) Extraits détaillés de la documentation

« Articulation avec le cadre programmatique :

Outcome 3 du plan stratégique: Progression de l'égalité de genre, l'autonomisation des femmes et des filles et les droits reproductifs incluant les femmes les plus vulnérables et marginalisées, les adolescents et les jeunes.

Outcome de l'ISF: Une politique de protection contre la violence, les abus et l'exploitation des groupes vulnérables, notamment les femmes, les enfants et les personnes déplacées, est développée et les mesures d'application mises en œuvre

PSDH: L'output va contribuer aux objectifs nationaux du Pilier refondation sociale du Plan Stratégique de Développement d'Haïti horizon 2030, en particulier ceux qui visent à: i) accroître l'accès aux services de santé; et ii) assurer l'égalité en genre.

Outcome du plan stratégique: Renforcer l'accès équitable des populations, notamment des groupes vulnérables aux services sociaux de base, en renforçant la capacité des institutions nationales à mettre en œuvre des politiques et programmes répondant aux attentes des femmes et des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire.

Principaux Produits du CPD/CPAP - Output: Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des femmes et des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire. » CPAP

Synthèse à partir des documents de référence pour les données : PTA et Revues du MCFDF de 2013-2015

Les résultats attendus pour l'ensemble du programme (2013-2016) porte sur le renforcement des capacités des cadres du MCFDF (central et départemental) et des organisations impliquées dans la gestion des structures d'hébergement et la collecte des données; sur des actions visant la prévention et la réponse à la violence notamment par la fourniture de services de prise en charge.

PTA 2013. Pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du programme pays et dans un souci de renforcement du leadership du MCFDF dans son rôle transversal qui est travaillé à l'émergence d'une société égalitaire pour ses composantes des deux sexes, ce PTA prend en compte les activités suivantes.

- Renforcement des capacités des cadres du MCFDF impliquées dans la gestion des structures d'hébergement
- Élaboration d'un guide de supervision maisons d'hébergement
- Renforcement des liens avec les institutions fournisseurs de services et acteurs œuvrant dans la prise en charge des victimes de violence
- Préparation et la réponse aux VBG
- Une assistance technique pour appuyer la transition du SC VBG vers un mécanisme national de coordination sous la direction du MCFDF ;
- Le renforcement des capacités Directions départementales du MCFDF et des Organisations à *prévenir et à répondre aux VBG par la collecte des données devant alimenter le système central. » présentation résultats 2013 : Contribution au document de capitalisation sur les activités du SNU en Haïti en matière d'égalité de genre. Chargée du programme.

Axe : Prévention et réponse aux VBG et en situation d'urgence.

- Renforcement des acteurs étatiques et de la société civile dans la coordination de la prévention et réponse aux VBG et du genre.
- Préparation et réponse au VBG.

- Projet de la fondation ELMA autour de l'éclairage des quartiers de retour des camps.

Axe offre de service

- Appui au centre d'hébergement par l'élaboration d'un guide de supervision pour le contrôle de qualité des services offerts par ces maisons d'hébergement.
- Le renforcement des liens avec les différentes institutions fournisseurs de services et des acteurs œuvrant dans la prise en charge des victimes de VBG.
- Appui la prise en charge des VBG dans 2 SONUB : maternité Petite Place Cazeau /CDS/Maternité Jean Denis/ZL.
- Projet HTI4G43A « Cohésion sociale et prévention » avec le MCFDF.

Axe : renforcement des capacités des acteurs (MCFDF)

- Formation de cadres
- Renforcement de 4 directions départementales du MCFDF (en matériels de bureau et informatiques fournis par des fonds espagnols (ESC41) au niveau de 4 des 10 coordinations départementale (Sud, Nord-est, Nord- Ouest, Artibonite) dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PTA 2013, pour la collecte des données devant alimenter le système central.
- Appui à la transition du sous-cluster VBG vers une coordination nationale sous le leadership du MCFDF (renforcer et stabiliser les ressources humaines de qualité pour appuyer la coordination et la gestion).

Axe plaidoyer et dialogue de politique

Appui aux actions de plaidoyer, de sensibilisation et de communication

Domaine d'intervention PTA 2014/ 2015 : Activités programmées et résultats

Activités programmées :

- Monitoring dans les départements cibles
- Développement de capacités et Réseautage (équipement bureautique, informatique et internet/UEP MCFDF,
- Appui à l'opérationnalisation base de données du MCFDF).
- Prévention et Réponse GBV (Appui au Bureau de lutte tripartite, Acquisition de kits VBG)
- Accompagnement socioéconomique des filles mères et promotion SR (Orientation, formation professionnelle et auto-emploi des filles,

Résultats présentés (revues annuelles)

Plaidoyer et dialogue de politique 2014

Niveau de progression
Non satisfait
Satisfait/ en cours
Excellent

Résultats obtenus (suite)

Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes. Ligne de base (2013): Cible (2014):		1	1	2	
La loi sur la paternité responsable est promulguée puis diffusée Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		N/A	N/A
Le projet de loi sur l'égalité des sexes est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		N/A	N/A
Diagnostic sur les inégalités de genre est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		N/A	N/A
Le rapport quadriennal sur le CEDEF est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		N/A	N/A
Le rapport Beijing +20 est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Non		N/A	N/A

Plaidoyer et dialogue politique 2015



Résultats du PTA

Niveau de progression
Non satisfait
Satisfait/ en cours
Excellent

Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 4	1	1	0	2	50
finalisation du livre blanc de la femme haïtienne (Diagnostic de la situation des femmes haïtiennes dans les 10 départements) Ligne de base (2014): Non Cible (2015): Oui	oui			-	
Lancement, vulgarisation, diffusion de la politique d'Egalité Femmes Hommes (2014-2034) et du Plan National d'Action EFH(2014-2020) Ligne de base (2014): Non Cible (2015): Oui	oui	oui	oui	-	
Finalisation de la loi cadre sur la prévention la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes			Oui	-	
Diffusion de diagnostic des inégalités de genre			oui	-	

Plaidoyer et dialogue de politique .Difficile de relever dans quelle mesure l'appui du FNUAP, à travers les activités et les actions programmées au cours de la période a permis d'obtenir ces résultats. Impression que ce sont des résultats du MCFDF qui sont ici présentés dans le rapport du partenaire.

Renforcement institutionnel 2014



Résultats obtenus



Renforcement institutionnel	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées. Ligne de base (2013): Cible (2014):	2	3	3	8	
Le système de gestion de données de VBG est fonctionnel. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui			En cours	N/A	N/A
Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit. Ligne de base (2013): Cible (2014):		9			
Nombre de visites départementales réalisées. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 2		1	1	2	
Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG. Ligne de base (2013): 3 Cible (2014): 5		7	10	17	
Nombre de rapports d'analyse sur les VBG produits. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 2			3	3	

Renforcement institutionnel 2015



Résultats du PTA



Renforcement institutionnel	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées. Ligne de base (2014): 4 Cible (2015): 6	2	2	2	6	100
Le système de gestion de données de VBG est fonctionnel. Ligne de base (2014): Non Cible (2015): Oui	Non	Non	Non	-	100
Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 17	4	6	1	11	65
Nombre de visites départementales réalisées. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 2	1	0	0	1	50
Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 5	0	0	2	2	40
Nombre de rapports d'analyse sur les VBG produits. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 3	1	1	1	3	100

Gestion de connaissance. Appui à l'opérationnalisation de la base de données au sein du MCFDF)

Offre de Service. a) Prévention et réponse GBV :(Appui au bureau de lutte). b) Accompagnement socio-économique des filles-mères et promotion SR ☺ Orientation, formation professionnelle et auto-emploi des filles)

Offre de service 2014



Résultats obtenus (suite) UNFPA

Offre de services	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de personnes victimes de VSF (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014):	-	538	128	666	
Nombre de cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014):	-	474	277	751	
Nombre de femmes violentées accompagnées. Ligne de base (2013): 55 Cible (2014): 1,00	-		405		
Nombre de Kits VBG distribués. Ligne de base (2013): Cible (2014):		100 0	0	1000	
Nombre de filles ayant bénéficié d'une formation socioprofessionnelle et auto-emploi. Ligne de base (2013): Cible (2014):			0		
Nombre de filles-mères victimes de violences accompagnées socio-économiquement. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 10			0		

Offre de service 2015



Résultats du PTA



Offre de services	T1	T2	T3	Total	%
Pourcentage de personnes victimes de violences (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées Ligne de base (2014): 0 Cible (2015):100	104	77	230	603	
Pourcentage de femmes violentées accompagnées (assistance juridique et psychosocial) au BLCVF Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 100	60	62	230	523	
Nombre de jeunes filles victimes de VSF ayant bénéficié d'une formation socioprofessionnelle et auto-emploi. Ligne de base (2014):0 Cible (2015):15	15	-	-	15	100

Contrôle interne, gestion et audit

- Montant du budget dépensé. T2 :36%, T3 :45%. Total : 81%.

Activités réalisées (au moment de la revue)

Budget total : 252,747.84 ; Dépense : 77,731.67 (45%).

- Monitoring dans les départements cibles : Budget 1000. Dépense 0%
- Développement de capacités et Réseautage : 27%
- Prévention et Réponse GBV : 35%**

- **Accompagnement socio-économique des filles mères et promotion SR : 40%**

Gestion du PTA



Gestion du PTA

Niveau de progression
Non satisfait
Satisfait
Excellent

Panier des indicateurs	T1	T2	T3	Total	%
Montant du budget dépensé. <i>Ligne de base: 0% Cible: 100%</i>	5196	48,695	58873	112,765	
Nombre de révisions budgétaires. <i>Ligne de base (2014): 3 Cible (2015): 0</i>	0	0	1	1	50
Nombre de requêtes/dépenses reconsidérées. <i>Ligne de base (2014): 5 Cible (2015): 0</i>	0	0	2	2	
Existence d'OFA. <i>Ligne de base (2014): Non Cible(2015): Non</i>	N/A	N/A	N/A	N/A	
Nombre de fournisseurs inférieur à trois (3) <i>Ligne de base (2014): 3 Cible (2015): 0</i>	0	0	0	0	100
Le salaire est payé en retard. <i>Ligne de base (2014): Oui Cible (2015): Non</i>	Oui	Oui	Oui		
Rapport d'activités remis en retard <i>Ligne de base (2014): Oui Cible (2015): Non</i>	Non	Oui	non		

Développement de capacités et Réseautage (équipement bureautique, informatique et internet/UEP MCFDF, appui à l'opérationnalisation base de données du MCFDF).

Prévention et Réponse GBV (Appui au Bureau de lutte tripartite, Acquisition de kits VBG)

Accompagnement socio économique des filles mères et promotion SR (Orientation, formation professionnelle et auto-emploi des filles, -

Outcome ISF et PP - 2015

Revue des indicateurs



Outcome de l'ISF		Pilier social		
Outcome du PP		Genre et Droits Reproductifs/ U5		
Indicateur	Ligne de base	Cible 2014	Mise a jour	MDV
1-. Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation	5		9	Rapports
Nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire	35	35	17	Rapports

<h2 style="margin: 0;">Développement des capacités</h2>	
Stratégie	Commentaires
Plaidoyer et de dialogue politique	-Marker Genre - politique d' égalité dans les institutions publiques et privées ainsi que les Ministères sectoriels
Formation des PE pour une meilleure gestion du PTA (GAR, Audit NEX)	•Ethique •Procédures de passation de marché
Assistance technique fournie (qualité et quantité) en lien avec le Genre et Droits Reproductifs	•Consultant (psychosocial, assistance juridique, opérationnalisation de la base de donnée) •Renforcement de l'Unité de Base de donnée (MCFDF)
Organisation, gestion et mécanismes de coordination du programme	•Table sectorielle genre

<h2 style="margin: 0;">Perspectives</h2>	
Ajustement	
Output du CPAP avec une brève justification des changements proposés	Pas de propositions de modifications
Indicateurs et cibles, avec une brève justification des changements proposés	Pas de propositions de modifications
Axes/Actions prioritaires pour 2015	
1.	Plaidoyer et dialogue politique : <i>Intégration systématique du Marker genre dans tous les projets</i>
2.	Gestion de connaissance: Exploitation de donnée selon les indicateurs genre
3.	Renforcement institutionnel: Renforcement des Services GBV dans les SONU/Formation en GBV des prestataires
4.	Offre de services: Disponibilité des services GBV

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Extraits des fiches d'entretien avec les cadres du MCFDF

- **Mise en place d'un système de collecte et de gestion des données.** Le principal résultat dans le cadre de ce partenariat est la mise en place d'une base de données dont les tests

d'opérationnalisation sont actuellement en cours. La base de données est présentée comme tantôt mécanisme devant générer des données sexo-spécifiques générales tantôt comme étant dédiée spécifiquement à la collecte et au traitement des données sur les violences faites aux femmes.

- **Amélioration des conditions de travail de certaines entités du ministère.** Aménagement de certains espaces (UPE, salle de conférence, bureau tripartite), matériels d'équipements,
- **Appui de ressources humaines.** Prise en charge des salaires de 2 cadres de l'UPE, de 3 cadres du bureau de lutte contre les violences faites aux femmes (BLCVFF).
- Appui technique d'une consultante pour la transition cluster VBG
- **Renforcement des capacités.** Formation sur le genre, formation sur la collecte des données pour les coordinations départementales et d'autres cadres du MCFDF au niveau central.
- Pas de partenariat ou de collaboration avec l'IHSI autour de la base de données. Aucun lien n'a non plus été mentionné avec la Concertation Nationale contre les violences faites aux femmes et le plan national de lutte contre les violences faites aux femmes dont le produit 2 est : « *Un système de gestion des informations, sur les violences spécifiques envers les femmes et les filles, est mis en place et les informations recueillies sont acheminées régulièrement aux organisations et instances concernées.* »
- Impossible d'avoir des données du BLVFF. Structure qui selon l'équipe rencontrée a permis une approche de proximité, de l'accompagnement psychologique et légale pour les victimes de violences.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les résultats attendus pour l'ensemble du programme (2013-2016) du MCFDF portent sur le renforcement des capacités des cadres du MCFDF (central et départemental) dans la collecte et l'analyse des données, la normalisation et la gestion des structures d'hébergements des victimes de violence, des actions visant la prévention et la réponse à la violence notamment par la fourniture de services de prise en charge.

Année 2013. Les activités du plan d'actions de 2013 sont dans la continuité des actions initiées après le tremblement de terre. En matière d'offres de services, les actions ont porté sur la régulation et la réglementation des maisons d'hébergement, le renforcement des capacités du MCFDF dans le domaine de la collecte et de l'analyse des données, la coordination et la gestion du secteur. Des actions de renforcement de lien avec les institutions fournisseurs de services et les acteurs œuvrant dans la prise en charge des victimes de VBG mais les résultats de cette synergie ne sont pas définis.

Les principaux résultats par axe. Référence présentation résultats 2013 : Contribution au document de capitalisation sur les activités du SNU en Haïti en matière d'égalité de genre. Chargée du programme.

Axe : Prévention et réponse aux VBG et en situation d'urgence.

- Renforcement des acteurs étatiques et de la société civile dans la coordination de la prévention et réponse aux VBG et du genre.
- Préparation et réponse au VBG.
- Projet de la fondation ELMA autour de l'éclairage des quartiers de retour des camps.

Axe : offre de service

- Appui au centre d'hébergement par l'élaboration d'un guide de supervision pour le contrôle de qualité des services offerts par ces maisons d'hébergement.
- Le renforcement des liens avec les différentes institutions fournisseurs de services et des acteurs œuvrant dans la prise en charge des victimes de VBG.
- Appui la prise en charge des VBG dans 2 SONUB : maternité Petite Place Cazeau /CDS/Maternité Jean Denis/ZL.
- Projet HTI4G43A « Cohésion sociale et prévention » avec le MCFDF.

Axe : renforcement des capacités des acteurs (MCFDF)

- Formation de cadres
- Renforcement de 4 directions départementales du MCFDF (en matériels de bureau et informatiques fournis par des fonds espagnols (ESC41) au niveau de 4 des 10 coordinations départementale (Sud, Nord-est, Nord- Ouest, Artibonite) dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PTA 2013, pour la collecte des données devant alimenter le système central.
- Appui à la transition du sous-cluster VBG vers une coordination nationale sous le leadership du MCFDF (renforcer et stabiliser les ressources humaines de qualité pour appuyer la coordination et la gestion).

Axe : plaidoyer et dialogue de politique :

- Appui aux actions de plaidoyer, de sensibilisation et de communication

Deux actions principales sont programmées pour 2014 et 2015 : l'appui à l'opérationnalisation base de données du MCFDF et l'appui au bureau de lutte tripartite pour la prévention et la réponse aux VBG.

Renforcement institutionnel.

- **Formation des PE pour une meilleure gestion du PTA (GAR, Audit NEX).** Les capacités (Ethique, passation de marché) du ministère à gérer les PTA ont été renforcées. L'UNFPA a assuré une présence constante, plus d'une douzaine de rencontres ou de réunion de suivi en 2 ans. **Le** Ministère reconnaît la qualité et la pertinence de l'appui fourni par l'UNFPA aux cadres responsables de cette section. La sous-performance en dépit des efforts des deux côtés est à mettre en relief avec la lourdeur de l'administration au sein de l'UNFPA et le choix arrêté de paiement direct.
- **Système de gestion de données sur la VBG.** Des ressources humaines sont présentes dans les services concernés mais, le système de gestion de données de VBG n'est pas encore tout à fait fonctionnel. De l'avis du MCFDF, tout est mis en place pour des tests pilotes cette année et tendre vers un passage à l'échelle suivant ce qui est prévu : la production des rapports périodiques et d'un bulletin.
- **Institutions publiques et privées renforcées** en matière d'égalité de sexe et droit. Selon le rapport du MCFDF 11 institutions ont été renforcées.
- **Visites départementales réalisées.** Très peu de visite de suivi du central vers le départemental ont été réalisées avec l'appui de l'UNFPA. Une vingtaine de cadres des directions départementales ont reçu des formations sur le genre, sur la cueillette et l'analyse des données.
- **Intégration de ressources qualifiées.** Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG. Presqu'une vingtaine de personnes ont été recrutées sur la base du partenariat avec l'UNFPA pour rejoindre des structures du MCFDF : UPE, Bureau de lutte tripartite, Unité de base de données. L'assistance technique (psychosocial, assistance juridique, opérationnalisation de la base de donnée) fournie en lien avec le genre et les droits reproductifs vise le renforcement du Ministère et l'exercice de son leadership dans ces domaines spécifiques.
- **Ressources matérielles.** Équipements bureautique, informatique et internet/UEP, DPAG, BLVFF, Aménagement salle de conférence, Acquisition de kits de VBG
- **Rapports d'analyse sur les VBG produits.** Les rapports de présentation et d'analyse des données font partis des extrants les plus attendus du Ministère autant par les acteurs/partenaires nationaux et internationaux. Ces rapports doivent servir à alimenter la réflexion et l'action dans le domaine.
- Les données recueillies font état d'une moyenne de trois rapports par année. Autant au ministère qu'au FNUAP nous n'avons pas pu nous rendre compte de la pertinence de ces rapports : outils, type de données recueillies, provenance de ces données, les stratégies d'évitement des doublons, etc.

- **Cueillette et analyse des données.** Flou également sur qui et comment officiellement se fait la cueillette et l'analyse des données nationales sur les violences basées sur le genre. Un des produits du Plan National de lutte (2012-2016) est la mise en place d'un système de gestion des informations, sur les violences spécifiques faites aux femmes et aux filles, et l'acheminement régulier des informations aux organisations et instances concernées. Les activités annoncées dans le plan sont :
 - Collecte de données quantitatives sur les violences spécifiques envers les femmes/filles ;
 - Analyse des informations qualitatives collectées par les organisations assurant la prise en charge et l'accompagnement des victimes ;
 - Production et diffusion de rapports analytiques sur les violences spécifiques faites aux femmes/filles.
- **Organisation, gestion et mécanismes de coordination du programme.** L'UNFPA appuie la coordination des actions au niveau du MCFDF. Un des rubriques d'appui est le plaidoyer et le dialogue de politique. La table sectorielle genre a été mise en place, l'UNFPA et les partenaires se sont positionnés pour rejoindre la table et les différents sous - groupes de travail. Alors que les moyens techniques pour appuyer la structure est là que les moyens financiers sont mobilisable, le Ministère n'a pas pu ou n'a pas su jusqu'à présent tirer profit des synergies potentielles et dynamiser la table et ses sous-groupes.

