# Évaluation du 6ème programme de l'UNFPA en assistance au gouvernement de la République d'Haïti (2017-2021)

**Rapport final – VOLUME 1**
Version finale

**Équipe :**
**Chef de mission : Max Hennion**
**Experts : Kenise Phanord (Egalité des Sexes et Renforcement des femmes, et Humanitaire), Jean Denis Lys (santé reproductive) et Mickens Mathieu (Population et développement ; Adolescents et jeunes)**

**25 octobre 2021**

# Table des matières

**Abréviations et acronymes** **v**

**Résumé exécutif** **vii**

**1** 14
*1.1* 15
*1.2* 15

**2** 16
*2.1* 16
*2.2* 17
2.2.1 19
2.2.2 19
*2.3* 20

**3** 21
*3.1* 21
3.1.1 21
3.1.2 24
3.1.3 25
3.1.4 26
*3.2* 28

**4** 30
*4.1* 30
*4.2* 33

**5** 34
*5.1* 34
*5.2* 37
*5.3* 46
*5.4* 51
*5.5* 55
*5.6* 59
*5.7* 63
*5.8* 66

**6** 69 **67**
*6.1* *Conclusions opérationnelles*69
6.1.1 69
6.1.2 70
6.1.3 71
6.1.4 71
6.1.5 72
*6.2* 73

**7** 76
*7.1* 76
*7.2* 78

7.2.1 78
7.2.2 79
7.2.3 80
7.2.4 81
7.2.5 81
7.2.6 83

**8** 84
*8.1* 85
*8.2* 103
*8.3* 105

## Carte de la République d'Haïti

- **Abréviations et acronymes**

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

| | |
|---|---|
| AISFH | Association des infirmières sage-femmes d'Haïti |
| BP | Bureau pays de l'UNFPA |
| CDD | Cadre de développement durable |
| CMGP | Commission Multisectorielle de Gestion de la Pandémie |
| DMU (MISP) | Dispositif minimum d'urgence |
| DPM | Direction nationale de la pharmacie et des médicaments essentiels |
| DSF | Direction de la Santé de la Famille |
| DSN | Direction sanitaire des Nippes |
| DSO | Direction Sanitaire de l'Ouest |
| DSSE | Direction sanitaire du Sud-Est |
| EMMUS | Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services |
| IHSI | Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique |
| INSFSF | Institut National Supérieur de Formation de Sages-Femmes |
| ISF | Indice Synthétique de fécondité |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| MCFDF | Ministère de la Condition féminine et des Droits des Femmes |
| MENFP | Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle |
| MISP (DMU) | Minimum Initial Service Package |
| MJSAC | Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique |
| MPCE | Ministère de Plan et de la Coopération Externe |
| MSPP | Ministère de la Santé Publique et de la Population |
| NU | Nations Unies |
| OCS | Organisations de la société civile |
| OJH | Organisation de la Jeunesse d'Haïti |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| 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 (PROGRAMME-PAYS) | Plan d'Action du Programme Pays |
| PE | Partenaire d'Exécution |
| PF | Planification familiale |
| PNUD | Programme des NU pour le Développement |
| PP | Programme-pays (de l'UNFPA) |
| PPS | Points de prestation de services |
| PSDH | Plan Stratégiques de Développement d'Haïti |
| PTA | Plan de Travail Annuel (AWP - Annual Work Plan) |
| QE | Question d'évaluation |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| SF | Sage-femme |
| SHOG | Société Haïtienne d´Obstétrique et de Gynécologie |
| SMN | Santé maternelle et néonatale |

| | |
|---|---|
| SNU | Système des Nations Unies |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence |
| SONUB | SONU de base |
| SONUC | SONU Complet |
| SR | Santé reproductive |
| SISNU | Système d'Information Sanitaire Unique |
| SSR | Santé Sexuelle et Reproductive |
| UNCT | United Nations Country Team |
| UNFPA | Fonds des NU pour la population / United Nations Population Fund |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| VBG | Violence basée sur le genre |

**REMERCIEMENTS**

On tient à remercier vivement tous les acteurs agissant dans le cadre des programmes réalisés en partenariat entre le Gouvernement d'Haïti et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) :

- « Renforcement de l'amélioration de la disponibilité des services SR/PF/SS intégrés en matière de soins obstétricaux »
- « Appui à la Mise en Œuvre de la Politique de Population »
- « Promotion de l'équité et l'égalité genre et Mise en Place d'un mécanisme de Protection contre la Violence à l'égard des femmes ».
- « Gestion des Affaires humanitaires »

Nous sommes reconnaissants pour leur coopération et contribution sans réserve, pour toutes les informations, observations et suggestions ayant permis la réalisation de cette évaluation.

Ce travail n'aurait pu s'achever sans l'apport du DG du Ministère de la santé, de la Directrice du Ministère à la condition féminine et aux droits des femmes, de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), du Ministère de l'Education Nationale, du Ministère de la protection, de la DSF, des Directeurs Départementaux du Sud-Est et du Sud, de la Direction Générale de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC) de la Grand-Anse, du Nord-Ouest, du Nord-Est, de la Protection Civile, sans oublier ceux et celles travaillant au sein des structures déconcentrées des Ministères et des organisations locales partenaires qui ont mis à notre disposition toutes les informations nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Il est aussi important de signaler l'aide conséquente de toute l'équipe de l'UNFPA Haïti dans l'organisation et la coordination de ces travaux.

## Résumé exécutif

**Mise en contexte :** Ce document tient lieu de rapport de l'évaluation finale du programme pays 2017-2021 de l'UNFPA en Haïti, convenu avec le Gouvernement haïtien. Ce programme, conçu dans le contexte de l'agenda post 2015, financé à la hauteur de 67 millions de dollars, est exécuté par des partenaires du gouvernement et de la société civile, sous la coordination du Ministère de la Planification et de la Coopération Externe.

**Objectifs :** L'objectif général de l'évaluation est de (i) Déterminer le positionnement stratégique de l'UNFPA face au nouveau contexte national et international, (ii) Déterminer l'avantage comparatif de l'UNFPA comme agence dans la santé maternelle et les questions de populations, (iii) si les résultats escomptés sont atteints ; (ii) analyser les leçons apprises et fournir des recommandations pertinentes, pour alimenter les réflexions dans la formulation du nouveau programme pays; si nécessaires pour l'adaptation des stratégies, orienter les interventions d'agence pour l'atteinte des objectifs attendus, aussi la mise en œuvre de prochaines interventions ; (iii) Analyser le rôle et la performance de UNFPA comme agence d'exécution.

**Objet d'évaluation :** L'évaluation finale du CPD 2017-2021 est une évaluation stratégique. Elle concerne les résultats du programme pays 2017-2021. Le programme est structuré autour de quatre outcomes (effets): 1) Santé Sexuelle et Reproductive 2) Adolescents et Jeunes ; 3) Egalité des sexes et autonomisation des femmes ; 4) Dynamiques de population. L'approche systémique est adoptée. La stratégie est précisément axée sur la santé maternelle et néonatale et les droits reproductifs, sur l'appui à un plus grand progrès vers la réalisation de l'ODD 3 et de l'agenda de la CIPD. Les autres résultats, notamment : « Egalité des sexes et renforcement des femmes » et « Dynamique démographique » sont désormais tous centrés sur l'objectif central de santé maternelle et néonatale et les droits reproductifs conformément à la vision de l'UNFPA.

**Méthodologie :** 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 : coordination (dans le cadre de l'UNCT) et couverture et connectivité (en relation avec l'action humanitaire).

Les principales étapes de mise en œuvre sont les suivantes : Analyse documentaire, Entretiens semi-directifs individuels ou groupés, Focus groupes, Visites de sites d'intervention.

**Pertinence du programme :** Le 6ème programme répond bien aux besoins identifiés par l'EMMUS VI (de 2016) en matière de santé reproductive comme de l'égalité des droits Femmes-Hommes. Il tire les conséquences de l'identification des plus grandes difficultés d'accès à une santé reproductive de qualité dans les zones rurales. La stratégie et les activités sont compatibles avec une contribution à la réponse aux besoins prioritaires des bénéficiaires, tels qu'ils ressortent de l'EMMUS et de l'expérience de terrain de l'UNFPA. Le programme-pays est aligné sur les cadres de politique de développement (Vision 2030) du gouvernement et s'inscrit dans le cadre des politiques sectoriels, appuyées par l'UNFPA dans les cycles précédents, tout particulièrement la politique de santé.

**Efficacité et durabilité du programme**

**Santé Maternelle :** (i) Le positionnement de sages-femmes dans les SONU est un axe important de la stratégie de l'UNFPA à Haïti. Des progrès ont été réalisés au niveau de leur formation, la promotion de la

profession et leur recrutement par les structures publiques de santé. (i) La récurrence des troubles et des crises, y compris celle du Covid-19, pendant le 6ème programme n'a pas permis à l'UNFPA d'accroître l'accès à et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale et de planification familiale. Tous les efforts du BP se sont en général soldés par le maintien des acquis précédents. Ce niveau de performance n'est pas à la hauteur des efforts déployés par le personnel du BP et de sa réactivité pour ajuster sa stratégie à un contexte changeant. Sans l'UNFPA, la situation de la SSR et de la PF se serait gravement dégradée pendant cette période difficile.