Tableau : Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : Renforcement institutionnel

Renforcement institutionnel	2014	2015
Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées.	8	6
Le système de gestion de données de VBG est fonctionnel.	En cours	En cours
Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit.		11
Nombre de visites départementales réalisées.	2	1
Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG.	17	2
Nombre de rapports d'analyse sur les VBG produits.	3	3
Plaidoyer et de dialogue politique	*Marker Genre *Politique d'égalité dans les institutions publiques et privées ainsi que les Ministères sectoriels	
Formation des PE pour une meilleure gestion du PTA (GAR, Audit NEX)	*Ethique *Procédures de passation de marché	
Assistance technique fournie (qualité et quantité) en lien avec le Genre et Droits Reproductifs	*Consultant (psychosocial, assistance juridique, opérationnalisation de la base de donnée) *Renforcement de l'Unité de Base de donnée (MCFDF)	

Organisation, gestion et mécanismes de coordination du programme	<ul style="list-style-type: none"> Table sectorielle genre
Ressources humaines (développement de capacités)	<p><i>*Opérationnalisation de la base de données.</i> Paiement de salaires de cadres experts (8) en base de données : statisticien,</p> <p><i>*Prévention et Réponse GBV.</i> Fonctionnement du bureau de lutte tripartite. Paiement des salaires de cadres techniques (3) du BLVFF (psychosocial, assistance juridique)</p> <p><i>*Formations de 20 cadres sur le genre et la cueillette des données sur les violences</i></p>
Matériels et équipement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Équipements bureautique, informatique et internet/UEP, DPAG, BLVFF ✓ Aménagement salle de conférence ✓ Acquisition de kits de VBG

Offre de service

Pour ce cycle de programme, l'offre de service en matière d'Egalité de sexes et de droits à la procréation devait porter sur :

- L'amélioration de la prévention des violences basées sur le genre
- La prise en charge médicale des victimes,
- La planification de l'offre de service dans les domaines précités pendant les crises humanitaires.

Les données présentées par le MCFDF :

- Personnes victimes de VSF (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées.
 - 2014 : 666 et 2015 : 603
- Cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique : 751
- Femmes violentées accompagnées. 2014 : 405 2015 : 523
- Kits VBG distribués : 2000
- Filles ayant bénéficié d'une formation socioprofessionnelle et auto-emploi :15
- Filles-mères victimes de violences accompagnées socio économiquement :15

Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : *Offre de service 2014- 2015*

Offre de services	2014	2015
Nombre de personnes victimes de VSF (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées.	666	603
Nombre de cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique.	751	-
Nombre de femmes violentées accompagnées.	405	523

Nombre de Kits VBG distribués.	1000	1000
Nombre de filles ayant bénéficié d'une formation socioprofessionnelle et auto-emploi.	0	15
Nombre de filles-mères victimes de violences accompagnées socio-économiquement.	15	-----

Plaidoyer et dialogue de politique

Dans cette sous composante, l'UNFPA devait renforcer la capacité d'institutions et d'organisations à influencer les processus politiques et de prise de décision concernant l'égalité et les droits des femmes, à prendre part au suivi des politiques dans ces domaines. et à favoriser le travail en réseau entre ces organisations.

Le choix de ces institutions et organisations devait se baser sur :

- ✓ L'implication avérée de ces organisations dans le domaine de l'égalité. La faiblesse de l'organisation en soi peut ne pas constituer une limite dans la mesure où l'appui de l'UNFPA peut consister à aider l'organisation à renforcer ces capacités dans le domaine.
- ✓ Leur engagement dans le développement d'actions de plaidoyer et de suivi des politiques d'égalité des sexes et des droits à la procréation, leur volonté de participer activement à ce cycle de programmation.

La stratégie de l'UNFPA consistait à renforcer et ou à favoriser le travail en réseau entre ces organisations qu'elles soient situées dans la capitale ou dans les départements d'intervention du FNUAP.

Résultats axe plaidoyer et dialogue de politique.

Les résultats partagés pour l'axe plaidoyer et dialogue de politique se rapportent aux commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes ; les lois et projets lois soumis et ou promulgués ; les diagnostics situationnels, les documents stratégiques et rapports produits.

Le plaidoyer et le dialogue de politique portaient également sur le développement des capacités, notamment pour l'intégration systématique du Marker genre dans tous les projets; la diffusion de la politique d'égalité dans les institutions publiques et privées ainsi que les Ministères sectoriels pour une meilleure appropriation ; la gestion de connaissance par une exploitation de données selon les indicateurs genre ; le renforcement de capacités des prestataires en GBV et le renforcement institutionnel pour une prestation améliorée de service GBV dans les SONU ; la disponibilité des services GBV ; la formation des PE pour une meilleure gestion du PTA.

Tableau - Résultats axe : dialogue de politique 2014-2015

Plaidoyer et dialogue politique	Résultat	
	2014	2015
Nombre de commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes.	2	2
La loi sur la paternité responsable	Promulguée puis diffusée	

Projet de loi sur l'égalité des sexes	Soumis
Diagnostic sur les inégalités de genre	Soumis
Le rapport quadriennal sur le CEDEF	Soumis
Le rapport Beijing + 20	Soumis
Finalisation du livre blanc de la femme haïtienne (Diagnostic de la situation des femmes haïtiennes dans les 10 départements)	Ok
Lancement, vulgarisation, diffusion de la politique d'Égalité Femmes Hommes (2014-2034) et du Plan National d'Action EFH (2014-2020)	Ok
Finalisation de la loi cadre sur la prévention la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes	Ok
✓ Diffusion de diagnostic des inégalités de genre	Ok
<p>Développement des capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plaidoyer et de dialogue politique <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégration systématique du Marker genre dans tous les projets ○ Politique d'égalité dans les institutions publiques et privées ainsi que les Ministères sectoriels ✓ Gestion de connaissance <ul style="list-style-type: none"> ○ Exploitation de donnée selon les indicateurs genre ✓ Renforcement institutionnel: <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcement des Services GBV dans les SONU ○ Formation en GBV des prestataires ✓ Offre de services : <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilité des services GBV ✓ Formation des PE pour une meilleure gestion du PTA (GAR, Audit NEX) <ul style="list-style-type: none"> ○ Éthique ; ○ Procédures de passation de marché ✓ Assistance technique fournie (qualité et quantité) en lien avec le Genre et Droits Reproductifs <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultant (psychosocial, assistance juridique, opérationnalisation de la base de donnée); ○ Renforcement de l'Unité de Base de donnée (MCFDF) ✓ Organisation, gestion et mécanismes de coordination du programme <ul style="list-style-type: none"> ○ Table sectorielle genre 	

b - Indicateur : Institutions publiques et organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politique et programme sur l'égalité des sexes et les droits à la procréation

Domaine : renforcement institutionnel

Outcome de l'ISF : Pilier social. Outcome du PP : genre et droit reproductif. Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation de l'output 5 « égalité des sexes et droits à la procréation »/ Revue des indicateurs. Nov 2014

- ✓ Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation. Ligne de base 5, Cible 2014 : 0 Mise à jour : 9 (Référence : rapports)

Référence : Plan de suivi évaluation 2013 -2016. Produit 1 du Programme Pays : Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire// Outcome de l'ISF : Pilier social. Outcome du PP : genre et droit reproductif

Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation.

Cible 2016 : 4 Point de référence : 3 2013 :3 2014 : 3 2015 :4 2016 :4

Référence : Plan de suivi évaluation 2013 -2016. Effet du Plan Stratégique: Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques.

- ✓ Nombre de politiques et programmes promouvant la santé et les droits de la procréation des femmes et des adolescentes et luttant contre la violence sexiste : Cible 2016 :4 Point de référence : 2
- ✓ Nombre d'institutions publiques ayant mis en place des mécanismes de mise en œuvre des lois, politiques et programmes en faveur de l'égalité des sexes et des droits de la procréation : Cible 2016 :5 Point de référence : 2

Référence : Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation de l'output 5 « égalité des sexes et droits à la procréation ». Nov 2014

Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation. Ligne de base : 5. Mise à jour : 9. MDV : Rapports.

Référence : Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation du MCFDF « égalité des sexes et droits à la procréation ». Nov 2014

Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 1 T3 :18

Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation du MCFDF « égalité des sexes et droits à la procréation ». Nov 2015

Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit. Ligne de base (2014):0 Cible (2015): 17. T1 : 4, T2 :6, T3 :1 TOTAL : 11 institutions renforcées.

Tableau : Institutions et organisations soutenues/axes d'appui

Rubriques	Résultats
<p>Données pour créer des politiques sur la population / jeunesse / genre / SRH</p> <p>Le Gouvernement et les organisations de la société civile ont amélioré leur capacité d'utiliser des données sociodémographiques pour formuler, mettre en œuvre et suivre des politiques et des plans sur la dynamique de la population, les jeunes, l'égalité des sexes et la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</p> <p>Tous les 2 ans, 15 professionnels sont formés au niveau Master en population et développement pour renforcer les capacités du gouvernement et de la société civile dans la collecte et l'analyse des données en prenant en compte les besoins des femmes et des jeunes</p> <p>Le système national de Statistiques a renforcé la capacité des ministères impliqués dans la collecte et l'analyse des données sectorielles. Trois ministères sont soutenus par l'UNFPA (MSPP, MENFP, MCFDF) ont intégrés les SNDS sous la coordination de l'Institut haïtien de statistiques et d'informatique</p>
<p>Institutions publiques et organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programme sur l'égalité des sexes et les droits à la procréation</p> <p>Appui au MCFDF</p>	<p>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</p> <p>Les cadres ont intégrés les différentes directions du MCFDF et s'approprient de la problématique genre</p> <p>8 jeunes cadres habilités à collecter, produire et analyser des données fiables en matière de genre.</p> <p>4 jeunes cadres entraînés par IHSI sont apte à tirer les informations à partir de l'enquête EMMUS et à produire des documents d'analyse de genre.</p> <p>Inventaire des études réalisées sur le contexte de la violence en Haïti</p> <p>Base de données genre du MCFDF mise en place</p>
<p>Sensibilisation en matière d'égalité de genre dans les communautés</p>	<p>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</p> <p>Pairs éducateurs sélectionnés : 15</p> <p>Département touché : 3 communes du département du Centre</p> <p>Nombre de plan de sensibilisation élaborés : 15 (commune de provenance des pairs éducateurs)</p> <p>Commune de provenance des pairs éducateurs :</p>
<p>Experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre les violences sexistes, y compris en situation de crise humanitaire</p>	<p>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</p> <p>Baseline : 35 (2012)</p> <p>Target 2015 : 50</p> <p>Actual : 51</p>

Mise à part le MCFDF, les organisations qui à défaut de mettre en œuvre des politiques et programmes font des actions

<p>DSF. Les objectifs de l'appui à la DSF : permettre la coordination des SONU, appuyer le développement des stratégies de renforcement de capacité des acteurs en santé de la Reproduction (cadres des institutions de santé, institutions de formations – ENIA, FMP, ENISF) et les stratégies visant l'amélioration de la demande et de l'utilisation des services de SR/PF ; réaliser le monitoring évaluation des fonctions SONU et des activités SR intégrées dans les SONUB (PF, PTME, VBG, prévention cancer du col utérin..) dans les départements, piloter la surveillance de la mortalité maternelle.</p>	<p>DSSE, DSNI, DSO. Idem</p>
<p>CPFO. Offrir à toute la population des services intégrés de santé de la reproduction par du personnel qualifié y compris l'information et le conseil sur les questions de planification familiale, la PTME, la prise en charge médicale des violences spécifiques faites aux femmes et filles, prenant en compte une approche sensible au genre et à la sensibilité culturelle</p>	<p>Profamil. Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des services de la santé reproductive et de Planning Familial dans les départements touchés. Objectifs spécifiques : augmenter l'accès de la population de desserte de Profamiliaux services de SR et à l'ensemble des méthodes modernes de PF ; améliorer les connaissances particulièrement des jeunes de 10 à 19 ans sur l'importance de la SSR et de l'utilisation des services fournis par Profamil.</p>
<p>SHOG, CDS, ZL. Objectifs : établir des modèles rationnels de maternité SONU,SONUB avec une approche intégrant les fonctions obstétricales (fonctions essentielles), les services associés (PTME, PF, prise en charge des VBG sur le plan médical (sur place) et sur les plans psychosocial et legal (par référence) ; les liens avec les SPPE et les communautés environnantes pour la mise en place d'activités de sensibilisation et d'éducation dans les domaines de la santé de la reproduction.</p>	<p>FOSREF et VDH ciblent les jeunes scolarisés et non scolarisés avec une emphase particulière pour les jeunes les plus vulnérables et à hauts risques des quartiers marginaux des grandes villes. Les objectifs sont de permettre aux jeunes d'avoir accès à des informations, conseils et à des services adaptés de Santé Sexuelle/Santé de la Reproduction (SS/SR), incluant la Planification Familiale (PF) volontaire ; contribuer aux efforts nationaux de prévention des grossesses précoces, de réduction de la morbidité et mortalité maternelles, de prévention IST/VIH-Sida.</p> <p>Ces organisations entendent surtout générer la demande des services de SR/PF à travers d'une part, la promotion active des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes. Et d'autre part, l'accessibilité, la disponibilité et la livraison de services SS/SR et de PF (Services intégrés au paquet de services des centres Jeunes)</p>

Domaine : plaidoyer et dialogue de politique

- Politique nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (2012-2016)
- Politique d'égalité Femmes Hommes (2014-2034)
- Plan national d'actions EFH (2014-2020)

- Un document sur les normes de fonctionnement des maisons d'hébergement

Les éléments de référence :

- ✓ Nombre de lois visant la réduction des inégalités sociales : *Voir résultats axe : dialogue de politique 2014-2015*
- ✓ Nombre d'accords ministériels en lien avec l'égalité de genre : *Volet non documenté*
- ✓ Etat d'avancement du processus de ratification de la convention sur l'élimination de toute la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). *Le rapport quadriennal sur le CEDEF a été soumis.*

Voir également le tableau sur « plaidoyer et dialogue de politique »

Les principaux documents de référence pour le plaidoyer et le dialogue de politique ont été:

- Politique nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (2012-2016)
- Politique d'égalité Femmes Hommes (2014-2034)
- Plan national d'action EFH (2014-2020)
- Un document sur les normes de fonctionnement des maisons d'hébergement
- Le plan stratégique national de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016
- Plan production du plan Stratégique Nationale Santé des jeunes et des adolescents

Domaine : Gestion de connaissance

Nombre de publications (données sexo-spécifiques) portant sur les champs d'application du CEDAW.

- ✓ Rapport CEDEF soumis mais pas de rapport en lien avec CEDEF produits sur les droits sociaux et politiques (santé, éducation mixte, emploi, gouvernance).
- ✓ Enquêtes annuelles sur les services de santé.
- ✓ Enquête avec FASCH sur la contraception....
- ✓

Les ententes avec les partenaires suivants ont pris fin en 2013. Le rapportage pour 2013 ne fait pas référence à ces organisations :

- ✓ **FADHRIS.** Projet de renforcement des capacités en métiers manuels à courte durée afin de donner aux victimes de VBG et aux jeunes filles et jeunes filles mères plus particulièrement la possibilité de réduire leur vulnérabilité.
- ✓ **KOFAVIH.** Soutien à la formation de jeunes filles dans la prostitution à Port-au-Prince. Le projet ciblait les filles et adolescentes mères de 13 à 21 ans et qui vivaient dans des situations précaires. L'organisation avait également des services de prise en charge intégrés (médicale, légale, psychosociale) gratuit.
- ✓ **MHDR.** Projet de renforcement des connaissances des inspecteurs, directeurs, professeurs au niveau du 3^{ème} cycle fondamental en santé sexuelle et reproductive. L'objectif était de renforcer les connaissances des élèves dans le respect des mécanismes pédagogiques du MENFP.
- ✓ **OXFAM.** Projet d'appui à la formation et à la mobilisation des jeunes volontaires sur la prévention des actes de violence basée sur le genre à Corail. L'objectif était de contribuer à la réduction des actes de VBG dans le camp de Corail.

1.1.1.1 Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Les résultats de l'output 5 sont recherchés principalement du côté du MCFDF, cependant les partenaires d'exécution (organisations de la société civile) dans la mise en œuvre de leurs programmes

(output 2) travaillent sur des aspects touchant sur l'égalité des sexes et les droits à la procréation.
CPFO- cible principal : les femmes ouvrières, VDH et FOSREF : cible principal les jeunes (filles/garçons).

Offre de services

- **VDH.** : Services PF, pairs éducateurs et éducation à la SSR dans des Maisons de jeunes dans le Sud-est (Jacmel, Baint, Cote-de-Fer, Thiotte, Belle-anse, Grand gosier) et dans les Nippes (Miragoane, Arnaud, l'Azile, et Fond des Negres ,Saint Michel , Anse a Veau)
- **FOSREF** : Services PF et éducation à la SSR: dans 9 centres jeunes dont 7 dans l'Ouest et 1 dans le Sud-est à Jacmel et 1 dans les Nippes à Miragoane et un réseau de 60 écoles ; Pairs éducateurs ; Sensibilisation jeunes en communauté pour SSR/PF
- **CPFO** : Services de PF ; Services Gynécologiques, CPN, et postnatal ; Dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; Formation en SSR et Sensibilisation communautaire

Activités programmées

- **VDH** : Formation des jeunes intervenants (Formation de formateurs et de pairs éducateurs) ; Sensibilisation des jeunes (E-Forum, éducation par les pairs en milieu scolaire, projections-débats hors milieu scolaire) ; Animation autour des SONUB et des Points de prestations de services communautaires ; Référencement des jeunes (dans les institutions de santé) ; Plaidoyer auprès du MENFP (Atelier sur intégration SSR/PF) ; Appui au fonctionnement de 12 points fixes PF pour la campagne
- **FOSREF.** Promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes dans les communautés desservies par les centres jeunes (& dans centres) ; Accessibilité -disponibilité et livraison de services SS/SR et de PF dans 9 centres jeunes (Services intégrés au paquet de services des centres Jeunes) ; Formation & Recyclage du personnel/ prestataires/ Jeunes en SS/SR/PF (la Sante Sexuelle/ Sante de la Reproduction/ Planification Familiale) ; Constitution de réseaux de Pairs éducateurs
- **CPFO.** Consultations gynécologiques, dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; Consultations prénatales, suivi de femmes enceintes et références des grossesses compliquées ; Formations pour l'empowerment des femmes ; Accès à l'information et aux services PF de qualité

1.1.1.2 Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Voir 4.1.1.3

- ✓ Tableau -Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : *Renforcement institutionnel*
- ✓ Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : *Offre de service 2014- 2015*
- ✓ Tableau - Résultats compilés pour 2014-2015/ axe : *dialogue de politique*
- ✓ Tableau : *Institutions et organisations soutenues/axes d'appui*

Synthèse. Voir point 4.1.2.1 Extraits détaillés de la documentation.

c - Indicateur : Experts techniques d'institutions publiques et d'ONGs habilité à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste y compris en situation de crise humanitaire.

i) Extraits détaillés de la documentation

Domaine renforcement institutionnel.

Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es ayant intégré la structure de coordination de la lutte contre la VBG : (Voir le tableau ci-dessous)

Nombre d'organisations inscrites à la coordination inter- organisation. *Les données ne font pas état de l'existence d'une coordination inter-organisation.*

Nombre de nouveaux jeunes filles et garçons sensibilisé/es sur la problématique VBG selon un plan établi. Il n'y a pas de plan établi et les données ne sont pas véritablement compilées.

Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : Renforcement institutionnel

Renforcement institutionnel	2014	2015
Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG.	17	2

Référence. Outcome de l'ISF : Pilier social. Outcome du PP : genre et droit reproductif. Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation de l'output 5 « égalité des sexes et droits à la procréation »/ Revue des indicateurs. Nov 2014

- ✓ Nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire. Ligne de base 35, cible 2014 :35 Mise à jour : 17 (Référence Rapport)

Référence : Plan de suivi évaluation 2013 -2016. **Produit 1 du Programme Pays** : Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire..

- 1- Nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire.
Cible 2016 : 50 Point de référence : 35 2013 :35 2014 : 45 2015 :50 2016 :50
- 2- Nombre d'organisations de la société civile soutenues par le FNUAP qui mènent des programmes de prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire
Cible 2016 : 14 Point de référence : 10 2013 :10 2014 : 12 2015 :13 2016 :15

Référence : Atelier de Revue Annuelle et de Planification Stratégique, présentation du MCFDF « égalité des sexes et droits à la procréation ». Nov 2015

Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG.

Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 5 T1 :0 T2 : 0 T3 :2 TOTAL : 2

Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit.
Ligne de base (2014):0 Cible (2015): 17 T1 : 4, T2 :6, T3 :1 TOTAL : 11 institutions renforcées.

Référence rapport de gestion de l'output 5 par la chargée de programme - Renforcement institutionnel - Novembre 2014

Nombre de rencontres ou réunions de suivi du PTA réalisées. T1 :2, T2 :3, T3 :3. TOTAL : 8

Nombre de visites départementales réalisées. T1 :1, T2 :1 TOTAL : 2

Le système de gestion de données de VBG est fonctionnel. Ligne de base (2013): Non
Cible (2014): Oui. T3 : en cours.

Nombre d'institutions publiques et privées renforcées en matière d'égalité de sexe et droit. :
Ligne de base (2013): Cible (2014): T2 : 9

Nombre de nouveaux cadres qualifiés/es intégrant la structure de coordination de lutte contre la VBG. Ligne de base (2013): 3 Cible (2014): 5. Résultats : (T2 : 7, T3 :10 TOTAL : 17.

Nombre de rapports d'analyse sur les VBG produits. Ligne de base (2013): 0
(2014): 2 T3 :3.