**Planification Familiale :** La planification familiale et le VIH sont pleinement intégrés dans le paquet de services prodigués par les SONU appuyés par l'UNFPA. Les progrès en PF sont constants en nombre de nouveaux bénéficiaires. Les méthodes de longue durée, particulièrement le Dispositif Intra Utérin (DIU), l'implant et même les méthodes définitives pour les hommes et les femmes, sont disponibles dans plus de 90% des institutions à fonction SONU.

**Adolescents et Jeunes :** (i) Le volet Adolescents et Jeunes du 6ème programme visait à démultiplier et systématiser l'appui de l'UNFPA pour que les jeunes et les adolescentes en particulier aient accès à des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation. L'approche stratégique s'est affinée au fil des années du 6ème programme *et le BP implémente des actions différentiées à l'intérieur des écoles (in school) et dans les communautés (out school).* Des progrès ont été enregistrés pour chacune d'elles quoique à un rythme insuffisant pour atteindre les cibles du programme. (ii) Avec l'appui de l'UNFPA et d'autres partenaires, le MSPP a élaboré le « Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive, 2019-2023 » qui se donne pour objectif global « l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférent pour les femmes, les jeunes et les adolescents ». Le MJSAC a élaboré un draft du document de politique de jeunesse avec l'appui de l'UNFPA. (iii) L'UNFPA a soutenu un nombre croissant de plateformes d'organisation de jeunes pour à la fois augmenter la visibilité politique de la question du dividende démographique et de celle de l'accès de plein droit à une SSR complète.

**Population et Développement :** (i) La réalisation du recensement a été bloquée par l'instabilité et les troubles de la période. Le gouvernement n'a pas trouvé la fenêtre de trois mois de calme social pour faire la collecte des données. Cette circonstance a été aggravée par l'apparition de dysfonctionnements institutionnels au sein de l'IHSI, indépendamment de l'appui technique mobilisé par l'UNFPA. Le Conseiller technique a pu consolider les préparatifs du recensement. (ii) En raison des contraintes susmentionnées, l'UNFPA et ses partenaires (notamment l'IHSI) n'ont pas pu réaliser les progrès escomptés dans l'implémentation des activités relatives aux autres dimensions du volet P&D, mais ont pu mettre en œuvre des activités épisodiques liées aux enquêtes nationales dans les domaines couverts par le mandat de l'UNFPA.

**Égalité des Sexes :** (i) L'UNFPA a sensiblement contribué pendant le 6ème programme 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. Conjointement au sein du groupe GTG, UNFPA a participé aux travaux récents et au soutien de la volonté manifeste du Parlement de donner des réponses concrètes et concertées à la violence spécifique faites aux femmes par une proposition de cadre légal de violence pour lutter contre les inégalités en droit de femmes. Des efforts de plaidoyer ont été soutenus pour lutter contre les inégalités de fait par l'analyse des obstacles à la prise de décision des femmes en faveur de leur santé et une stratégie Egalite Femmes/ Hommes dans des projets SSIAF et SajFanm pou fanm, dans les actions humanitaires ainsi que le Recensement. (ii) L'UNFPA a mobilisé ses partenaires pour contribuer à la prévention des VBG et à la réhabilitation des survivantes. Les cibles du 6ème programme avaient été conçues dans la perspective de la création avec l'aval du MSPP de guichets uniques dédiés aux VBG dans les SONU. (iii)

La prévention des VBG a été sujettes à des initiatives variées en fonction des opportunités qui se sont présentées avec des ONG de femmes ou dans le cadre plus structuré des actions de l'UNFPA. Ces stratégies initiées par UNFPA (espaces sûrs, aidants naturels, Hommes avocat de la femme, comités communaux et cellules de lutte contre les violences faites aux femmes, etc.) appuyées de développement de normes et guides de mise en place constituent des initiatives pilotes documentées et mises en œuvre avec l'appui financier de l'UNFPA.

**Réponse aux crises :** (i) l'UNFPA a donc pu développer avec succès une stratégie volontariste de positionnement au cœur du dispositif national de réponse aux crises humanitaires. Elle a ainsi obtenu que l'accès aux soins de SSR et les VBG soient intégrés aux priorités du dispositif de réponse. (ii) La démarche de l'UNFPA a été particulièrement efficace sur la lutte contre les VBG. Le BP a relancé le sous-groupe VBG au sein du groupe Protection et a alimenté les échanges entre les partenaires internationaux et nationaux. (iii) L'UNFPA a bien été présente lors des crises au travers des structures sanitaires et les cliniques mobiles. Elle a également été active pour participer à l'effort contre le Covid-19.