Cible

Domaine renforcement institutionnel : Nombre de jeunes sensibilisés et formés

Référence : Plan National SR/PF. Objectif d'offrir des services intégrés à toute la population avec un focus sur les jeunes à travers 3 interventions majeures : l'élaboration d'un programme d'éducation et de formation des jeunes, le développement d'une stratégie de communication, une offre adaptée aux jeunes dans les institutions et dans la communauté.

Certains PE ont dispensé des services à l'intention des jeunes. C'est le cas principalement de FOSREF et de VDH. (*voir résultats en lien avec la dispensation de services*)

VDH : Services PF, pairs éducateurs et éducation à la SSR dans des Maisons de jeunes dans le Sud-est (Jacmel, Baintet, Cote-de-Fer, Thiotte, Belle-anse, Grand gosier) et dans les Nippes (Miragoane, Arnaud, l'Azile, et Fond des Negres, Saint Michel, Anse a Veau)

FOSREF : Services PF et éducation à la SSR: dans 9 centres jeunes dont 7 dans l'Ouest et 1 dans le Sud-est à Jacmel et 1 dans les Nippes à Miragoane et un réseau de 60 écoles ; Pairs éducateurs ; • Sensibilisation jeunes en communauté pour SSR/PF

CPFO : Services de PF ; Services Gynécologiques, CPN, et postnatal ; Dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; Formation en SSR et Sensibilisation communautaire

Activités programmées

- ✓ **VDH** : Formation des jeunes intervenants (Formation de formateurs et de pairs éducateurs) ; Sensibilisation des jeunes (E-Forum, éducation par les pairs en milieu scolaire, projections-débats hors milieu scolaire) ; Animation autour des SONUB et des Points de prestations de services communautaires ; Référencement des jeunes (dans les institutions de santé) ; Plaidoyer auprès du MENFP (Atelier sur intégration SSR/PF) ; Appui au fonctionnement de 12 points fixes PF pour la campagne
- ✓ **FOSREF**. Promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes dans les communautés desservies par les centres jeunes (& dans centres) ; Accessibilité -disponibilité et livraison de services SS/SR et de PF dans 9 centres jeunes (Services intégrés au paquet de services des centres Jeunes) ; Formation & Recyclage du personnel/ prestataires/ Jeunes en SS/SR/PF (la Santé Sexuelle/ Santé de la Reproduction/ Planification Familiale) ; Constitution de réseaux de Pairs éducateurs
- ✓ **CPFO**. Consultations gynécologiques, dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; Consultations prénatales, suivi de femmes enceintes et références des grossesses compliquées ; Formations pour l'empowerment des femmes ; Accès à l'information et aux services PF de qualité

Dans le cadre de la campagne PF, les composantes « communication et plaidoyer » / offres de services ciblaient les jeunes (F/G).

- ✓ Communication et plaidoyer
 - Inventaire, actualisation et standardisation des matériels et outils pédagogiques et des matériels de formation en PF (en prenant en compte la cible des jeunes)
 - Reproduction des matériels standardisés
 - Elaboration de feuillets radiophoniques ciblant les jeunes
 - Diffusion des feuillets radiophoniques et autres messages ciblant les jeunes
 - Plaidoyer auprès MENFP pour intégrer la formation PF/SR au cursus scolaire
- ✓ Offre de service
 - Dans la composante « offre de service » un des objectif était chaque département de mettre au moins en place 4 points fixes de prestation PF en milieu communautaire.

VDH et FOSREF ont procédé à l'aménagement d'espaces PF auprès des communautés (auprès des populations, des jeunes, des marchés, postes de TS)

- Un Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents existe mais n'est pas mis en œuvre. Sont évacués, des questions importantes relatives aux conduites à risque des jeunes, aux besoins des jeunes les plus vulnérables. Si ce plan témoigne de la volonté des autorités sanitaires d'apporter aux jeunes les moyens et services nécessaires pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé, nous ne pouvons pas cependant parler de normes assurant des services de santé sexuelle et procréative de qualité, notamment, à destination des adolescentes pauvres vivant en milieu rural.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Modèle CPFO – CPFO marie genre et droit en misant sur l'empowerment communautaire et individuel. Des structures comme le CPFO sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la procréation, y compris les méthodes modernes de planification de la famille, et de soutenir des actions dans ce domaine (et dans le domaine de la violence) afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse

Le CPFO – Rapport de Progrès du Plan de Travail Annuel. Janvier à Décembre 2013

Total budget pour 2013 : US \$ 137,837. Les résultats :

Offre de services : Services de PF ; Services Gynécologiques, CPN, et postnatal, Dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; Formation en SSR et Sensibilisation communautaire.

Renforcement de capacité de femmes ouvrières de l'industrie de la sous-traitance.

Formation en Santé Sexuelle, Reproductive, Genre et Planification Familiale de 56 personnes (43F et 13 H)

6 Tables rondes en Santé Préventive réalisées pour 212 personnes (204F et 8 H)

6 Rencontres sur la Sexualité Responsable réalisées pour 187 Femmes

Améliorer l'accès à l'information et aux services de PF de qualité :

Formation complémentaire en Counseling sur les Méthodes de longue durée pour les prestataires de services en Planification Familiale

Mobilisation Communautaire et sensibilisation à la PF et au Cancer du col, par la réalisation de 6 Cliniques Mobiles.

547 personnes sensibilisées en PF au niveau des usines externes

Distribution de Méthodes modernes de contraceptifs : 416 Acceptants/tes touchés/es : 304 Acceptantes/ 112 Acceptants : Stérilet 10 / Ovrette 18 / Lo Femenal 45 / Dépo127/ Cond. F 86 / Cond M 112 / Implants 11 / Ligature des Trompes 0/ Mama 7

Renforcer le système national de santé à fournir des soins de santé maternelle et néonatale

complets et de qualité (avec une attention particulière aux départements les plus démunis et aux besoins des jeunes)

Consultations gynécologiques, dépistage lésions précancéreuses du col et des IST : 883

Consultations réalisées

Dépistage visuel de Femmes, suivi des résultats d'IVA (en cas douteux) : Test de confirmation, Pap Test, Cryothérapie, et Colposcopie, référence si nécessaire : 166 Femmes dépistées par IVA - 12 Pap Test - 9 Cryothérapies – 12 Colposcopies réalisés

Réalisation de 1800 tests de Dépistage des IST : 637 Tests de Dépistage d'IST réalisés

Réalisation de consultations prénatale : 186 Femmes enceintes vues en consultation

Suivi de Femmes enceintes, références pour grossesses compliquées et Suivi : 56 Femmes enceintes suivies en Consultation prénatale

Le CPFO n'est pas le partenaire qui bénéficie de plus de moyen financier mais donne des résultats. Important de comprendre les autres apports dont bénéficie CPFO qui aident à obtenir ces résultats. Ex : bénévolat de personnel médical, salaire des cadres versus autres compensation ou avantages sociaux ? En dépit de ses faiblesses, est la principale organisation qui présente une approche du « gender mainstreaming » alliant à la fois genre et droits et qui serait intéressant à documenter. Empowerment/prestation de service/Accompagnement.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

- ✓ Tableau : Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : *Renforcement institutionnel*
- ✓ Tableau : Résultat : *Outcome ISF et PP – 2014- 2015*
- ✓ [Synthèse] Réponse – Voir point 4.1.3.1 : Examen détaillé de la documentation.

d - Indicateur : Degré dans lequel le MCFDF a porté les préoccupations genre dans les réflexions et les actions qui touchent le budget, les cadres réglementaire, législatif et politiques sectorielles

i) Extraits détaillés de la documentation

MCFDF : Plaidoyer et dialogue politique.

Revue 2014						Revue 2015					
Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	T3	Total	%	Plaidoyer et dialogue politique	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		1	1	2		Nombre de commémorations célébrées en lien avec les agendas internationaux et nationaux de Femmes. Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 4	1	1	0	2	50
La loi sur la paternité responsable est promulguée puis diffusée Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		oui	oui	1	N/A	finalisation du livre blanc de la femme haïtienne (Diagnostic de la situation des femmes haïtiennes dans les 10 départements) Ligne de base (2014): Non Cible (2015): Oui	oui			-	
Avant projet de loi sur la prévention, la sanction et sur l'élimination de toutes les formes de violences à l'égard des femmes		oui		1		Lancement, vulgarisation, diffusion de la politique d'Égalité Femmes Hommes (2014-2034) et du Plan National d'Action EFH (2014-2020) Ligne de base (2014): Non Cible (2015): Oui	oui	oui	oui	-	
Proposition de loi sur l'égalité des sexes est soumise. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		1	N/A	Finalisation de la loi cadre sur la prévention la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes			Oui	-	
Diagnostic sur les inégalités de genre est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui		Oui		1	N/A	Diffusion de diagnostic des inégalités de genre			oui	-	
Le rapport quadriennal sur le CEDEF est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui			Oui	N/A	N/A						
Le rapport Beijing + 20 est soumis. Ligne de base (2013): Non Cible (2014): Oui			oui	N/A	N/A				oui	-	

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Documents de travail ou consultés dans le cadre de l'élaboration de la politique d'égalité et du plan stratégique.

- PLAN NATIONAL D'ACTION EFH 2014-2020
- POLITIQUE D'ÉGALITÉ FEMMES HOMMES 2014-2034
- MCFDF, Le rapport de diagnostic des inégalités de genre, 2013
- MCFDF, rapport d'application de la CEDEF, 2009
- Donnée tirée des résultats de l'EMMUS V au cours de l'année 2012
- Données collectées par le MCFDF au cours de l'année 2011
- Lamothe, S. L. (2012) : Déclaration de Politique Générale, Fichier électronique
- Constitution haïtienne amendée, 2012.
- Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH), 2012
- Rapport CEDEF, 2008, 2013
- MENFP, PO 2010-2015

MCFDF : Décision centralisée. Il y a eu délégation de signature à un cadre du MCFDF mais, contrairement au MSPP, elle doit consulter avant pour toute décision.

L'appui direct du FNUAP au MCFDF touchait : le monitoring et l'évaluation, la formation et la sensibilisation, la prévention et la réponse au VBG, le développement de capacité et de réseautage (ONG & MCFDF). Pas d'actions autour des préoccupations genre qui touchent le budget, les cadres réglementaire, législatif et politiques sectorielles.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Tableau résultats axe : dialogue de politique 2014-2015

e - Synthèse pour le critère de jugement

Cette synthèse sur l'internalisation, l'utilisation et la pérennisation des compétences techniques auquel l'UNFPA a contribué au MCFDF en matière d'égalité des sexes et de droits de la procréation englobe les indicateurs suivants :

- Degré de consolidation du leadership du MCF et ses capacités techniques, dans la coordination stratégique et opérationnelle de la prévention et la réponse à la VBG
- Institutions publiques et organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politique et programme sur l'égalité des sexes et les droits à la procréation
- Experts techniques d'institutions publiques et d'ONGs habilité à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste y compris en situation de crise humanitaire
- Degré dans lequel le MCFDF a porté les préoccupations genre dans les réflexions et les actions qui touchent le budget, les cadres réglementaire, législatif et politiques sectorielles

Consolidation leadership et capacité du MCDF.

Les grandes lignes des partenariats et axes d'intervention avec le MCFDF portent sur : la mise en place d'une base de données ; le renforcement du bureau de lutte ; la formation de personnes ressources au sein du ministère ; l'accompagnement des victimes de violence.

Les deux actions centrales de l'appui au MCFDF dans ce cycle de programme sont : D'abord, un appui pour mettre en place un système de cueillette et de gestion des données. Ensuite, un appui au bureau de lutte tripartite. Au-delà des salaires du personnel appuyé, les résultats tardent encore à venir après 3 années d'appui. Certaines des ressources humaines qui appuyaient la mise en œuvre et le fonctionnement de la base de données et du BLVFF ont intégrées ces structures avec des mandats spécifiques de continuité des actions.

- *Base de données.* L'unité qui travaille sur la base de données a été renforcée mais la fonctionnalité avérée de la base de données, suite à son utilisation pour la production de données et d'analyses, n'a pas encore été démontrée.
- *Bureau de lutte.* En ce qui concerne le bureau de lutte, au bout de deux ans d'appui du personnel, le FNUAP est en mode de réduction de l'appui au salaire des ressources conformément aux termes de l'entente avec le ministère. Le BLVFF a presté des services de prise en charge des victimes de violence. Les résultats présentés montrent que cette structure a permis une approche de proximité, de l'accompagnement psychologique et légale pour les victimes de violences mais, le processus n'est pas documenté et évalué pour servir de modèle dans le système.

L'appui de l'UNFPA a permis au MCFDF d'affirmer son leadership dans la régulation du système en termes de normes, de politiques et de propositions de stratégies. La capacité du ministère dans la coordination de la prévention et de la réponse à la violence est faible : Manque de leadership et de proactivité ; Mécanismes de coordination et de concertation pas vraiment dynamique et fonctionnelle. Le Ministère d'a pas su mobiliser efficacement les partenaires autour de sa politique et de son plan d'action, ni bénéficier de l'expertise et du support d'autres structures étatiques tels l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) ; l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) ; la Police Nationale d'Haïti (PNH) ; etc.

Institutions publiques et organisations soutenues

Le MCFDF est la structure appuyée sur le plan stratégique pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politique et programme sur l'égalité des sexes et les droits à la procréation. Ses axes d'interventions sont le renforcement des capacités de ses cadres (central et départemental) et des organisations impliquées dans la mise en place ; la gestion et la supervision des structures d'hébergement ; la collecte, l'analyse et la diffusion des données; des actions visant la prévention et la réponse à la violence notamment par la fourniture de services de prise en charge (bureau de lutte tripartite), de liens avec les institutions fournisseurs de services et acteurs; l'appui au passage d'une stratégie de transition type cluster vers un mécanisme national de coordination.

L'égalité des sexes et les droits à la procréation sont des axes transversaux. L'ensemble des partenaires d'exécution, sont, en principe, soutenus pour la mise en œuvre d'activités y relatives.

Experts techniques – Renforcement dans la coordination de la lutte contre les VBG

L'appui de l'UNFPA a permis au MCFDF d'avoir à sa disposition des personnes compétentes qui ont pour mandat d'aider dans la dynamisation de certaines structures telles le bureau de lutte tripartite qui est dans la réponse à la violence (3 cadres : psychologue, avocat, agent de liaison), l'UPE (2 cadres) et une dizaine de ressources pour la base de donnée sur les violences sexo-spécifiques. Dans la mesure où les cadres appuyés restent au sein du ministère ou font un transfert de connaissance aux cadres affectés à ces structures, on peut conclure que les capacités techniques du MCFDF dans les domaines précités sont renforcées.

Les PE, certains plus que d'autres, ont ainsi développé des habiletés les rendant plus aptes à coordonner et à prendre le lead dans la lutte contre la violence sexiste. L'expérience de CPFO, en dépit de ses limites est inspirante et mérite d'être évaluée et systématisée dans une approche basée sur les droits de la personne. L'organisation travaille avec une approche du « gender mainstreaming » alliant à la fois genre et droits (Empowerment/prestation de service/Accompagnement).

Intégration par le MCFDF des préoccupations de genre dans la réflexion et l'action.

Les axes visés pour l'intégration des préoccupations de genre sont : le budget, les cadres réglementaires, législatif et politiques sectorielles

- *Cadre réglementaire.* Soumission en 2014 du rapport CEDEF au comité de la Convention pour l'Élimination des Discriminations contre les Femmes.
- Un projet de loi initié par le Msp au parlement en vue d'une dépenalisation partielle de l'avortement, c'est-à-dire en cas de viol par exemple.
- *Politique sectorielle.* Diffusion de la politique d'égalité Femmes hommes et du plan d'action stratégique EFH.
- *Budgétisation sensible au genre.* Un groupe de travail rattaché à la Table Thématique Genre a été créé. Le comité mixte de budgétisation sensible au genre (CMBSG) composé de représentant-e-s des ministères stratégiques à caractère économique et de l'ONU-FEMMES. Ses attributions principales sont de: s'assurer du renforcement des capacités techniques des cadres de la fonction publique en termes d'appropriation des outils et de l'implémentation de la Budgétisation Sensible au Genre (BSG) ; développer des rapports privilégiés avec les Unités Genre des Ministères (UGM), structures privilégiées d'implémentation de la BSG ; préparer et soumettre des rapports d'avancement au MCFDF et au Secrétariat exécutif du Comité Interministériel d'Égalité entre les Femmes et les Hommes SE-CIEFH.

L'UNFPA avait appuyé le renforcement stratégique du MCFDF sur certains aspects relatifs aux cadres réglementaires, législatif et politique sectorielle. Pas d'actions stratégiques appuyées au cours de ce cycle de programmation en référence aux préoccupations de genre dans le budget.

Coordination stratégique

En dépit de la présence et de l'appui de l'UNFPA et d'autres partenaires à ses côtés, le Ministère n'a pas su tirer suffisamment profit des opportunités existantes. Théoriquement, le MCFDF a joué son rôle de régulateur et de leadership stratégique en pilotant la réflexion et l'action pour la production de la politique d'égalité et du plan d'action stratégique.

Des mécanismes de mise en œuvre de la politique sont définis : Un Secrétariat exécutif (SE-CIEFH) assure la coordination, la gestion et le suivi de la mise en œuvre de la politique. Le secrétariat est appuyé, entre autres, par une Table Thématique Genre (TTG) qui a pour mandat principal d'appuyer l'interprétation du genre dans les réponses aux problématiques sectorielles retenues. La TTG recevait l'appui de deux groupes de travail dont l'un est la Concertation Nationale de lutte contre les violences faites aux femmes.

La Concertation Nationale défini dans la Politique d'égalité femmes hommes comme un mécanisme de coordination n'a pas été activée. Ce mécanisme a comme attributions principales de: proposer des avis et des actions ; s'assurer de la formation des acteurs intervenant dans la lutte contre la violence spécifique faite aux femmes et filles ; développer des outils techniques de prévention, de communication et prise en charge ; réaliser des études et recherches et préparer des rapports de diagnostic et d'avancement.

Le lien n'est pas clair entre l'unité de la base de donnée et la Concertation Nationale dont les attributions dans la politique d'égalité sont de donner des avis-conseils, de s'assurer de la formation des acteurs, de développer des outils, de réaliser des études et des recherches, de préparer des rapports de diagnostic et d'avancement.

B. Critère de jugement : L'UNFPA a contribué à faire évoluer les politiques, les stratégies et le cadre législatif en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et les droits de la procréation

a - Indicateur : Effet CSL- Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques : (i) Nombre de politiques et programmes promouvant la santé et les droits de la procréation des femmes et des adolescentes et luttant contre la violence sexiste ; (ii) Nombre d'institutions publiques ayant mis en place des mécanismes de mise en œuvre des lois, politiques et programmes en faveur de l'égalité des sexes et des droits de la procréation

i) Extraits détaillés de la documentation

Tableau – Résultats Outcome ISF et PP – 2014- 2015

Outcome de l'ISF	Pilier social. Une politique de protection contre la violence, les abus et l'exploitation des groupes vulnérables, notamment les femmes, les enfants et les personnes déplacées, est développée et les mesures d'application mises en œuvre.	
Outcome du PP	Genre et Droits Reproductifs/ U5. Progression de l'égalité de genre, l'autonomisation des femmes et des filles et les droits reproductifs incluant les femmes les plus vulnérables et marginalisées, les adolescents et les jeunes.	
Indicateur : Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation		
2014 : 9	2015: 11	
Indicateur : Nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire		
2014: 17	2015: 2	

Résumé rapport annuel UNFPA – 2015

La contribution de l'UNFPA devait permettre le développement d'une stratégie opératoire d'amélioration de l'égalité de genre et de prise en charge des victimes de VBG ; sélection et suivi des partenaires d'exécution ; développement des capacités de l'administration et perspectives de prise en charge des jeunes cadres formés ; encadrement et soutien à l'opérationnalisation des appuis de l'UNFPA.

L'UNFPA a apporté des ressources financières et de l'encadrement technique à des organisations qui mènent des programmes de prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence et qui souhaitent améliorer et/ou intensifier leurs actions. D'abord, les organisations

retenues (CDS, CPFO, FOSREF, Profamil, SHOG, VDH, ZL) travaillent avec les groupes cibles et dans des zones d'intervention du projet.

Les interventions ont adressé les besoins des femmes, des jeunes filles et des adolescentes en matière de santé de la reproduction, de prévention de la VBG et de prise en charge des soins médicaux liés aux VBG. Les plans d'actions de l'ensemble des partenaires se situent dans la logique d'actions des résultats attendus et l'ISF et des produits attendus du programme pays. Les ententes et les plans d'actions ciblaient principalement les interventions en SR/PF. Si les actions menées par les PE dans le programme et sous couvert de ce résultat ont été des réponses aux besoins des femmes, les activités formelles de prévention de la violence sexiste et la prise en charge des victimes de cette violence étaient faibles ou peu rapportées. Il n'y a pas eu de directive claires sur les attentes et les stratégies d'atteint des résultats.

Les indicateurs qui doivent témoigner des performances par rapport aux résultats fixés sont :

- ✓ Le nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation. L'appui touche le renforcement institutionnel, le plaidoyer et dialogue politique, la gestion de connaissance.
- ✓ Le nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire. Domaine : renforcement institutionnel.
- ✓ Le nombre d'organisations de la société civile soutenues par l'UNFPA qui mènent des programmes de prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire. Domaine : Offre de services.

D'autres indicateurs ou d'autres actions doivent être pris en compte pour instruire dans la programmation les résultats attendus en matière d'égalité des sexes et de droits à la procréation.

Santé et droits pour tous en matière de sexualité et de procréation. La programmation pays du FNUAP est axée sur la santé sexuelle et reproductive mais, globalement, 4 domaines d'intervention déjà touchés mériteraient d'être renforcés :

- ✓ Une éducation publique efficace et des réformes juridiques et politiques visant spécifiquement le respect, la protection et la réalisation des droits pour tous en matière de sexualité et de procréation.
- ✓ La fourniture d'une offre complète et intégrée de services, d'information/ d'éducation et de service de bonne qualité en matière de santé sexuelle et procréatrice à travers le système de soin de santé primaire
- ✓ L'accès de tous les jeunes à une éducation à la sexualité
- ✓ L'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles et l'accès universel de toutes les victimes/survivantes de la violence de genre aux services essentiels.

L'amélioration de la prévention de VBG et la prise en charge médicale des victimes est un résultat visé. Des actions éparses ont été menées autant par le FNUAP que par l'ensemble des PE. Il a cependant manqué :

- ✓ L'établissement de mécanismes pour une action harmonisée à l'échelle nationale, avec des niveaux de coordination nationale, départementale et communale (Références : Le plan national d'actions EFH 2014-2020 / Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles 2012-2016.
- ✓ Renforcement des connaissances dans le domaine des violences sexospécifiques, en mettant l'accent sur la question des violences faites aux femmes comme élément à part entière des violations de droits humains

- ✓ Promotion et intégration d'une approche multisectorielle impliquant des partenaires internationaux et régionaux, en vue d'une coordination effective des interventions et d'une optimisation des résultats.

Les actions en cours dans le cadre de la programmation actuelle et qui mériteraient être **renforcées** dans une logique d'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles et l'accès de tous les victimes/survivantes de la violence de genre aux services essentiels sont :

- ✓ Le renforcement et la coordination des services de prise en charge des violences spécifiques envers les femmes et les filles et les services d'accompagnement des victimes sont renforcés et coordonnés
- ✓ Le fonctionnement de la base de données du MCFDF et du système de gestion des informations sur les violences spécifiques envers les femmes et les filles
- ✓ La cueillette, l'analyse et le partage régulière des données avec les organisations et instances concernées
- ✓ L'organisation d'une campagne nationale de communication pour la prévention des violences spécifiques faites aux femmes et aux filles et la connaissance des recours existants.

Tableau : interventions stratégiques pour la promotion de l'égalité

Le pays a été touché par une crise humanitaire au cours de l'année et un organe de coordination de la violence fondée sur le sexe fonctionnent inter-agence existe – résultat des orientations et du leadership du FNUAP (s'il vous plaît répondez pas applicable si le pays n'a pas été en crise humanitaire au cours de l'année)	<i>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</i> <i>Ne s'applique pas – pas de crise humanitaire au cours de l'année.</i> <i>Plan humanitaire existe</i> <i>Document du plan d'urgence, y compris les actions GBV en situation d'urgence mis à jour</i>
Lignes directrices et des protocoles de défense des droits de la santé sexuelle et reproductive et génésique nationaux qui comprennent l'approche basée sur les droits et les questions de planification familiale	Disponibilité - directives et protocoles nationaux sont mis en œuvre
Existence de politiques en place qui prennent en compte les approches fondées sur les droits de la planification familiale	<i>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</i>
Existence de politiques en place qui tiennent compte des différentes approches de planification familiale	Politique approuvée Finalisé et mis en œuvre
Existence d'un plan à moyen terme de 3 à 5 ans pour la planification familiale avec une approche fondée sur les droits	Idem.
Existence d'un plan à moyen terme de 3 à 5 ans pour la planification familiale avec les différentes approches de PF	Plan à moyen terme est mis en œuvre

	Plan à moyen terme est mis en œuvre
initiatives et plans nationaux pour améliorer l'accès des femmes et des filles pauvres à la planification familiale	Il y a à la fois le plan stratégique national pour SRH (2013 à 2016) et le plan national de planification FP (2014). Le plan stratégique national a est en train d'être mis en œuvre par le MSPP et ses partenaires. Un plan de formation sur les méthodes de PF durables a été mis en place par le MSPP en tant que stratégie de campagne post FP
Les partenaires impliqués dans les initiatives et les plans pour améliorer l'accès des femmes et des filles pauvres à la planification familiale	organismes gouvernementaux des Nations-Unies Organisation non-gouvernementale Marketing social Société civile

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Campagne PF – Approche par les droits de la personne. En dépit de ses limites, la campagne PF a été l'occasion de mobiliser différentes parties prenantes dans la réflexion et l'action pour promouvoir l'égalité des sexes et les droits à la procréation, à travers notamment des activités de plaidoyer à plusieurs niveaux.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

- ✓ *Tableau – Résultats Outcome ISF et PP – 2014- 2015*
- ✓ Résumé rapport annuel UNFPA – 2015
- ✓ Tableau : interventions stratégiques pour la promotion de l'égalité

b - Indicateur : CPAP (produit) - Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire : (i) Nombre d'institutions publiques et d'organisations de la société civile soutenues pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques et programmes sur l'égalité des sexes et les droits de la procréation ; (ii) Nombre d'experts techniques d'institutions publiques habilités à coordonner et diriger les efforts de lutte contre la violence sexiste, y compris en situation de crise humanitaire ; (iii) Nombre d'organisations de la société civile soutenues par l'UNFPA qui mènent des programmes de prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire (S1.2)

i) Extraits détaillés de la documentation

- ✓ Résultats compilés pour 2014-2015 / axe : *Offre de service 2014- 2015*

Jeunes : caché dans l'output PF

- ✓ DSF: Plan national adresse les besoins des jeunes. PROFAMIL: La sensibilisation et la prestation de services aux jeunes
- ✓ En termes de mesures prises pour soutenir les initiatives et plans nationaux pour améliorer l'accès des jeunes à la planification familiale : Un plan a été finalisé et diffusé mais n'a pas encore été mis en œuvre.
- ✓ Les partenaires impliqués dans les initiatives et les plans visant à améliorer l'accès des jeunes à la planification familiale : Gouvernement, les organismes des Nations unies, l'organisation non-Gouvernementale, la société civile

Reference présentation Power Point : « 1- contexte démographique et PF »

Jeunes de 15 à 24 ans: comportement sexuel et reproductif (2012)

- A moins de 20 ans, près de 3 adolescentes sur 10, soit 28% ont déjà eu au moins un enfant ou sont enceintes.
- 51,1% des jeunes de 20 -24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans.
- 43,3% des jeunes de 20 -24 ans ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines avant l'enquête et, 17,5% des adolescentes de 15 à 19 ans
- Age median à la première naissance des femmes : 22,3 ans
- Utilisation actuelle de la contraception moderne :
 - 8.2 % des adolescentes de 15 à 19 ans
 - 23% des jeunes de 20 à 24 ans

Planification des naissances (moins de 20 ans)

Voulues à ce moment : 35,8%

Voulues plus tard : 59,4%

N'en voulaient plus : 4,8% (grossesse non désirées)

- Besoins insatisfaites (jeunes de 15 à 24 ans)
- 56,6% des adolescentes et 41,1% des jeunes de 20 à 24 ans désireraient espacer ou limiter leur naissance

Un des objectifs principaux de la campagne PF : Repositionner le programme de planification familiale comme une priorité nationale à travers une approche intégrée, de droit et dans une perspective multisectorielle, pour réduire les besoins non couverts en PF.

1. Réduire d'ici 2015 de 38% à 10% les besoins non couverts en PF
2. Améliorer l'offre des services PF afin de les rendre accessibles au niveau national
3. Mettre en œuvre un plan de plaidoyer et de communication sur la PF.

Constats

Besoins PF non satisfaits

- 16 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en planification familiale:
- 16 % pour espacer; 20 % pour limiter

Pour près des 2/3 des adolescentes de moins de 20 ans, soit 64 %, les naissances n'étaient pas planifiées. Parmi ces adolescentes :

- 59 % ont souhaité avoir ces naissances un peu plus tard
- 5 % ont répondu qu'il s'agissait de grossesses non désirées

« Ce constat montre que les droits et les besoins réels de la population ne sont pas satisfaits en matière de planification familiale. De plus, l'analyse historique de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité semble aussi mettre en évidence une évolution dans la mentalité haïtienne par rapport au vieil adage qui dit :Timoun se richès malere ». **Présentation de la campagne PF sur le site du MSPP.**

Les bénéfices de la planification familiale se traduisent par:

- l'amélioration de la santé maternelle et infantile
- l'augmentation de l'éducation et du pouvoir des femmes, à plus de familles sécurisées sur le plan financier, à de plus fortes économies nationales.

Pour les jeunes, un meilleur accès à une éducation à la sexualité et à la contraception moderne augmente les opportunités tout le long de leurs vies, incluant:

- de plus hauts niveaux d'éducation,
- moins de grossesses,
- des maternités plus tardives et plus saines,

- et une plus grande capacité à s'engager dans des activités génératrices de revenus.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'offre des méthodes de PF se fait dans les structures de santé et en partie dans des structures communautaires. Un focus a été mis sur les jeunes, particulièrement lors de la campagne de planification familiale (FOSREF/VDH). Ces structures de jeunes ont offert quelques méthodes de PF. Elles ont le mérite d'offrir un cadre où les jeunes se sentent plus à l'aise pour discuter à leur convenance. Cependant, les voix des hommes ont tendance à primer dans ces espaces. Il n'y a pas vraiment d'espace pour les jeunes femmes où elles peuvent traiter des questions d'intérêt pour elles en partant de leur réalité sociale, leur vécu de femmes, leurs expériences et apprennent ainsi l'une de l'autre.

Les chiffres montrent qu'il est urgent d'agir et de répondre aux attentes des jeunes et d'intensifier les actions de prévention en milieu scolaire. Les séances d'information et d'éducation à la sexualité ne sont pas obligatoires à l'école. L'approche éducative pouvant permettre de tenir compte d'autres enjeux de santé publique (prévention du sida, maladies sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, violences sexuelles,... -) et d'une démarche pédagogique fait défaut. Il est difficile dans ces conditions pour un jeune de faire des choix éclairés et responsables pour sa santé. Il n'est pas non plus donner la possibilité d'améliorer leurs connaissances, attitudes et les comportements vis-à-vis des déterminants de la santé et des situations à risques.

c - Indicateur : Réduction des cas de violence à l'encontre des jeunes femmes et des filles ; contribution de la sensibilisation et de l'éducation par les pairs dans cette évolution (S1.3)

i) Extraits détaillés de la documentation

MCDF

Revue 2014						Revue 2015					
Offre de services	T1	T2	T3	Total	%	Offre de services	T1	T2	T3	Total	%
Nombre de personnes victimes de VSF (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014):	-	538	128			Pourcentage de personnes victimes de violences (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 100	104	77	230	603	
Nombre de cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014):	-	474	277			Pourcentage de femmes violentées accompagnées (assistance juridique et psychosocial) au BLCVF Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 100	60	62	230	523	
Nombre de femmes violentées accompagnées. Ligne de base (2013): 55 Cible (2014): 100			405			Nombre de jeunes filles victimes de VSF ayant bénéficié d'une formation socioprofessionnelle et auto-emploi. Ligne de base (2013): Cible (2014):	15	-	-	15	100
Nombre de Kits VBG distribués. Ligne de base (2013): Cible (2014):		1000				Nombre de filles-mères victimes de violences accompagnées socio-économiquement. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 10			15		

VDH

Domaines d'intervention (PTA)/ en lien avec la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et de PF du MSPP/DSF 2013-2016.

Axe d'intervention : Offre de services : Services de PF ; Renforcement institutionnel : Formation continue ; Plaidoyer et dialogue politique ; Contrôle interne, gestion et audit

Activités programmées (VDH)

- Formation des jeunes intervenants (Formation de formateurs et de pairs éducateurs)
- Sensibilisation des jeunes (E-Forum, éducation par les pairs en milieu scolaire, projections-débats hors milieu scolaire)
- Animation autour des SONUB et des Points de prestations de services communautaires
- Référencement des jeunes (dans les institutions de santé)
- Plaidoyer auprès du MENFP (Atelier sur intégration SSR/PF)

- Appui au fonctionnement de 12 points fixes PF pour la campagne

Volet offre de service (revue 2014)

Offre de services	T1	T2	T3	Total	%
Nombre d'ateliers de travail organisés avec le MENFP. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 1	-	1	-	1	100%
Nombre de Curriculum validé. Ligne de base (2013):0 Cible (2014): 1	0	0	0	0	
Nombre d'enseignants/tes formés/es. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 50	0	0	0	0	
Nombre de documentaires télévisés réalisés en lien avec le MENFP Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 1	0	0	2	2	
Nombre de clubs de santé mis en place Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): 10	0	0	0	0	
Nombre d'émissions télévisées réalisées en lien avec le MENFP Ligne de base (2013): Cible (2014): 3	0	0	0	0	
Nombre d'activités de sensibilisation organisées autour des SONUB Ligne de base (2013): Cible (2014):	0	0	0	0	

FOSREF. Référence : Revue semestrielle des PTA – juillet, nov 2014

- Offre de services : Services PF et éducation à la SSR: dans 9 centres jeunes dont 7 dans l'Ouest et 1 dans le Sud-est à Jacmel et 1 dans les Nippes à Miragoane et un réseau de 60 écoles
- Renforcement institutionnel : Formation continue des professionnels (PF longue durée, dépistage cancer du col,)
- Plaidoyer et dialogue politique
- Contrôle interne, gestion et audit

Activités programmées/ Output 2

- Promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes dans les communautés desservies par les centres jeunes (& dans centres)
- Accessibilité -disponibilité et livraison de services SS/SR et de PF dans 9 centres jeunes (Services intégrés au paquet de services des centres Jeunes)
- Formation & Recyclage du personnel/ prestataires/ Jeunes en SS/SR/PF (la Sante Sexuelle/ Sante de la Reproduction/ Planification Familiale).
- Constitution de réseaux de Pairs éducateurs

Offre de services (revue 2014)

Offre de services	T1	T2	T3	Total	%
Nombre d'acceptants/es de condoms. Ligne de base (2013): Cible (2014):	1,964	5,121	2,284	9,369	
Nombre d'acceptants/es de pilules. Ligne de base (2013): Cible (2014):	61	50	59	170	
Nombre d'acceptants/es d'injectables. Ligne de base (2013): Cible (2014):	657	524	680	1,861	
Nombre d'acceptants/es d'implants. Ligne de base (2013): Cible (2014):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nombre d'acceptants/es de DIU. Ligne de base (2013): Cible (2014):	2	25	1	28	
Nombre d'acceptants/es de CCV. Ligne de base (2013): Cible (2014):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	2,684	5,720	3,024	11,428	>100%

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les données sont disponibles et diffusées et les bénéfices de la planification familiale pour les jeunes mis en évidence - par un meilleur accès à une éducation à la sexualité et à la contraception moderne augmente les opportunités tout le long de leurs vies, incluant: de plus hauts niveaux d'éducation, moins de grossesses, des maternités plus tardives et plus saines, et une plus grande capacité à s'engager dans des activités génératrices de revenus,

Les jeunes ont été présentés comme une cible dans le cadre de la campagne de PF,

Le « Plan stratégique national santé jeunes et adolescent - 2014 - 2017 », soulevait des questions relatives aux besoins spécifiques des jeunes, à l'adaptation de l'offre actuelle de services SR aux besoins des jeunes, aux changements et transformations à faire pour une offre de services plus accessibles aux jeunes, à la façon de préparer le personnel de santé à accueillir des jeunes sans jugement, critique, sans discrimination, de manière discrète et professionnelle, aux obstacles et barrières (culturels, économiques, géographiques) à l'offre et à l'utilisation des services aux jeunes, aux obstacles et barrières institutionnels et sociaux à la demande de services des jeunes,

L'un des **objectifs du Plan National Santé de la reproduction** et planification familiale 2013-2016 est **d'offrir à toute la population des services intégrés de santé de la reproduction** par du personnel qualifié y compris l'information et du conseil sur les questions de planification familiale, la PTME, la prise en charge médicale des violences spécifiques faites aux femmes et filles, prenant en compte une approche sensible au genre et à la sensibilité culturelle. Et l'axe offre de service prévoit des interventions et des stratégies devant toucher les jeunes :

- Intervention 1.1. Elaborer un programme national multisectoriel d'encadrement des jeunes en matière d'éducation et d'information sur la santé sexuelle et reproductive.
- Intervention 1.2. Développer une stratégie de communication sur la PF, segmentée par population cible (notamment les jeunes) et un plan de plaidoyer pour les décideurs nationaux et locaux
- Intervention 1.3. Augmenter l'offre et l'accès aux méthodes modernes de contraception aux niveaux Institutionnel et communautaire, en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée ou permanente, sur la qualité des services et en prenant en compte une offre adaptée aux jeunes.

L'état haïtien, ne priorise pas jusqu'à date le respect et l'application des droits à la sexualité et à la reproduction des jeunes. Les besoins des jeunes n'ont pas été adressés de manière cohérente et efficace autant dans la programmation du FNUAP qui cible les jeunes que dans le cadre de l'une des principales initiatives appuyées par le FNUAP pour ce cycle de programmation : la campagne de PF.

Le cycle de programmation et la campagne PF comme principale activité, n'ont pas véritablement permis d'agir sur les besoins :

- D'accès aux soins de jeunes (F/G)
- en clinique de santé spécifique pour les jeunes (F/G)
- d'espace physique pour l'organisation de ces cliniques au niveau institutionnel ;
- de formation (+ expérience) du personnel de santé depuis le niveau départemental jusqu'au niveau institutionnel dans le domaine des interventions auprès des jeunes et des adolescents ;
- d'outils de collecte d'informations relatives à la santé des jeunes (F/G) ;
- de matériels éducatifs sur des sujets spécifiques pour les jeunes (F/G) ;
- de faire tomber les tabous autour de la sexualité (la majorité des parents ont peur d'en parler à leurs enfants).

d - Synthèse pour le critère de jugement

Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont acquis des compétences dans la conception des politiques et programmes devant répondre aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence.

Les plans d'actions, les activités ont tendu vers l'atteint des produits et des résultats. Mais globalement, pour le volet égalité des sexes et droits à la procréation, la programmation a faibli dans sa cohérence interne au niveau de la stratégie opérationnelle. Alors que les objectifs avec les PE sont clairement explicités, les activités de certains PE semblent soit alignés principalement sur les axes

habituels de travail du partenaire avec peu d'adaptation contextuelle en regard des résultats attendus du FNUAP, soit répondre à une commande circonstancielle sans logique d'ensemble (Exemple : à la faveur de la campagne de PF intensifier les activités : VDH)

D'une part, le FNUAP n'a pas su transmettre les savoirs ou accompagner/encadrer les PE à les acquérir (connaissances spécifiques, savoir-faire, savoir-être, savoir-faire cheminer).

D'autre part, les partenaires ne se sont pas appropriés de la vision et de l'approche du FNUAP en matière d'égalité des sexes et de droits à la procréation. Les attentes et les résultats du côté des partenaires dans ce domaine spécifique n'étaient pas clairs. Idem de l'obligation de rendre des comptes sur la façon dont chacun s'y prenait.

Dès la phase conception et planification du programme, l'analyse de la situation faisait ressortir que la précarité des conditions socio-économiques des femmes en Haïti est attribuée à la faible intégration du genre et des droits humains dans la planification du développement en dépit des efforts déployés notamment avec la création du MCFDF. La promotion et la défense des droits des femmes est régulièrement placée au cœur des préoccupations gouvernementales lors de leur déclaration de politique générale.

Dans le précédent programme de coopération de l'UNFPA le genre et droits humains étaient une composante. L'accent était mis sur le renforcement des capacités du MCFDF pour des activités de plaidoyer, la mise en œuvre de lois et de politiques, la coordination de la prévention et de la réponse aux VBG. Le programme proposé (2013-2016) s'inscrit dans la même mouvance et vise à promouvoir les droits des femmes en santé sexuelle et reproductive.

Des stratégies de promotion de l'égalité des sexes et des droits à la procréation ont été incluses dans le document de programme. Ces stratégies et actions stratégiques majeures sont focalisées en premier lieu sur le développement d'un plan de plaidoyer et de communication suivant une approche multisectorielle et basée sur les droits, l'égalité des sexes, les jeunes. Et d'autre part, sur le renforcement des actions de plaidoyer fondées sur des données factuelles afin de promouvoir l'analyse et l'utilisation des données existantes sur les droits de la procréation et de la violence sexuelle.

Dans les faits, le choix de l'UNFPA a été porté d'une part, sur des organisations ciblant des jeunes, organisations qui en principe font la promotion de la santé et des droits de la procréation des jeunes à travers leurs politiques et leurs programmes. Et d'autre part, sur des organisations qui peuvent offrir des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes. Des organisations de jeunes (FOSREF/VDH) et ou prestataires de services SS/SR/PF (Profamil, CDS, DSSE, DSNI, DSO, ZL) ont été retenues mais, le focus de leur programmation a été sur la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et de PF. VDH et FOSREF ont mis en place des mécanismes de mise en œuvre de programmes touchant les jeunes.

Des activités de formation et de recyclage ont été réalisées par ces organisations à l'intention du personnel, des prestataires et des jeunes en SS/SR/PF. Ces organisations ont fait la promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes des communautés desservies et offert des services dans les centres de jeunes. A travers des activités de sensibilisation sur la santé sexuelle par les pairs éducateurs, de nombreuses écoles ont été touchées.

Politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes (Indicateur : CPAP)

- ✓ Les stratégies de mise en œuvre visaient le renforcement des institutions et organisations qui mettent en œuvre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et de droit de la procréation, de violences sexistes et de prise en charge des victimes. Toutefois, dans le cadre global du programme ces institutions n'ont pas été suffisamment formées en termes d'éducation du public sur les droits humains et les lois relatives aux droits en matière de sexualité et de droit à la procréation. Ces organisations ne se sont pas suffisamment penchées en termes de plaidoyer sur les lois et les politiques pour respecter et protéger les droits en matière de sexualité et de procréation des jeunes pas plus qu'elles n'ont adressé les obstacles dans les lois, les politiques et les pratiques

sociales qui portent atteinte aux droits des jeunes des adolescentes en matière de procréation en limitant **l'accès aux informations** et aux services de santé en matière de sexualité et de procréation.

- ✓ **Plaidoyer.** Les plaidoyers ont très peu porté sur la loi haïtienne qui prévoit des mesures punitives contre les femmes et les filles qui ont subi une interruption volontaire de grossesse, situation qui augmente le risque qu'encourent ces femmes et ces filles, la mortalité et la morbidité maternelle, la violence et ses conséquences à leur égard.
- ✓ **Prestation de services de santé.** Les services sont ouverts à tous et à toutes y compris les jeunes mais, il n'y pas eu de la part des PE une offre complète et intégrée de services, d'information et d'éducation de bonne qualité en matière de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes. Cette éducation, appropriée selon l'âge, devait concerner les droits humains, la sexualité, l'égalité des sexes, la santé sexuelle et procréative. Fort souvent, les jeunes ne sont pas vraiment en mesure d'exercer leurs droits, de prendre des décisions informées sur leur sexualité et de mieux planifier leur vie.
- ✓ **Prévention et réponse à la violence.** Les institutions qui en font la promotion n'ont pas suffisamment mis l'accent sur la violence comme une violation des droits humains et développé un paquet plus spécifiquement en matière de prévention. Les institutions et services de santé appuyés sont censés offrir l'ensemble des services essentiels à toutes les victimes/survivantes de la violence de genre. Les victimes doivent avoir un accès immédiat à ces services.

Les données présentées concernent principalement le nombre d'acceptante de méthodes de PF. FOSREF prend en compte les données sur la violence mais pas VDH.

Au regard des constats, les domaines d'intervention suivants sont importants mais pas suffisamment développés :

- Une éducation publique efficace et des réformes juridiques et politiques visant spécifiquement le respect, la protection et la réalisation des droits des jeunes en matière de sexualité et de procréation.
- La fourniture d'une offre complète et intégrée de services, d'information/ d'éducation et de service de bonne qualité en matière de santé sexuelle et procréatrice à travers le système de soin de santé primaire à l'intention des jeunes
- L'accès de tous les jeunes à une éducation à la sexualité
- L'élimination de la violence à l'égard des jeunes filles et des adolescentes et l'accès universel de toutes les victimes/survivantes de la violence de genre aux services essentiels.

C. Critère de jugement : L'appui de l'UNFPA a contribué à la prise de conscience des VBG et à l'amélioration des mesures de prévention, de protection et de prise en charge médicale, notamment pendant les périodes de crise a - Indicateur : Preuves du développement et de la diffusion du curriculum de formation et des outils de plaidoyer sur la prévention et la réponse aux VBG, en situation humanitaire

i) Extraits détaillés de la documentation

« Pour cette année, pour la consolidation les acquis à la réponse aux GBV, les CDS travailleront sur:

- *les aspects de sensibilisation par l'information et l'éducation auprès de la population cible et recherche de synergies avec les organisations de base (OCB) et les organisations de femmes. Ex: GADES aux Cayes et REF ANO dans le Nord-Ouest pour intensifier la demande de services.*

- *La sensibilisation du personnel soignant des institutions de référence à l'intégration du programme dans toutes ses composantes dans les soins globaux.*

- *Une bonne couverture des besoins en matériels et médicaments nécessaires au fonctionnement de ces 3 centres*

- *Le renforcement du système d'enregistrement et de notification de cas de viols à partir de l'utilisation des formulaires, une contribution à la disponibilité et à l'utilisation accrue de ces données. »* PTA CDS 2013

2013

Tableau - Rapport annuel UNFPA (2015)

Rubrique	Résultats
Organisations soutenues par l'UNFPA qui mènent des programmes de prévention de la violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire	Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015. Source : Rapport annuel UNFPA Baseline : 10 (2012) Target 2015 : 14 Actual 2015 : 3
Preuves du développement et de la diffusion du curriculum de formation et des outils de plaidoyer sur la prévention et la réponse aux VBG, en situation humanitaire	<i>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</i> <i>Curriculum et outils de plaidoyer et de prévention VBG testés et validés</i>
Prévention de la violence fondée sur le sexe, la protection et la réponse sont intégrés dans les programmes sexuels et reproductifs nationaux de santé : prise en charge médicale des cas de VBG fait partie des fonctions des SONU et tout SONU appuyé par le FNUAP offre ces services	<i>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</i> <i>Plan de prévention des GBV élaboré</i> <i>Pan de réponse GBV effectif</i>
Output 4 : 3 pays a au moins une communauté sexuelle à l'organisation des travailleurs dirigée engagée dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes qui adresse le VIH et les besoins de santé de la reproduction sexuelle des travailleuses du sexe	<i>Rapport annuel 2015 – L'UNFPA. Draft 22 décembre 2015.</i> Reponse pg 42 Rapport 2015
Les activités qui génèrent la demande supportées pour atteindre les femmes et les filles marginalisées	Promouvoir l'utilisation de groupes spéciaux, incluant la motivation des hommes et la participation des jeunes
Niveau de mesures prises pour soutenir les initiatives et les plans pour améliorer l'accès des femmes et des filles pauvres à la planification familiale	Des ressources ont été mobilisées et plan d'action est en cours d'exécution
Nombre d'initiatives et de plans nationaux pour améliorer l'accès des personnes dans des bidonvilles et difficiles à atteindre les zones rurales à la planification familiale	DSO / ZL / PROFAMIL: accès SRH pour les femmes dans les zones rurales DSO / CDS / SHOG: accès SRH pour les femmes dans les bidonvilles
Types de groupes clés marginalisés de la population atteint grâce à des ressources humaines incluant la formation pour l'intégration des services de santé / famille de reproduction avec le genre, le VIH et la santé maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • les jeunes • Les femmes et les filles pauvres • Difficile à atteindre en milieu rural, des bidonvilles et des zones mal desservies

MCFDF. Référence : Revue semestrielle des PTA – juillet, nov 2014

Appui de l'UNFPA au bureau de lutte tripartite- Axes d'intervention du bureau : prévention et réponse aux VBG. Des cadres compétents ont intégré la structure et des rapports d'analyse sur les VBG ont été produits régulièrement. Le travail du bureau a mis en évidence l'ampleur du problème.

Nombre de personnes victimes de VSF (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): T2 :538 T3 :128.

Nombre de cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique. Ligne de base (2013): 0 Cible (2014): T2 :474 T3 : 277

Nombre de femmes violentées accompagnées.

Ligne de base (2013): 55 Cible (2014): 100 T3 :405

MCFDF. Référence : Revue semestrielle des PTA – juillet, nov 2014

Pourcentage de personnes victimes de violences (sexuelle, physique, psychologique et économique) enregistrées

Ligne de base (2014): 0 Cible (2015):100 T1 :104 T2 :77 T3 : 230 TOTAL :603

Pourcentage de femmes violentées accompagnées (assistance juridique/psychosocial) au BLCVF Ligne de base (2014): 0 Cible (2015): 100 T1 :60 T2 :62 T3 :230 TOTAL : 523

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Curriculum de formation et outils de plaidoyer sur la prévention et la réponse aux VBG développés et validés.

Des cadres compétents ont intégré différentes structures du MCFDF et travaillent autant dans la formation que le plaidoyer sur la prévention et la réponse au VBG

Travailler dans l'optique de la santé publique et des droits humains nécessite d'utiliser les données existantes pour faire ressortir, dans le curriculum et dans le plaidoyer : l'ampleur et les effets sur la santé, de la VBG; les répercussions de la violence sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ; les formes que peuvent prendre cette violence. La base de données du MCFDF est un résultat essentiel pour avancer.

Contribuent également à cette prise de conscience des VBG et l'amélioration des mesures par les PE :

- Les données collectées, analysées et partagées
- Les activités, qui génèrent la demande, supportées pour atteindre les femmes et les filles marginalisées contribuent également à cette prise de conscience.
- Types de groupes clés marginalisés de la population qui sont atteints grâce aux formations et sensibilisation
- Les zones touchées par les sensibilisations et formations mis en œuvre par les partenaires : DSO / ZL / PROFAMIL: accès SRH pour les femmes dans les zones rurales DSO / CDS / SHOG: accès SRH pour les femmes dans les bidonvilles
- L'offre de services dans différents espaces : structures de santé, espaces jeunes, espaces communautaire
- L'information sur la qualité des services offerts (prise en charge médicale des cas de VBG fait partie des fonctions des SONU)

b - Indicateur : Existence de formations spécifiques et de diffusion de l'information ; degré de mobilisation de la coopération Sud-Sud

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Pas de mobilisation de la coopération Sud-sud.

c - Indicateur : Degré de coordination/chevauchement du système de prise en charge holistique des services de prévention et de réponse aux VBG

i) Extraits détaillés de la documentation

Nécessité **souligné dans le plan national** : « Établissement de mécanismes pour une action harmonisée A l'échelle nationale, avec des niveaux de coordination nationale, départementale et communale ». En référence au plan national de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles (2012-2016), la coordination du système de prise en charge touche, entre autres les aspects suivants :

- La mise en œuvre du Plan National concernant la prévention des violences sexospécifiques et la prise en charge des femmes/filles violentées.
- L'élaboration et la mise à jour périodique d'une cartographie, par axe d'interventions du Plan National
- L'identification des besoins non couverts et la conduite de plaidoyers auprès des institutions exécutantes et des bailleurs de fonds pour obtenir la couverture de l'ensemble des besoins ;
- L'élaboration des plans opérationnels annuels au niveau national et départemental et mise en place des mécanismes de pilotage de ces plans au niveau départemental.

Suivant la politique d'égalité femmes hommes (2012- 2034), La CN appuie la mise en œuvre de la politique EFH et de son plan national d'action en fonction de son expertise. Dans ce cadre les attributions principales de la CN sont de : proposer des avis et des actions ; s'assurer de la formation des acteurs intervenant dans la lutte contre la violence spécifique faite aux femmes et filles ; développer des outils techniques de prévention, de communication et prise en charge ; réaliser des études et recherches et préparer des rapports de diagnostic et d'avancement.

Mise en place par le MCFDF du Bureau de lutte tripartite qui reçoit les doléances de victimes de violence sous toutes ses formes et les accompagne pour des soins médicaux, une assistance juridique et sociale que leurs cas nécessitent.

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

d - Indicateur : Degré de renforcement des structures d'accueil des jeunes filles victimes de VBG

i) Extraits détaillés de la documentation

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

e - Indicateur : Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation)

i) Extraits détaillés de la documentation

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

f - Indicateur : Degré de leadership de l'UNFPA dans les évolutions positives de la politique de prise en charge des victimes de VBG, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle (qualité)

i) Extraits détaillés de la documentation

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

g - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA à travers l'appui fourni au MCFDF et aux organisations a contribué à la prise de conscience des VBG. Un curriculum de formation et des outils de plaidoyer sur la prévention et la réponse aux VBG ont été développés par le FNUAP. Ce résultat est arrivé cependant vers la fin du cycle de programmation et le pool d'institutions et d'organisations partenaires n'ont pas pu pleinement bénéficier de cet acquis.

Le temps n'a pas non plus permis de voir dans quelle mesure ce renforcement de capacité des PE a des répercussions sur leur façon d'aborder et de traiter la VBG, les améliorations au niveau des mesures de prévention, de protection et de prise en charge médicale.

En termes de mesures de prévention, les PE ont informé et sensibilisé la population. Ils ont organisé des séances de sensibilisation, des ateliers de formation, des réunions. Ces activités ont permis aux PE de communiquer sur les démarches à entreprendre en cas de violence, incluant les informations sur les services disponibles.

En matière de prise en charge, du personnel qualifié était disponible au sein des institutions de santé appuyées par le programme pour accueillir et prendre en charge les victimes de violences sexospécifiques. La prise en charge médicale des cas de VBG fait partie des fonctions des SONU appuyé par le FNUAP.

Les rapports, revues périodiques, et entretiens n'informent pas sur :

- ✓ **Les sources de données** (provenance / décanter par rapport aux données du bureau de lutte tripartite). Il aurait été intéressant de voir l'évolution des résultats du bureau de lutte avant et avec l'appui de l'UNFPA. Nous n'avons pas pu avoir accès à ces rapports. Les données présentées par le MCFDF ou par le FNUAP peuvent sembler parfois être en contradiction faite parfois de détails sur le processus de compilation de ces données. Par exemple, le rapport annuel de l'UNFPA fait état de : 172 sur 252 des femmes violentées (68%) qui ont été accompagnés alors que le MCFDF fait état d'un nombre nettement plus élevé.
- ✓ A défaut d'une structure fonctionnelle au Ministère et à la Concertation Nationale contre les violences faites aux femmes quels ont été les mécanismes de cueillette et d'analyse des données activés ?
- ✓ Le rôle joué par les niveaux central et départemental du ministère qui sont à des paliers différents mais, ont des mandats complémentaires.
- ✓ Les outils utilisés. Les données reçues sont-elles effectivement compilables ?
- ✓ La stratégie pour éviter les doublons.
- ✓ (...)

Les cas de victimes de VSF documentés ayant bénéficié d'une assistance juridique sont élevés (751 sur une période). Aucune information : sur le degré de l'appui : accueil, information, prise en charge partielle, (...); les résultats de l'appui (Ex : combien de personnes ont porté plainte ?). Il en est de même des données sur les **femmes violentées accompagnées** (2014 : 405 2015 : 523). Si on se réfère aux données que présentait la CN (en provenance des organisations membre) dans les années passées, les chiffres du MCFDF forcent à se questionner. Et seul un retour sur le processus de cueillette et d'analyse des données peut aider à lever le voile.

Prévention de la violence. Les PE qui travaillent dans le domaine du plaidoyer et de la demande de services, particulièrement les organisations de jeunes, FOSREF, VDH n'ont pas dans leurs plans d'actions d'activités spécifiquement liées à la prévention de la violence. Le focus est mis principalement sur : la promotion des services adaptés SS/SR/PF pour les jeunes dans les communautés desservies ; l'accessibilité, la disponibilité et la livraison de services SS/SR et de PF dans les espaces jeunes ; la formation des jeunes intervenants ; la sensibilisation des jeunes en/hors milieu scolaire, dans les points fixes dans la communauté.

« Réponse » à la violence. Un aspect important de la réponse aux VBG est constitué par les services de prise en charge offerts par les prestataires de service. Un des objectifs dans le domaine était de former en GBV des prestataires et de renforcer les services de VBG dans les SONU. Ces services ont effectivement été rendus disponibles dans les structures appuyées par l'UNFPA.

- ✓ Les PE (CDS, Zanmi Lasante, PROFAMIL, DSSE, DSNI, DSO...) ont renforcé leurs offres de service aux femmes. Même si certains mentionnent appuyé la VBG, les domaines d'intervention sur lesquels ils rapportent sont en lien avec la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et de PF du MSPP/DSF 2013-2016. En effet, les résultats ne font nullement état de prise en charge de cas de VBG mais des services offerts aux femmes et aux filles en : PF ; services gynécologiques, CPN, et postnatal ; dépistage lésions précancéreuses du col et des IST ; formation en SSR et sensibilisation communautaire.
- ✓ **CPFO intervient dans l'accompagnement** et la prise en charge médicale, psychosociale des victimes de violence ; l'offre de services SR/PF aux femmes et aux filles. Contrairement aux autres PE, l'institution adopte en partie l'approche basée sur les droits de la personne. Ainsi, l'empowerment communautaire et individuel devient une porte d'entrée pour adresser les problèmes des femmes.

La contribution du FNUAP à la prise de conscience des VBG et l'amélioration de la réponse s'est faite aussi via les ressources humaines formées qui ont rejoint le système.

- Intégration de cadres formés à la question du genre dans différentes directions du MCFDF (UPE, Bureau de lutte tripartite, unité base de données) ;
- Des cadres ont été habilités à collecter, produire et analyser les données fiables en matière de genre. Ils sont en train de produire des rapports qui documenteront la situation de la VBG en Haïti ;
- Des cadres formés par l'IHSI, aptes à tirer les informations à partir de l'enquête EMMUS et à produire des documents d'analyse de genre ont intégré le MCFDF ;
- Un inventaire des études réalisées sur le contexte de la violence en Haïti est produit.

Pour la durabilité des actions, les axes d'appui de L'UNFPA qui sont à consolider sont :

- ✓ La mise en place d'un système fonctionnel de gestion des informations, sur les violences spécifiques envers les femmes et les filles et l'acheminement régulier des informations recueillies aux organisations et instances concernées
- ✓ Le développement des partenariats stratégiques entre l'IHSI et les structures/centres de formation et de recherche pour avoir sur certaines thématiques des rapports statistiques fondés sur le sexe.

- ✓ La promotion d'une approche basée sur les droits de la personne par des actions de plaidoyer :
 - Plaidoyer pour que les violences faites aux femmes/ le non accès aux services de SR-PF soient considérées comme des violations des droits humains (droits à la santé, droit à la procréation)
 - Plaidoyer pour une prévention nationale du phénomène des violences envers les femmes
 - Mobilisation des groupes vulnérables (dont les femmes et les jeunes) et mise en œuvre de programme d'éducation et d'information sur leurs droits sociaux
 - Soutien aux actions en vue de réduire la mortalité maternelle dans un environnement où les droits des groupes vulnérables sont pris en compte
 - Recherche sur l'état des lieux du respect des droits des femmes en Haïti

Deux des objectifs de la Politique d'égalité et du Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes était de renforcer la construction d'un État de droit en Haïti notamment par la lutte pour le respect des droits des femmes ; de renforcer les connaissances dans le domaine des violences sexospécifiques, en mettant l'accent sur la question des violences faites aux femmes comme élément à part entière des violations de droits humains a été une des stratégies définies.

L'approche basée sur les droits de la personne, prônée par l'UNFPA, permettra de traiter de manière adéquate les questions des droits des femmes (droit à la santé, droits à la procréation, droits au respect de son corps,) dans les activités, produits et effets du programme. En choisissant, entre autres, de travailler sur l'empowerment et la capacitation (femmes, jeunes F/G, ...) pour permettre aux individus de devenir des acteurs majeurs de leur propre développement ; de développer des programmes qui visent à réduire les disparités et à renforcer l'autonomie des personnes exclues ; de développer des stratégies qui favorisent l'autonomisation.

Les activités de prévention et de réponse aux VBG n'adressent pas vraiment le contexte des situations d'urgence.

7.4.5 Dans quelle mesure l'UNFPA a fait à Haïti un bon usage de ses ressources humaines, financières et techniques et utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches pour l'atteinte les résultats du programme ?

A. Critère de jugement : Les partenaires d'exécution de l'UNFPA et leurs bénéficiaires ont reçu dans les temps impartis un niveau de ressources proportionné aux actions envisagées

a - Synthèse pour le critère de jugement

Le principal obstacle à la bonne exécution du programme lié aux procédures administratives et financières de l'UNFPA est la progressivité de la libération des fonds (réguliers, mais surtout thématiques), le retard dans la mise à disposition des ressources et enfin l'incertitude dans laquelle reste le BP quant aux volumes effectivement mobilisables. La programmation annuelle avec les PE, par le biais des PTA, n'a pas de visibilité avant mars-avril, ce qui est un obstacle majeur au développement d'une stratégie au niveau de chacun des PE mais aussi pour l'ensemble des PE qui interviennent dans un même domaine. La nature des activités comme leurs cibles sont fonction des ressources mobilisables. Elles ne peuvent être déterminées que progressivement, avec une tendance forte à la baisse entre 2013 et 2016.

Au-delà d'être un obstacle à une démarche stratégique, la détermination des ressources effectivement disponibles pose le problème simple pour les PE du maintien des personnels affectés aux activités financées par l'UNFPA d'une année sur l'autre. L'UNFPA prenant en charge les salaires et l'appui logistique, quelques PE arrivent à gérer ces périodes de latence, mais beaucoup sont amenés à abandonner les activités ciblées par l'UNFPA. Le BP essaye de minimiser les effets de cette

procédure de mobilisation financière en faisant de l'acrobatie financière entre les PTA, dans l'attente des décisions du siège, puis de refaire des PTA pour réallouer les budgets une fois disponibles. En fin d'année, une nouvelle vague de PTA est révisée pour affecter les ressources des PE ayant démontré une faible capacité d'absorption vers ceux qui ont des dépenses qui peuvent être mises en œuvre rapidement, avant clôture budgétaire. Cette ingénierie financière induit des dépenses mal justifiées, généralement allouées à des achats de fournitures qui peuvent n'avoir qu'un rapport lointain avec l'objectif recherché.

B. Critère de jugement : Les procédures administratives et financières de l'UNFPA ainsi que les combinaisons de ses modalités de mise en œuvre ont contribué à la bonne exécution du programme

a - Indicateur : Adéquation des procédures administratives et financières de l'UNFPA pour la bonne mise en œuvre des activités

i) Extraits détaillés de la documentation

« Le PTA est composé d'une page de couverture qui comporte : un résumé de la façon dont le PTA doit contribuer au(x) résultat(s) du programme, l'estimation du budget total, le taux convenu des dépenses d'appui, les dates de début et de fin et les signatures. Il comporte aussi le Plan de travail annuel avec une description détaillée des actions, des budgets par trimestre et par source de financement ainsi qu'un indicateur et l'objectif annuel correspondant pour chaque résultat du programme afin de mesurer les progrès. (...) Les budgets :

- comprennent des actions précises avec un estimatif détaillé des coûts pour permettre le suivi et vérification des dépenses liées aux actions*
- incluent une ligne pour le suivi et l'évaluation des coûts : déplacements, indemnités journalières (IJ), frais d'impression, engagement d'une aide supplémentaire, nécessaire pour enquêtes etc., s'il y a lieu*
- comprennent les coûts d'audit (environ 2% du budget total) » UNFPA, Manuel pour travailler avec les partenaires d'exécution, 2012, p.10*

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le BP et 100% des PE.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La mission a collecté le lot habituel de critiques des PE sur le manque de flexibilité de procédures de l'UNFPA, et la nécessité corolaire d'ajuster les procédures aux capacités des partenaires. Ces positions ne sont cependant pas reprises par les PE ayant une longue expérience de collaboration avec l'UNFPA (DSF) et une relativement bonne organisation interne (CPFO, PROFAMIL). Le BP a fait des efforts importants d'accompagnement et de formation des PE pour l'ajustement aux procédures, et l'appui des chargés de projet a été apprécié positivement. Il n'a pas été possible de corréliser ces difficultés avec les procédures aux faibles taux de décaissement qui sont plus liés à un réalisme insuffisant aux différentes étapes de la programmation, ainsi qu'à l'opacité sur la disponibilité des fonds à ces différentes étapes. Les audits NEX n'ont en règle générale pas émis de commentaires ayant une incidence sur l'opportunité des dépenses ni leur régularité.

Les délais des appels à la concurrence gérés par le BP, tels qu'évoqués par les PE et le personnel du BP, sont cohérents avec les procédures de l'UNFPA. Le paiement des dépenses par le PNUD introduit un délai supplémentaire (1-2 semaines) qui n'est pas apparu comme un obstacle majeur à la mission.

b - Indicateur : Adéquation des critères de sélection des PE

i) Extraits détaillés de la documentation

« Les actions financées par l'UNFPA doivent être intégrées dans vos programmes et systèmes ordinaires et gérées selon vos propres règles et procédures. Pour assurer que votre capacité financière et de gestion et vos contrôles internes sont capables de satisfaire les exigences voulues pour pouvoir exécuter les programmes financés par l'UNFPA, cette dernière évaluera la capacité de chaque PE au moyen d'un outil d'évaluation exhaustive de capacité et/ou de l'outil des Nations Unies pour la Micro-évaluation de la capacité de gestion financière des partenaires d'exécution avant d'officialiser le partenariat. Lorsqu'une évaluation identifie des lacunes dans la capacité organisationnelle, elle donne

la possibilité d'y remédier de façon systématique. Le résultat des évaluations influe sur les modalités de transferts de fonds et de contrôle que l'UNFPA appliquera pour se montrer responsable. » UNFPA, Manuel pour travailler avec les partenaires d'exécution, 2012, p.7

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec le BP et 100% des PE

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La question de la sélection des PE ne s'est pas posée pendant le 5^{ème} programme. L'évaluation du 4^{ème} avait recommandé de réduire le nombre de PE, ce qui a été fait par élimination parmi les PE de l'époque. Globalement, le 5^{ème} programme a été réduit à un recentrage sur l'offre de services SSR, et donc les PE positionnés sur ce thème ont été maintenus.

Par contre, la réalisation des trop nombreuses « approches stratégiques » du CPAP aurait impliqué la sélection de nouveaux PE positionnés sur d'autres domaines du mandat ou porteur des nouvelles dimensions introduites par le nouveau cadre stratégique de l'UNFPA (« l'œil de bœuf »). L'approche par les droits humains est typiquement étrangère aux gestionnaires de PPS que sont SHOG ou CDS, par exemple. Tant la conception du CPAP que sa traduction opérationnelle ont visé à maintenir un appui aux PE traditionnels de l'UNFPA à Haïti, sans de plus changer les modalités d'appui particulières que sont la prise en charge des salaires, des achats de fournitures et des frais logistiques.

Cette modalité d'intervention est probablement pour partie héritée de la récurrence des périodes de crises humanitaires qu'a connu le pays, et l'incapacité chronique de l'État à assurer le financement du secteur de la santé (cf. 7.4.2D.b - ci-dessus). Le versement de salaires directs représente 10% des dépenses opérationnelles de l'UNFPA sur la période (2,0/20,9 M\$), autant que les salaires du personnel du BP (source Atlas). Elle est la caractéristique de l'UNFPA qui est considérée comme la plus attractive pour les PE. Elle l'est d'autant que les résultats du paiement des salaires administratifs (c'est-à-dire de l'encadrement, pas des opérationnels) ne fait pas l'objet d'une évaluation et aurait du mal à l'être puisque ces salaires ne sont pas liés à des résultats (le cas le plus extrême est celui des 7 salaires versés depuis 3 ans au MCFDF sans résultat évaluable). Une autre modalité d'intervention apparentée de l'UNFPA est le financement d'un appui administratif et/ou logistique (4,2 M\$, source Atlas). La catégorisation des activités dans Atlas ne permet cependant de faire une analyse fine et notamment de distinguer les financements qui peuvent donner lieu à l'évaluation de leurs résultats, et ceux qui sont prodigués sans capacité à en apprécier l'utilité de manière objective.

c - Indicateur : Gains liés à l'exécution directe

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretien avec le BP et 100% des PE

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les PE non-gouvernementaux ne font pas de remarques particulières sur l'exécution directe d'une partie des financements qui leur sont affectés. Les ministères, et particulièrement le MSPP, en tant que PE apprécient l'usage de l'exécution directe qui permet d'accélérer considérablement les procédures de passation de marchés de services ou d'achat de fournitures par rapport aux procédures nationales. Le contournement des problèmes de gouvernance, ou des suspicions de corruption liées aux appels d'offres des institutions publiques, est également apprécié. En revanche, le MCFDF a exprimé le souhait d'avoir une plus grande autonomie sur l'affectation des ressources de l'UNFPA et leur utilisation, de manière à améliorer l'alignement avec ses stratégies. Les performances actuelles du ministère ne justifient cependant pas cette autonomisation, pas plus que sa capacité démontrée de reddition des comptes et les règles du SNU ne le permettent.

d - Synthèse pour le critère de jugement

Les procédures administratives de l'UNFPA ont contribué à la bonne exécution du programme. Par contre, les mécanismes de libération progressive et peu prévisible des ressources des fonds thématiques sont un obstacle pour le développement de stratégies pluriannuelle et même annuelle

des PE, individuellement et collectivement. Les PTA sont plus des instruments d'ingénierie financière en début et en fin d'année que des documents de stratégie et de programmation. Ils restent malgré tout la base des revues et des évaluations.

Il est pratiquement impossible à la majorité des PE, et particulièrement des ONG qui ne disposent pas d'autres sources de financement, d'assurer la continuité des services promus par l'UNFPA puisque pendant les 2-3 premiers mois de l'année ils ne sont plus en mesure de payer les salaires correspondants. Le BP réussit en général à minimiser ces contrecoups en faisant transiter les ressources d'un PTA à l'autre. Ces incertitudes budgétaires, avec des budgets tendancielle à la baisse sur l'ensemble de la période, sont des obstacles à la bonne exécution du programme. Elles entraînent en fin d'années des réaffectations budgétaires d'opportunité, sans justification suffisante, pour assurer la consommation maximale du budget.

Les modalités de mise en œuvre des financements de l'UNFPA privilégient à Haïti le paiement de salaires d'encadrement, l'achat d'équipement (de bureau, et notamment la climatisation ou un groupe électrogène, mais aussi de déplacement,...) et ses frais de fonctionnement. Ses budgets difficiles à relier à des opérations spécifiques et donc à des résultats pour l'UNFPA représentent au minimum³⁰ 30% des dépenses sur la période. Cette situation est a priori héritée des périodes de réponse aux crises humanitaires.

7.4.6 Dans quelle mesure le bureau de l'UNFPA a contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination et à une division des tâches adéquate dans le système des Nations Unies à Haïti ?

A. Critère de jugement : Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail et à des initiatives conjointes dans le cadre de l'UNCT

a - Indicateur : Participation active de l'UNFPA aux groupes de travail du SNU

i) Extraits détaillés de la documentation

« UNFPA s'emploiera à renforcer les synergies et les partenariats avec les autres agences et organisation des Nations Unies telles que UNICEF, OMS/OPS, PNUD, ONU Femmes, ONUSIDA, UNOPS, UNHCR, ainsi que les donateurs à travers le Groupe Sectoriel santé : ACDI, Banque Mondiale, USAID. » CPAP, p.18

« Les Nations Unies devront donner priorité aux initiatives et approches conjointes (en particulier en ce qui a trait au renforcement des institutions clés) par rapport aux mandats des agences individuelles et des sections de la MINUSTAH » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.5

« Concernant ses avantages comparatifs, l'organisation peut compter sur son pouvoir fédérateur, sa capacité de coordination des acteurs humanitaires et de développement sur des thématiques spécifiques, une expertise technique variée, des ressources humaines importantes et des partenariats de long terme à l'échelle du pays. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.13

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec UNICEF, OMS, ONU-Femmes, OCHA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA a assuré une participation régulière aux groupes de travail du SNU qui requéraient sa présence, notamment pour la programmation du cadre intégré et la coordination. Le SNU est dans une situation particulière en Haïti avec la présence de la MINUSTHA qui tend à avoir un rôle prédominant et donc à dérégler les équilibres et complémentarités entre agences.

Le projet conjoint UNFPA/UNICEF/OMS (2009-2014), sur un financement de la coopération canadienne a mis en place pendant les 2 premières années du 5^{ème} programme des collaborations étroites et opérationnelles entre les trois agences, sur la base d'un cadre stratégique qui mettait bien

³⁰ La nomenclature des activités dans le logiciel Atlas ne permet pas des regroupements univoques par type de dépenses.

en valeur leurs complémentarités et synergies. À la clôture du programme, le schéma d'ensemble n'a pas pu être reproduit par manque de financeur et des collaborations plus ponctuelles se sont mises en place. Le projet conjoint a fait l'objet d'une capitalisation mais l'intégration des acquis n'a pas été spécifiquement portée par les agences (auprès de la DSF du MSPP) et le cadre stratégique n'apparaît pas spécialement comme une référence partagée. Les agences ont repris un dispositif en silo, chacune positionnée sur son champ thématique comme : la protection sociale pour l'UNICEF, l'approvisionnement pour l'OMS et les services de santé reproductive pour l'UNFPA.

b - Indicateur : Rôle de leader assumé dans les groupes de travail pour les domaines correspondant au mandat

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec UNICEF, OMS, ONU-Femmes, OCHA et la représentation du BP

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA est leader pour le groupe H+4. Il y a eu peu de réunions du groupe pendant la période sous revue, dont 1-2 en 2015 (malgré des demandes de l'OPS et de l'UNICEF sur des points particuliers). Cette situation est liée à la réduction progressive des ressources financières disponibles pendant la période sous revue. L'essentiel des ressources étant préemptées par leur affectation aux salaires et au fonctionnement des partenaires d'exécution, la marge laissée pour des nouvelles initiatives conjointes a été trop réduite pour mobiliser ce groupe en particulier. Les autres groupes thématiques (genre, par exemple) permettent à l'UNFPA de couvrir les domaines de son mandat.

c - Indicateur : Volume des échanges d'information entre les agences du SNU

i) Extraits détaillés de la documentation

« La 3eme promotion des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) de la commune de Carrefour, a bénéficié d'une formation réalisée par l'OPS/OMS et le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) du 13 au 15 octobre derniers dans le but de renforcer leurs capacités, en matière de santé maternelle, essentiellement le suivi de la grossesse, l'accouchement, et la période post-natale, ainsi qu'en matière de planification familiale et de vaccination des enfants de moins de 5 ans. (...) »

http://www.paho.org/hai/index.php?option=com_content&view=article&id=7210%3A2015-10-29-16-01-23&Itemid=255&lang=fr

« 25 novembre 2015 : Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Note d'information conjointe-Nations Unies Haïti « Les Nations Unies lancent les 16 jours d'activisme contre la violence faite aux femmes et filles avec le message : « Patisipasyon Fanm = Ayiti dyanm ». http://www.paho.org/hai/index.php?option=com_content&view=article&id=7213%3A2015-11-25-23-32-31&Itemid=255&lang=fr

« Comment intervient l'UNICEF ? L'UNICEF mise sur un renforcement des capacités du MSPP et trois grands axes sont prioritaires :

- Le renforcement des acquis de la vaccination de routine en mettant l'accent sur l'approche RED (ReachEach District),
- Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base (SONU-B) en insistant sur les soins aux nouveaux nés,
- Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/Sida (PTME) avec un focus sur l'élimination du Sida pédiatrique d'ici 2015,

L'UNICEF focalisera son appui au MSPP dans les efforts de prévention et de contrôle du choléra.

Mettre l'accent sur la Communication pour le développement pour assurer que des pratiques essentielles de santé soient adoptées au sein de la communauté.

L'UNICEF, en matière de santé, prévoit de passer progressivement d'un programme d'urgence à un programme de développement afin de :

- Permettre une continuité de soins avec une série d'interventions (adolescents/jeunes, femmes enceintes, nouveau-nés et enfants). Avec la mise en œuvre d'un système de référence de qualité en vue de l'amélioration de l'accès aux services de santé de base.

• Renforcer la capacité du personnel soignant à tous les niveaux pour améliorer la gestion du secteur de santé. » <http://www.unicef.org/haiti/french/health.html>

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec UNICEF, OMS, ONU-Femmes, OCHA et la représentation du BP

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'a pas été possible de collecter des informations probantes pour cet indicateur. De manière globale, il n'est pas apparu que le BP disposait d'une documentation détaillée sur les activités des autres agences ; réciproquement, les agences consultées avaient une connaissance modeste de la production documentaire de l'UNFPA. Il semble que l'essentiel des échanges d'informations se fasse de manière interpersonnelle entre représentations ou à l'occasion des groupes de travail. Les volumes de production d'informations documentées des différentes agences sont réduits – ou sont réservés à la circulation interne.

d - Indicateur : Existence d'activités conjointes programmées

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec UNICEF, OMS, ONU-Femmes, OCHA et la représentation du BP

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'y a pas d'activité conjointe programmée à l'heure actuelle. Une activité conjointe a été envisagée un temps avec ONU-Femmes mais elle ne s'est pas concrétisée. Les deux agences interviennent en appui au MCFDF de manière coordonnée, avec une polarisation des activités de l'UNFPA sur l'aspect « données » (base de données sur les VBG) qui reste sa marque de fabrique a minima. La collaboration avec l'OPS-OMS est du même ordre, avec une quantification conjointe des besoins en PF (principalement sur les méthodes de longue durée). L'UNICEF n'a pas fait mention de projet ou d'activité commune, en dehors des grands principes de complémentarité des mandats.

e - Indicateur : Existence de programmes conjoints mis en œuvre

i) Extraits détaillés de la documentation

«D'ici 2016, il est donc envisageable que la présence des Nations Unies soit significativement réduite, ce qui nécessite un ajustement de ses modalités d'opération³¹, et a un impact direct sur le nombre et le niveau de résultats que les Nations Unies s'engagent à atteindre sur les quatre prochaines années, en appui au Gouvernement et aux partenaires nationaux. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.13

« Le projet conjoint UNFPA-OPS/OMS-UNICEF «Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti» 2008-2013, financé par la coopération canadienne vise la réduction de la mortalité maternelle et plus globalement l'atteinte de l'Objectif du millénaire 5 (OMD). Son but est d'améliorer l'état de la santé de la reproduction au niveau national, et plus particulièrement dans les départements des Nippes et du Sud-Est par un appui à plusieurs niveaux:

- Un appui institutionnel : Renforcement de la gouvernance, du leadership et des capacités de régulation du Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) et de ses structures déconcentrées, les départements sanitaires (DDS) ;
- Un appui au niveau opérationnel de l'offre de soins, disponibilité des intrants ;
- Un appui au niveau communautaire avec des agents de santé communautaires et les associations de la société civile.

(...) Le projet comprend 4 composantes qui en synergie doivent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

³¹ Par exemple, le système des Nations Unies portera une attention renforcée à la mise en œuvre d'actions et de programmes conjoints afin de maximiser l'utilisation des ressources humaines et financières et de réaliser des économies d'échelle. Les opportunités de colocation entre agences et la MINUSTAH seront également étudiées, notamment dans le cadre du retrait progressif de la mission.

La première composante ou objectif intermédiaire 1, améliorer l'accès de la population à la planification familiale dans une perspective d'intégration de toutes les composantes de la santé de la reproduction dans les deux départements cibles a pour principal résultat attendu: l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes dans les départements du Sud-est et des Nippes. L'agence responsable de cette composante est l'UNFPA.

La seconde composante ou objectif intermédiaire 2, contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accouchements dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et en particulier dans les Départements des Nippes et du Sud-est a pour principal résultat attendu l'augmentation du nombre d'accouchements par du personnel qualifié et faits selon les normes du MSPP dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et dans les Nippes et Sud-est. Les activités de cette composante ont été mises en oeuvre par l'OPS-OMS pour ce qui concerne un volet Soins obstétricaux gratuits (SOG) et par l'UNFPA pour le renforcement des Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

La troisième composante ou objectif intermédiaire 3, contribuer à la sécurisation des intrants en santé reproductive au niveau national et en particulier dans les départements des Nippes et du Sud-est a pour principal résultat attendu l'existence d'un système fonctionnel de distribution des intrants dans les institutions et dépôts. L'agence responsable de cette composante est l'OPS/OMS.

La quatrième composante ou objectif intermédiaire 4, contribuer au changement de comportement de la population face à la santé de la reproduction a pour principal effet attendu l'amélioration du comportement de la population face à la santé de la reproduction. L'agence responsable de cette composante est l'UNICEF.

Le dispositif de gestion du projet s'est basé sur un mécanisme de partage des responsabilités techniques, opérationnelles et financières en fonction du niveau d'expertise de chacune des 3 agences participantes, UNFPA, OPS/OMS et UNICEF. Dans cette logique, chaque agence a une responsabilité technique sur plusieurs objectifs du projet et a un rôle de référent technique, de leader. L'UNFPA est l'Agent administratif du projet.

(...) Les choix des priorités et des stratégies ont reposé sur une concertation effective entre partenaires et sur des analyses conjointes mettant clairement en évidence les obstacles à surmonter pour réduire la mortalité maternelle. Il s'agissait entre autres de l'accessibilité financière, la qualité des soins et en particulier la disponibilité de RH qualifiées et compétentes, la disponibilité des intrants, la disponibilité des transfusions sanguines, le cadre légal, la décision par les bénéficiaires d'utiliser les services offerts. Des visites conjointes MSPP-UNFPA-OMS/PAHO-UNICEF-AFD des sites sélectionnés pour être des SONU ont eu lieu dans les deux départements en 2009.

(...) 11 institutions SONU ont été soutenues dans les deux départements et ont effectivement intégré les activités de SM/PF/IST/PTME/genre: elles ont amélioré leur accueil et offrent au moins 4 méthodes modernes de PF. Elles prennent en charge les violences faites aux femmes. » AEDES, Évaluation du projet conjoint santé reproductive, 2014

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec UNICEF, OMS, ONU-Femmes, OCHA et la représentation du BP

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le projet conjoint financé par la coopération canadienne (2009-2014) a été un temps fort pour les trois agences participantes (UNFPA, OMS, UNICEF).

f - Synthèse pour le critère de jugement

Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail liés à son mandat dans le cadre de l'UNCT. Il a également été particulièrement actif lors des périodes de programmation du cadre stratégique intégré, comme actuellement par exemple. Le groupe H4+ dont il assure le leadership ne s'est cependant pas réuni de manière régulière depuis plusieurs mois.

Il n'y a pas d'initiatives conjointes programmées ou en cours. Un projet conjoint dans deux départements du sud du pays a été mis en oeuvre avec un financement de la coopération canadienne entre 2009 et 2014. Il a développé un cadre stratégique cohérent mettant en valeur la complémentarité

des domaines d'intervention des trois agences participantes (UNFPA, OMS, UNICEF). Onze institutions SONU ont été soutenues dans les deux départements et ont effectivement intégré les activités de SM/PF/IST/PTME/genre: elles ont amélioré leur accueil et offrent au moins 4 méthodes modernes de PF. Elles prennent en charge les violences faites aux femmes.

B. Critère de jugement : Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT

a - Indicateur : Nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration du cadre stratégique intégré

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation de l'UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

En dehors de la participation de la représentation aux groupes de travail sur la programmation du CSI en 2012, il n'a pas été possible de collecter les informations relatives à cet indicateur.

b - Indicateur : Prorata auquel le mandat et les priorités de l'UNFPA sont reflétées dans le CSI

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation de l'UNFPA

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le niveau de généralité adopté par le CSI n'a pas permis de refléter le mandat et les priorités de l'UNFPA. Le pilier social du CSI a plus donné la priorité aux activités du PNUD. La seule activité où la spécificité de l'UNFPA est reconnue sans ambiguïté est l'appui au recensement, ce qui correspondait déjà à l'époque à une vision réductrice du mandat.

c - Indicateur : Preuve de duplications ou d'absence de duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation de l'UNFPA, OMS, UNICEF et ONU-Femmes

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Aucune duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU n'a été identifiée dans le CSI.

d - Indicateur : Preuves que des synergies ont été recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec la représentation de l'UNFPA, OMS, UNICEF et ONU-Femmes

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les synergies ont été mises en valeur par le projet conjoint pour l'OMS et l'UNICEF. Elles n'ont pas été évoquées ou mises en évidence avec les autres agences du SNU.

e - Synthèse pour le critère de jugement

Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT généralement en se positionnant sur ses compétences techniques reconnues en matière de collecte et de traitement de données, comme par exemple pour la base de données sur les VBG du MCFDF ou la préparation de l'EMMUS.

Les complémentarités poursuivies dans plusieurs activités :

- Approvisionnement en intrants – OMS
- Santé infantile, VIH - UNICEF

- VBG et évènements - ONU-Femmes
- Curriculum scolaires – UNESCO
- P&D (RGPH et EMMUS) - tous

Le cœur de son nouveau cadre stratégique est moins clairement reconnu par ses agences apparentées que le ciblage d'une classe d'âge particulière (pour l'UNICEF) ou d'un type de service (SSR avec un focus sur les méthodes contraceptives de longue durée). Le positionnement sur l'approche par les droits humains n'est pas perçu.

7.4.7 Dans quelle mesure le 5ème programme à Haïti a pris en compte la vulnérabilité du pays aux catastrophes naturelles et situations d'urgence dans sa programmation ?

A. Critère de jugement : L'exposition d'Haïti aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires est reflétée dans les documents de programmation de l'UNFPA

a - Indicateur : Existence d'une analyse des crises et des capacités nationales à les gérer dans la programmation de l'UNFPA

i) Extraits détaillés de la documentation

«(b) le transfert progressif des structures de coordination pour la préparation et la réponse aux urgences, y compris la réduction des risques de désastre, aux entités haïtiennes compétentes, tant au niveau central que local, lequel s'insère dans un effort plus large de renforcement du leadership gouvernemental sur les mécanismes de coordination du développement ; et (c) la diminution graduelle de la présence de la MINUSTAH, basée sur un ensemble de conditions accordées avec le Gouvernement détaillées dans l'annexe V de ce document. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.5

«20. Avant le séisme de Janvier 2010, l'indice de risque de catastrophes naturelles (ouragans, cyclones, inondations et tremblements de terre) pour Haïti était déjà parmi les plus élevés au monde. Cumulées depuis le dernier siècle, les catastrophes naturelles ont fait plus de 20 000 morts et plus de 6 millions de sinistrés, freinant considérablement les efforts de développement et affaiblissant les institutions locales et les infrastructures déjà vétustes. De plus, la réduction dramatique du couvert forestier (qui ne représente que plus de 2% du territoire haïtien) et la dégradation des bassins versants contribuent aux fréquentes inondations. Dans un tel contexte, des phénomènes naturels prennent des proportions plus graves et s'accumulent, donnant peu de répit aux populations les plus vulnérables. Depuis l'établissement du Système national de gestion des risques et des désastres (SNGRD) en 2001 le Gouvernement haïtien poursuit ses efforts pour mieux préparer et protéger sa population. Des avancées importantes ont été réalisées depuis 2010 avec l'appui accru de la communauté internationale, en particulier en matière de renforcement des capacités de la Direction de la Protection Civile. Ces efforts doivent continuer. Au-delà de la préparation et réponse aux désastres naturels, la réduction des risques de désastres doit être considérée comme une problématique de développement. Son intégration dans les plans et stratégies des ministères sectoriels, tant au niveau national que local, demeure donc un défi central. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.10

«Sur cette base d'ici 2016, les Nations Unies auront contribué à la situation suivante : (...) Les autorités haïtiennes compétentes, au niveau central et local, ont des ressources techniques et financières accrues pour planifier le développement du territoire national en intégrant la gestion durable des ressources et la réduction des risques et désastres. Les mécanismes de consultation et de prise de décision entre les autorités locales et les communautés sont progressivement institutionnalisés, particulièrement dans les zones affectées par le tremblement de terre, où un nombre croissant de communautés dispose des outils et ressources nécessaires pour conduire et mettre en œuvre des programmes de reconstruction et d'amélioration des conditions de vie. Le gouvernement dispose de mécanismes, systèmes et outils lui permettant de coordonner les situations d'urgence, avec l'appui

technique des agences des Nations Unies et d'autres partenaires. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.14

« Les questions liées à la préparation et à la réponse aux crises humanitaires, aux besoins des femmes et des jeunes, au VIH et au sida, ainsi qu'à l'égalité des sexes et aux droits de l'homme, seront traitées en tant que thématiques intersectorielles, en mettant l'accent sur les plus pauvres et les exclus. » PP, p.4

« La préparation et réponse aux crises humanitaires et la protection des femmes et jeunes filles vulnérables sont des dimensions transversales. » CPAP, p.11

« Stratégie prioritaire 1.5.: Promouvoir et développer les partenariats stratégiques en faveur de la santé maternelle, y compris dans les situations de crises humanitaires. » CPAP, p.12

« The Haitian population is one of the most exposed in the world to natural disasters— hurricanes, floods and earthquakes. Haiti has a higher number of disasters per km² than the average of the Caribbean countries (table 1.2). In 2008, tropical storms and hurricanes caused losses estimated at 15 percent of GDP. The earthquake on January 12, 2010 killed 220,000 people, displaced 1.5 million people, and destroyed the equivalent of 120 percent of GDP. These disasters tend to affect disproportionately the poorest and marginal populations settling in flood zones and coastal areas, in particular in the case of tropical storms where almost 50 percent of damages and losses to the productive sectors have been concentrated in the agricultural sector.(...) In Haiti, population density and lack of coping capacity have translated into large numbers of people affected by natural disasters (figure 1.5). (...)Floods are one of the most common weather-related events that affect Haiti and are partly related to the country's severe deforestation. Haiti's greater vulnerability is reflected in the consequences of these events in terms of losses, both human and economic, reflecting the inadequacy of drainage, large populations settling in flood zones, and the lack of sound buildings or building codes. » World Bank, Haiti – Towards a new narrative, 2015

« 14. En matière de préparation et de réponse à l'urgence (ex. désastres naturels, recrudescence du choléra pendant la saison des pluies), il est essentiel de ne pas perdre les investissements engagés depuis le séisme, en s'assurant notamment qu'une capacité de réponse rapide minimale est en place pendant que les fonctions et ressources (bases de données, outils de planification et de suivi etc.) des clusters humanitaires sont graduellement transférées aux contreparties nationales pertinentes dans un cadre de coordination globale définie par le gouvernement. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.10

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'analyse des crises et des capacités nationales à les gérer n'apparaît ni dans le programme pays, ni dans le CPAP.

b - Indicateur : Existence d'une analyse des causes profondes des effets des crises sur les femmes et les filles (pour la SR et les VBG)

i) Extraits détaillés de la documentation

« Le projet vise donc à appuyer le gouvernement haïtien et la société civile dans la lutte contre la violence basée sur le genre, tout en abordant la problématique du genre dans sa globalité et à l'échelle nationale avec une emphase particulière sur la réalité des sites d'hébergement où le phénomène semble prendre des proportions beaucoup plus importantes dues aux conditions de d'extrême vulnérabilité auxquelles les populations déplacées sont exposées. » UNFPA, Prise en charge et Accompagnement des femmes et filles victimes de violences en Haïti ; Project Code HTI-11/P-HR-RL/39498 ; 2011

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Les enquêtes de 2011-2012 n'ont pas été mentionnées par le personnel en poste du BP.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

L'UNFPA n'a pas documenté les effets des crises sur les femmes et les filles pour la SR et les VBG, ni appuyer des études ou des recherches sur ce sujet pendant le 5^{ème} programme. Des enquêtes ont cependant été réalisées en 2011-2012, par exemple l'enquête sur les services sociaux de base dans les quartiers de retour des migrants (FASH). Le contenu des enquêtes ne permet pas de progrès sur les contenus les plus adaptés pour les messages de prévention à mettre en place en cas de crise.

c - Indicateur : Les objectifs du CPAP sont cohérents avec la stratégie globale de réponse humanitaire de l'UNFPA

i) Extraits détaillés de la documentation

« L'UNFPA déclare que les fonds fournis au titre de ressources ordinaires et des autres ressources ne comprennent pas les financements octroyés en réponse à des appels d'urgence. Des fonds supplémentaires pourraient être mobilisés à l'appui du programme de pays pour les urgences à travers des levées de fonds par le gouvernement ou par le Système des Nations Unies à partir d'une demande expresse du gouvernement. » CPAP, p.21

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Aucun des objectifs du CPAP ne cible spécifiquement les situations de crise. Au même titre que les autres dimensions transversales du CPAP, la réponse aux crises est rappelée de manière incidente. Il n'est pas fait référence à un document générique de l'UNFPA.

d - Indicateur : Existence dans les documents nationaux de planification de la prise en compte de la préparation et de la réponse aux situations de catastrophe et de crise

i) Extraits détaillés de la documentation

« À l'annonce d'un événement imminent ou au moment d'une urgence effective, le SPGRD se transforme en Centre d'Opérations d'Urgence National (COUN), le Comité départemental en Centre d'Opérations d'Urgence Départemental (COUD) et le Comité communal en Centre des Opérations d'Urgence Communal (COUC). Le Centre d'Opérations d'Urgence (COU) est l'instance prévue pour la gestion des désastres (alerte, réponse, reprise immédiate). » Plan de contingence 2014, p.27

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La préparation et la réponse aux situations de catastrophe et de crise font l'objet de plans annuels de contingence. Ces plans sont disponibles pour 2013, 2014 et 2015. Ils sont préparés par la Direction de la Protection civile (DPC), une des directions centrales du Ministère de l'Intérieur et des collectivités territoriales. Les plans de contingence identifient les risques et présentent les réponses apportées par l'administration, la communauté internationale et les ONG. Ils font une évaluation des besoins en fonction des scénarios. Des fonds sont pré-positionnés au niveau communal.

Les plans nationaux de contingence ne font aucune mention des besoins en SR, ni du problème des VBG.

Un plan de contingence spécifique a été adopté en septembre 2015 pour la réception des personnes expulsées de la république dominicaine. Une mention spécifique est faite des besoins SR dans cette situation.

e - Indicateur : Les plans de contingence du BP sont alignés et développés en complémentarité avec l'UNDAF et les plans du gouvernement

i) Extraits détaillés de la documentation

« (...) la préparation et la réponse aux urgences sous la coordination de OCHA » CPAP, p.18

« Indeed, mass expulsions of Haitian migrants are feared at the expiration, in late June 2015, of the regularization program intended to prevent other repatriations. These expelled (potential) are estimated between 20,000 and 30,000 people in a period of 5 to 10 weeks. Unfortunately, available information does not establish disaggregated data by legal status, gender or age, however, based on the process of previous collective deportations, an estimated of 40% of those affected could be

considered to be at high-risk of vulnerability and 3 % are members of Groups A and B (300,000 stateless). (...) Meanwhile, the hurricane season, stretching from June 1st to November 30, is another source of concern, given the deterioration of the environment. Of the ten departments, eight (8), in particular the South (top) and the Southeast, have an alarming level of vulnerability to natural disasters. (...) In anticipation of response to this humanitarian situation mentioned above, in addition to the preparation of the staff, the CO has targeted 3 main groups to support;

- Adolescents (10-19 years)
- Young people (20-24 years)
- Women and girls.» BP Humanitarian Plan 2015

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les plans de contingence de l'UNFPA identifient les mêmes risques que les plans nationaux. Les réponses identifiées ne font pas mention de complémentarités avec la DPC et le cadre de réponse du SNU. La réponse de l'UNFPA est cependant systématiquement associée aux ministères qui sont ses partenaires d'exécution : principalement MSPP et MCDFD.

f - Indicateur : Existence d'une prise en compte spécifique de la vulnérabilité des femmes et des filles en cas de catastrophe naturelle ou crise

i) Extraits détaillés de la documentation

« Les besoins en santé sexuelle et reproductive seront couverts par la fourniture de kits de santé de la reproduction. » Haïti - plan de contingence pour la réception des personnes expulsées de la République Dominicaine, 2015, p.29

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La prise en compte des besoins en santé sexuelle et reproductive n'émerge qu'en 2015 dans les plans de contingence nationaux avec le plan de contingence pour la réception des personnes expulsées de la République Dominicaine. Il y est prévu que ces besoins seront couverts par la fourniture de kits de santé de la reproduction. L'UNFPA n'est cependant pas identifié dans l'annexe sur les partenaires impliqués, au même titre que la DSF/MSPP qui est identifiée dans le plan de contingence de l'UNFPA comme le partenaire dans ce domaine. Il y a donc une amélioration de l'implication de l'UNFPA dans les processus de préparation de la réponse aux crises mais pas encore au niveau voulu.

g - Indicateur : Les plans de contingence du bureau sont mis à jour de manière régulière

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le plan de contingence du BP est mis à jour annuellement. Il a pu être trouvé dans les archives les versions de 2010, 2012 et 2015.

h - Synthèse pour le critère de jugement

L'exposition d'Haïti aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires est effectivement reconnue par les documents de programmation de l'UNFPA mais sans en faire une présentation circonstanciée (au vu de la situation particulière d'Haïti) ni analyser les causes profondes de leurs effets sur la santé reproductive et les VBG pendant les crises humanitaires (comme dans les camps après le tremblement de terre de 2010). Le programme pays et le CPAP n'intègrent pas stratégiquement la vulnérabilité qui est identifiée comme un thème transversal, au même titre que les jeunes ou les groupes vulnérables.

Le BP a mis à jour annuellement un plan de contingence, rédigé en anglais ce qui en principe en limite la diffusion auprès des partenaires. Le plan 2015 élabore une réponse qui mobilise les partenaires d'exécution chacun dans son domaine de compétence (SR, jeunes, VBG). Le plan ne fait pas état d'un

alignement sur un cadre plus large défini par le SNU à Haïti. Il ne fait pas non plus état d'un alignement avec le plan de contingence national élaboré par la Direction de la Protection civile (DPC, Ministère de l'Intérieur et des collectivités territoriales) avec l'appui de OCHA/PNUD/USAID.

Du point de vue des agences du SNU rencontrées, UNFPA n'est pas associé à la coordination des réponses humanitaires de même qu'à l'identification des besoins dans le cadre de la préparation des plans de contingence nationaux. Cette absence est liée à la priorité donnée par OCHA à la capacité opérationnelle en période de crise (moyens logistiques). UNFPA n'est pas présent au niveau du centre opérationnel d'urgence nationale.

En dépit de ce constat, les besoins SR/VBG en situation de crise humanitaire commencent à être reconnus, ce qui suppose une action du BP. Ils sont mentionnés dans le plan de contingence 2015 pour la réception des personnes expulsées de la République Dominicaine.

B. Critère de jugement : L'UNFPA a mis en place une organisation et des procédures et des financements spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire

a - Indicateur : Existence des procédures au niveau du BP pour ajuster les objectifs du CPAP et des PTA aux situations d'urgence

i) Extraits détaillés de la documentation

« Purpose - The Crisis Response Team is the key coordination mechanism for UNFPA's humanitarian response. In the event of an acute emergency, the Preparedness Team will become the Crisis Response Team (CRT).

The main purpose of the CR will be to monitor the emergency situation, agree on action to be taken by UNFPA to respond to the emergency, and monitor progress in the implementation of these interventions. It will also serve as a forum where bottlenecks are discussed and resolved. All or some of the 10 Minimum Preparedness Actions can be operationalized as part of the CRTs functions. »
TERMS OF REFERENCE FOR CO Crisis Response Team

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le BP dispose des termes de référence pour les membres de l'équipe en charge de la préparation à la réponse en période de crise. Les membres de l'équipe sont identifiés et ils incluent la représentation et tous les personnels techniques du BP. Les termes de référence comme le descriptif des rôles et responsabilité au sein du BP en cas de situation de crise sont a priori des documents standards du siège : ils ne sont adaptés ni à la situation nationale, ni à celle du BP.

b - Indicateur : Montant des financements affectés aux urgences et mécanismes de montée en puissance

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le CPAP ne fait pas état d'un financement disponible ou affecté aux urgences et mécanismes de montée en puissance en cas de crise humanitaire.

c - Indicateur : Modalités de participation du BP aux mécanismes de coordination du SNU en situation d'urgence

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les situations d'urgence sont gérées dans le cadre du SNU par OCHA. A ce jour, l'UNFPA est absent de la coordination.

d - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA est encore en train de mettre en place une organisation interne pour répondre aux situations de crise humanitaire. Les membres de l'équipe en charge de la préparation de la réponse sont désignés et le BP a à sa disposition un document du siège qui identifie rôles et responsabilités, ainsi que les termes de référence pour la préparation. Des actions de formation sont programmées pour 2016.

Ce dispositif n'a cependant pas mis en place des procédures spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire, ni adapté au pays les dispositions génériques du siège. Le plan de contingence du BP identifie les actions et les partenaires et, compte tenu de la taille modeste du personnel du BP, il n'est sans doute pas absolument nécessaire de définir des procédures spécifiques pour répondre aux situations de crise humanitaire. Il n'y a pas de financements spécifiques alloués à la réponse aux situations de crise humanitaire.

C. Critère de jugement : L'UNFPA en cas de catastrophe ou de crise est bien identifié et intégré dans le dispositif national de réponse aux crises humanitaires ou d'urgence

a - Indicateur : Le rôle de l'UNFPA en réponse aux catastrophes et crises en matière de SR et de VGB est clair et connu des principales parties prenantes

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Le rôle de l'UNFPA en réponse aux catastrophes et crises en matière de SR et de VGB est mal connu des principales parties prenantes, notamment par la DPC et dans une moindre mesure par OCHA. Les VGB et même la PF sont plutôt identifiées comme une responsabilité d'ONU-Femmes dans le SNU, notamment en termes de communication et de prévention des risques. Le positionnement de l'UNFPA sur la SR est clairement reconnu mais sa capacité opérationnelle n'est pas connue.

b - Indicateur : Degré de connaissance des MISP par les parties prenantes

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les MISP ne sont pas connus par les parties prenantes et ne sont pas intégrés dans les stratégies de réponse aux crises humanitaires.

c - Indicateur : Existence de la SR et des VGB dans les plans de contingence et autres documents de réponse aux catastrophes et crises

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Cf. indicateur 8.1.6

d - Indicateur : Les mesures de prévention et de prise en charge des VGB font partie de la formation des PE concernés

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec PE ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Aucun des PE n'a attesté de l'existence de formation relative à la prévention et la prise en charge des VBG en situation de crise. Ce constat est cohérent avec la coordination avec ONU-Femmes où l'UNFPA s'est positionné sur les données plutôt que la prévention ou la prise en charge des VBG.

e - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA en cas de catastrophe ou de crise n'est pas bien identifié ni intégré dans le dispositif national de réponse aux crises humanitaires ou d'urgence. Son potentiel comme les MISP sont mal connus et donc pas intégrés aux plans de contingence ni au dispositif de coordination et d'intervention. Les besoins en SR en situation de crise commencent seulement à être reconnus depuis 2015. Les VBG ne sont pas identifiées comme un domaine de contribution de l'UNFPA.

7.4.8 Dans quelle mesure l'UNFPA, avec ses partenaires, a été capable de (ou prêt à) répondre aux crises pendant la période couverte par le 5ème programme ?

A. Critère de jugement : La capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise (ou post-crise) a été améliorée

a - Indicateur : Mesure de la participation de l'UNFPA aux groupes de travail et de coordination des réponses en cas de catastrophes ou de crise

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Pas de participation.

b - Indicateur : Mesure dans laquelle l'UNFPA a mis en place des partenariats avec le gouvernement et les autres acteurs pour avoir une réponse coordonnée

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Pas de partenariat UNFPA/DPC

c - Indicateur : Mesure dans laquelle la SR et les MISP sont intégrés aux plans nationaux de préparation et réponse aux catastrophes et crises

i) Extraits détaillés de la documentation

« Plus de 100 maternités ont été construites, réhabilitées et équipées et plus de 60,000 femmes ont bénéficié de soins gratuits au cours de leur grossesse ou au moment de leur accouchement en 2011. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.7

« De plus, le niveau des violences basées sur le genre dans les camps demeure très préoccupant, notamment lorsque les relations sexuelles deviennent pour les femmes un moyen d'assurer leur subsistance et celle de leur famille. Les efforts de sécurisation des camps sont prioritaires, notamment l'augmentation des patrouilles permanentes de la police nationale d'Haïti dans les camps les plus à risque. Le renforcement des capacités de prise en charge des victimes et d'identification d'opportunités économiques pour les personnes déplacées demeurent tout aussi essentiels. » SNU, Cadre stratégique intégré des Nations Unies pour Haïti 2013-2016, p.8-9

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Les besoins en SR sont apparus pour la 1^{ère} fois dans les plans nationaux de contingence en 2015. Les MISP ne sont par contre mentionnés nulle part.

d - Indicateur : Estimation de la couverture des besoins de kits SR et autres distribués pendant les crises

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'y a pas eu de crise humanitaire déclarée pendant la période sous revue.

e - Indicateur : Degré auquel les formations et le renforcement des capacités ont amélioré la qualité des services SR/PF/VBG pendant les crises

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'y a pas eu de formations ou d'actions de renforcement de capacité dans le cadre de la préparation à la réponse aux catastrophes et crises en interne au sein du BP ou au bénéfice des PE identifiés dans le plan de contingence de l'UNFPA.

f - Synthèse pour le critère de jugement

La capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise n'a pas été améliorée pendant la période sous revue. Des actions de cette nature ont été réalisées peu après le séisme de 2010 mais n'ont pas été reconduites pendant le 5^{ème} programme.

B. [JC+EL] Critère de jugement : La capacité des professionnels de santé à prodiguer des conseils en PF et de combattre les VBG en situation de crise (ou post-crise) a été améliorée

a - Indicateur : Degré auquel les formations et le renforcement des capacités ont amélioré la qualité des services SR/PF/VBG pendant les crises

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA et la DPC ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Il n'y a pas eu de formations ou d'actions de renforcement de capacité sur les services PF et les VBG dans le cadre de la préparation à la réponse aux catastrophes et crises en interne au sein du BP ou au bénéfice des PE identifiés dans le plan de contingence de l'UNFPA.

b - Synthèse pour le critère de jugement

La capacité des professionnels de santé à prodiguer des services de PF en situation de crise n'a pas été améliorée pendant la période sous revue, au même titre que pour la prévention/prise en charge des VBG.

C. Critère de jugement : Les capacités nationales à intégrer les données démographiques aux plans de contingence ont été renforcées

a - Indicateur : Existence d'un partenariat entre l'IHSI et la Protection Civile pour définir les besoins

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA, la DPC, l'IHSI et la FASH ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

Une tentative de rapprochement entre la DPC et l'IHSI a été réalisée en 2011 mais n'a pas donné de résultat. Durant la période sous revue, l'initiative n'a pas été renouvelée. Il ne semble pas que l'IHSI ait développé une organisation interne qui puisse répondre à ce type de besoin. Le positionnement de l'IHSA sur des enquêtes nationales sur des échantillons importants (type EMMUS) et le RGPH est central dans le modèle économique de l'institut et suffit à alimenter son fonctionnement.

La DPC prend en charge en interne la collecte des données au travers de son dispositif de crise.

b - Indicateur : Degré de disponibilité et d'utilisation des données sur les victimes de catastrophes et de crises dans les plans de réponse nationaux

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA, la DPC, l'IHSI et la FASH ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

OCHA centralise les données sur les actions humanitaires en période de crise et après. Ces données sont recueillies périodiquement auprès des organisations humanitaires opérationnelles sur le terrain. Elles sont mises à disposition sur un site internet et sont publiées.

La seule crise humanitaire, quoique de faible ampleur puisqu'elle a concerné de l'ordre de 5 000 personnes (par rapport aux 10 000 envisagées par le plan nationale spécifique de contingence), est celle des binationaux refoulés par la République Dominicaine. Des données disparates sur cet évènement sont disponibles sur les sites d'OCHA et de l'OMI ; aucune n'a trait à la situation des expulsés en matière de SR/PF.

c - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA n'a pas contribué à renforcer les capacités nationales pour intégrer les données démographiques aux plans nationaux de contingence. Les plans de contingence utilisent peu les données démographiques au-delà des données de base. Le retard pris dans la mise en œuvre du RGPH ne permet dans tous les cas pas de disposer de données opérationnelles qui puissent être utiles pour programmer la réponse à des situations de crise. La DPC et OCHA ne sont cependant pas informés des progrès réalisés par l'IHSI avec l'appui de l'UNFPA pour mettre à jour la cartographie des zones d'énumération, qui peut éventuellement constituer une base importante pour un déploiement opérationnel en cas de crise.

D. Critère de jugement : L'UNFPA a répondu de manière rapide et proportionnée aux évolutions de son contexte national d'intervention, en particulier au choix du gouvernement de mettre la fin aux interventions humanitaires

a - Indicateur : Degré de rapidité de la réponse du bureau de pays et de mise en œuvre de la transition vers le développement

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) Autres éléments d'information (entretiens, observations)

Entretiens avec OCHA, la DPC et le BP ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) Principaux résultats au niveau de l'indicateur

La transition de l'urgence au développement a été opérée lors de l'élaboration du CSI et, parallèlement, du PP et du CPAP. Il y a eu concomitance entre la prise de position du gouvernement sur la fin de la phase d'intervention humanitaire et le processus de programmation du 5^{ème} programme. Le point de départ a été l'inscription des urgences dans les objectifs transversaux, à la fois pour prendre en compte cette transition, pour se conformer à la recommandation de l'évaluation du 4^{ème} programme de réduire le nombre de partenaires d'exécution et pour s'aligner sur le business plan du siège que requérait de réduire le nombre de produits.

Les dimensions transversales ne pouvant pas faire l'objet d'un PTA, l'urgence est apparue de manière incidente dans les PTA, principalement avec les partenaires SR et seulement au niveau des tableaux financiers. Les activités correspondantes n'ayant pas un intérêt de court terme dans le contexte de la période sous revue, leurs affectations budgétaires ont été réallouées à d'autres lignes ou d'autres PTA au cours de révisions successives de PTA. Il n'y a donc pas eu de transition de l'urgence au développement à proprement parlé mais une bascule rapide.

b - Indicateur : Degré de justification des réallocations de fonds dédiés aux urgences humanitaires pour des activités liées au développement

i) Extraits détaillés de la documentation

ND

ii) *Autres éléments d'information (entretiens, observations)*

Entretiens avec OCHA, la DPC et le BP ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) *Principaux résultats au niveau de l'indicateur*

Du fait de l'intégration des urgences dans les dimensions transversales, le CPAP ne prévoit pas d'enveloppe dédiée aux urgences humanitaires.

Au niveau des PTAP, les révisions successives ne font pas l'objet d'un document de justification. Elles sont très généralement passées dans une logique de mobilisation progressive des ressources des fonds thématiques et, à l'inverse, de libération des reliquats en fin d'année.

c - Indicateur : Ampleur des effets sur les groupes-cibles en SR et VBG

i) *Extraits détaillés de la documentation*

ND

ii) *Autres éléments d'information (entretiens, observations)*

Entretiens avec OCHA, la DPC et le BP ; correspondance avec la Représentante adjointe.

iii) *Principaux résultats au niveau de l'indicateur*

L'UNFPA n'a pas eu l'occasion, pendant la période sous revue, de mobiliser les fonds d'urgence. La crise des expulsés de République Dominicaine n'a pas dépassé le seuil de déclenchement de la réponse aux crises humanitaires.

d - Synthèse pour le critère de jugement

L'UNFPA a répondu de manière rapide au choix du gouvernement de mettre la fin aux interventions humanitaires. Dans la mesure où cette décision a été concomitante avec l'élaboration du CPAP, la réponse aux situations humanitaires a été basculée comme dimension transversale, et n'a donc pas disposé d'un budget ni de PTA. L'UNFPA n'a pas réalisé à l'époque une évaluation des besoins qui aurait justifié de cette décision, qui avait une charge politique importante pour le gouvernement et ne s'était pas avérée discutable.

Des budgets ont été ponctuellement alloués à des actions liées à la préparation à la réponse aux situations de crise humanitaire dans les PTA des partenaires SR. Les actions correspondantes n'ont pas été mises en œuvre et les budgets ont été réalloués. La préparation aux situations de crise humanitaire a été arrêtée de facto relativement brutalement.

La période sous revue n'ayant pas connu de situation de crise humanitaire, les conséquences de ce déficit de préparation n'ont heureusement pas pu être mesurées.

7.5 Annexe 5: Cartographie des parties prenantes

Fund Type	Bailleur de fonds	Partenaires d'exécution	Autres partenaire	Bénéficiaires
SANTE MATERNELLE ET NEONATALE				
Outcome du plan stratégique:				
Résultat CPAP : Capacité accrue du système national de santé à fournir tous les soins obstétriques et néonataux de qualité, en prêtant une attention particulière aux secteurs défavorisés et aux besoins de la jeunesse				
2013 - 2015		Plaidoyer et dialogue politique : MSPP (en lien avec MPCE), MENFP, MJSAC ; ISF, H4, Comite SR/SM Gestion de connaissance : MSPP/DSF Renforcement institutionnel : MSPP/ENISF, HUJ/ENIA, SHOG (GESTA) Offre de services : DSF (BETHANIE) DSSE, DSNi, CDS, CPFO, FOSREF, SHOG, ZL,		Cadres des ministères et des structures publiques, organisations communautaires, groupements de femmes dans les départements (SO, SE, Nippes), structures de santé dans les villages
PLANIFICATION DE LA FAMILLE				
Outcome du plan stratégique:				
Résultat CPAP : Aux plans national, régional et local, les établissements de santé sont davantage en mesure de garantir la fourniture des produits de base en matière de santé de la procréation, y compris les méthodes modernes de planification familiale, et de soutenir des actions dans ce domaine afin de créer de la demande au sein des communautés, en prêtant une attention particulière aux besoins de la jeunesse.				
2013 - 2015		Plaidoyer et dialogue politique : MSPP Idem, VDH, ISF Gestion de connaissance : MSPP/DSF Renforcement institutionnel : FMP/UEH Offre de services : FOSREF, PROFAMIL, CPFO, FDV		Cadres des ministères et des structures publiques, organisations communautaires, groupements de femmes dans les départements (SO, SE, Nippes), structures de santé dans les villages
POPULATION et DEVELOPMENT				
Résultat CPAP 3 : Le système statistique national possède une capacité accrue à collecter, produire et diffuser des données socioéconomiques fiables ventilées par tranches d'âge afin d'améliorer les politiques de santé sexuelle et procréative aux échelons national et local.				

2013 - 2015		Plaidoyer et dialogue politique : IHSI, REPAHPE, ISF, ANAPOD Gestion de connaissance : IHSI en lien avec MPCE, MENFP, MSPP, MCFDF Renforcement institutionnel : IHSI, FASCH/UEH		
Résultat CPAP 4 : Le Gouvernement et les organisations de la société civile possèdent une capacité accrue à utiliser les données sociodémographiques pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les politiques et programmes en matière de dynamique des populations, de jeunesse, d'égalité des sexes et de santé sexuelle et procréative.				
2013 - 2015		Plaidoyer et dialogue politique : IHSI, REPAHPE, ISF, ANAPOD Gestion de connaissance : IHSI en lien avec MPCE, MENFP, MSPP, MCFDF Renforcement institutionnel : IHSI, FASCH/UEH		
EGALITE DES SEXES ET DROITS de la procréation				
Résultat CPAP 5 : Les institutions publiques et les organisations de la société civile ont renforcé leur capacité à concevoir, mettre en œuvre et suivre des politiques et programmes répondant aux attentes des jeunes en matière d'égalité des sexes, de santé et droits de la procréation, de violence sexiste et de prise en charge des victimes de cette violence, y compris en situation de crise humanitaire				
2013 - 2015		Plaidoyer et dialogue politique : Réseau ONGs, ISF, GT genre Gestion de connaissance : MCFDF Renforcement institutionnel : MCFDF Offre de services : CDS, ZL		Groupements de femmes, structures de santé dans les villages, victimes de VBG
FONCTIONNEMENT				
Résultat CPAP : N/A				
2013 - 2015		Exécution directe		

L'effectivité de l'intervention des partenaires d'exécution pour chacune des années de la période d'évaluation est donnée dans le tableau ci-après. Les partenariats sont particulièrement stables, sauf pour FOSREF et VDH qui n'ont pas été renouvelés en 2015. L'arrêt des activités avec le DSNi (Département sanitaire des Nippes) est lié à la clôture du projet conjoint financé sur fonds canadiens.

Décaissements	2013	2014	2015	Total général
-				
CDS - Centre pour le Développement de la Santé	344 060	239 665	108 303	692 028
CFO - Centre de promotion des femmes ouvrières	142 398	149 735	84 506	376 640
DSF/MSPP - Direction santé de la famille	271 760	180 211	93 904	545 875
DSN Direction sanitaire des Nippes	254 228	219 094	2	473 321
DSO - Direction Sanitaire de l'Ouest		158 238	112 510	270 748
DSSE - Direction Sanitaire du Sud-Est	368 326	291 109	59 075	718 510
Exécution directe FNUAP	4 652 897	3 049 656	1 680 338	9 382 891
Faculté deFMP-UEH Facuté de Médecine		49 629	17 025	66 654
FASCH/UEH - Faculté des Sciences Humaines	142 408	135 560	54 658	332 627
FDH - Volontaires pour le développement		204 617		204 617
FOSREF Fondation pour la santé reproductive	291 302	312 667		603 969
IHSI	255 278	312 168	57 970	625 417
INSFSF	250 975	375 900	196 080	822 955
MCFDF - Ministère Condition Féminine	102 745	172 217	125 701	400 662
ME Ministère de l'Education Nationale			34 671	34 671
PROFAMIL	183 827	237 353	113 294	534 474
SHOG	321 582	353 919	194 367	869 868
Zanmi Lasante	350 906	279 251	136 721	766 878
Total général	7 932 692	6 720 988	3 069 123	17 722 803

Source : Extraction du 17/11 d'ATLAS

7.6 Annexe 6: guides d'entretien

Santé reproductive

Parties prenantes	Code ATLAS	Points à discuter
UNFPA		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de ciblage des bénéficiaires ▪ Identification des priorités en cas de crise humanitaire <p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ État des réalisations des PTA des PE ▪ Mesures prises par les PE pour péreniser leurs activités <p><i>Efficiencie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de sélection des PE ▪ Adéquation des RH (profils, compétences, expérience) pour gérer les projets et assurer le M&E <p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenariat avec les autres agences du SNU ▪ Participation aux groupes de travail du SNU
OMS		<p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination pour les interventions en SR/SMN, appréciation de la capacité de l'UNFPA à atteindre ses cibles et à assurer la disponibilité des produits ▪ Coordination avec le MSP ▪ Participation aux groupes de travail du SNU
UNICEF		<p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appréciation de la coordination des interventions en direction des jeunes et des adolescents ▪ Appréciation des performances de l'UNFPA en SR ▪ Degré de participation aux groupes de travail du SNU
UNCHR		<p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordination et collaboration inter-agences en période de crise humanitaire - Sélection des centres de santé / ONG à appuyer
MSP		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alignement de la stratégie de l'UNFPA avec les politiques nationales ; ▪ Capacité démontrée de l'UNFPA a s'ajuster aux évolutions de la politique du gouvernement ; ▪ Processus de ciblage des activités et des PE. <p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribution de l'UNFPA au développement d'une stratégie adaptée de SR, avec des manuels et des procédures opératoires ; ▪ Contribution au développement des capacités des professionnels de santé impliqués dans la SR ; opérationnalisation de CHANNEL, ses effets sur la sécurisation

Parties prenantes	Code ATLAS	Points à discuter
		<p>des approvisionnements ; résultats du système de M&E par rapport aux attentes.</p> <p><i>Efficienc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédures administratives et financières, dispositif de suivi <p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions des autres agences du SNU ▪ Coordination avec les ONG
Responsables des PE		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de ciblage des bénéficiaires ▪ Identification des priorités en cas de crise humanitaire <p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ État des réalisations des PTA, contraintes constatées ▪ Mesures prises pour pérenniser les activités ▪ Évolution du nombre de professionnels de santé formés, disponibles localement (migrations) ; qualité des formations (sages-femmes, infirmières) ; stabilité du personnel ; <p><i>Efficienc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Commentaire sur le processus de sélection des PE ▪ Adéquation des RH (profils, compétences, expérience) pour gérer les activités et assurer le M&E
Professionnels de santé engagés dans les activités		<p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction de procédures et de techniques adaptés à l'atteinte des objectifs de la SR dans les centres de santé ▪ Évolution du nombre de professionnels de santé formés, disponibles localement (migrations) ; qualité des formations (sages-femmes, infirmières) ; stabilité du personnel ; ▪ Situation de la sécurisation des approvisionnements (CHANNEL) <p><i>Efficienc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids des procédures administratives et financières (charges de travail, retards) et du dispositif de suivi (charge de travail) ▪ Capacité démontrée des personnels de gestion financés par l'UNFPA
Centres de formation		<p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cours et enseignants ; normes ; théorie/pratique ▪ Sélection (origine, compétences initiales) des étudiantes ▪ Débouchés à l'issue de la formation (privé/public, humanitaire/profit, national/migration)
Femmes ayant bénéficié des services dans un contexte de crise humanitaire		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correspondance du service avec les besoins <p><i>Efficacité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des services, des produits ; réactivité ; ▪ Adéquation des services dans le contexte culturel

Égalité des sexes et droits de la reproduction

Parties prenantes	Code ATLAS	Points à discuter
UNFPA		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de ciblage des bénéficiaires ▪ Identification des priorités en cas de crise humanitaire <p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ État des réalisations des PTA des PE ▪ Capacité démontrée par le personnel recruté <p><i>Efficiace</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité démontrée à gérer le programme et à réaliser le M&E ▪ Adéquation des RH (profils, compétences, expérience) pour gérer les projets et assurer le M&E ▪ Facteurs qui ont facilité ou freiner les activités <p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenariat avec les autres agences du SNU ▪ Participation aux groupes de travail du SNU
MCF		<p><i>Pertinence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de ciblage des priorités du cadre règlementaire, notamment celui applicable pendant les crises humanitaires ; ▪ égalité des sexes dans la mise en œuvre du programme ; <p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ État de la mise en œuvre des PTA, difficultés rencontrées ; ▪ Existence d'une stratégie de sortie (développement des capacités, ressources alternatives, phasage) ; ▪ Degré d'ajustement des textes législatifs et règlementaires ; ▪ Prise en charge des victimes de VBG, notamment pendant/après la crise humanitaire ; améliorations apportées en préparation d'une nouvelle crise ; <p><i>Efficiace</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité et réactivité de l'appui technique de l'UNFPA ; ▪ Facteurs de facilitation et de freinage ; <p><i>Coordination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions des autres agences du SNU ; ▪ Coordination avec les ONG ;

Population et Development

Parties prenantes	Code ATLAS	Points à discuter
IHSI		<p><i>Efficacité et durabilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ État de réalisation des activités prévues dans les PTA ; part des facteurs exogènes ; existence de freins institutionnels ou culturels ; ▪ Évolution des capacités internalisées par les PE ; qualité des appuis techniques de l'UNFPA ; <p><i>Efficiace</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation des ressources (financières et humaines) par l'UNFPA suffisante, à temps et réactive ;

Parties prenantes	Code ATLAS	Points à discuter
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité démontrée à gérer le programme et à réaliser le M&E <i>Coordination</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions des autres agences du SNU ; ▪ Actions des autres bailleurs de fonds (Banque Mondiale)
Centre de formation		<i>Efficacité et durabilité</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cursus et enseignants ; normes ; théorie/pratique ▪ Sélection (origine, compétences initiales) des étudiants-stagiaires ▪ Débouchés à l'issue de la formation ; ▪ Exemples d'amélioration de la prise en compte P&D dans les politiques et plans sectoriels