**Efficience des mécanismes de mise en œuvre du 6ème programme.**

(i)Les mécanismes et protocoles internes du BP de l'UNFPA sont bien maîtrisés et tirent le maximum des règles communes à l'UNFPA pour ce qui est des achats et de la logistique. Il n'en reste pas moins que les garanties sur la qualité des approvisionnements, particulièrement des médicaments, et la préoccupation de tirer le maximum des ressources en recourant aux achats groupés à Copenhague impliquent des délais de livraison qui n'excluent pas les ruptures de stock chez les partenaires d'exécution. Ces règles sont difficiles à accepter sur le terrain, d'autant plus en situation d'urgence. (ii) Le BP a été réactif pour résoudre les problèmes de solvabilité du MSPP pour les frais de stockage et a ainsi démontrer à la fois la flexibilité de l'institution et sa maîtrise des procédures internes de l'institution. (iii) La situation particulière d'Haïti a convaincu le siège d'accorder plus de flexibilité aux ressources humaines du BP. Cette flexibilité a été mise à profit. Le personnel du BP a démontré être en mesure de maîtriser techniquement ses différents secteurs d'activité et leur leadership est reconnu unanimement par les partenaires d'exécution. (iv) Les partenaires d'exécution sont soumis, après avoir été sélectionnés sur appel à propositions, à des micro-évaluations qui permettent de cibler leur accompagnement pas le BP. Des améliorations notables sont enregistrées mais globalement les partenaires continuent à introduire des retards dans les procédures administratives et comptables.

**Positionnement stratégique de l'UNFPA dans le SNU**

Le bureau d'Haïti a contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination et a acquis un leadership au sein du SNU au-delà de son mandat. Le positionnement sur l'humanitaire et le changement de structure managériale a augmenté considérablement les ressources humaines du BP et sa participation à la nouvelle architecture de One-UN à Haïti. Dans le même temps, la réorientation de la stratégie des NU à Haïti du maintien de la paix à une mission plus politique visant la stabilité et la justice a été saisie par l'UNFPA pour élargir sa dynamique. Le plan One-UN pour Haïti comporte les 4 composantes et les outputs de l'UNFPA. Le leadership qui s'est traduit par des présidences ou co-présidences de groupes de travail, avec des contributions programmatiques (résilience) et techniques, notamment auprès des ministères. Le renforcement du rôle de l'UNFPA dans le SNU l'a amené à avoir le lead également sur les services sociaux de base et la politique nationale de protection sociale. Ce leadership a été renforcé par le rôle moteur du BP pour définir une stratégie de réponse au Covid-19 qui a mobilisé une forte collaboration interagence. Des synergies ont été imposées lors de la conception des projets conjoints et ont été maintenues pendant leur mise en œuvre.

**Conclusions**

**Conclusions stratégiques :** (i) Le 6ème programme a répondu aux besoins prioritaires pour les femmes et les filles des groupes socioéconomiques peu aisés, celles qui n'ont accès à la SSR et la PF qu'au travers des structures publiques de santé ou des ONG ; le bureau de pays a Il déployé une grande énergie pour compenser les très nombreux obstacles liés à une période particulièrement troublée en Haïti **;** (ii) La grande majorité des actions de plaidoyer et d'appui technique auprès des ministères n'ont pas pleinement atteints leur cible ; (iii) Les ONG partenaires de l'UNFPA en SSR/PF sont généralement soutenues depuis plusieurs programmes. Elles continuent à mettre en œuvre leurs activités sans les inflexions majeures requises par l'UNFPA ; (iv) L'approche intégrée SSR/PF/VGB/VIH pour les Adolescents et Jeunes avec les directions départementales et les SONU n'a pas suffisamment développé des stratégies spécifiques ; (v) Les domaines du mandat de l'UNFPA sont en train de remonter dans les priorités des bailleurs de fonds internationaux ; (vi) Il est probable que le BP soit dans un futur proche face à l'opportunité et au défi de changer l'échelle de ses activités ; (vii) Les nouvelles ressources qui ont été affectées par le siège ont été pleinement utilisées dans une approche cohérente et ouverte**.**

**Conclusions pour la Santé Reproductive :** (i) Les appuis de l'UNFPA aux SONU ont permis de prévenir la dégradation des soins maternels et néonatals malgré les crises multiformes de la période ; (ii) Les effets de levier espérés de l'amélioration de la politique, des performances et du budget du MSPP ont été moindres que prévus ; (iii) La stratégie de développement de la présence des sages-femmes dans les SONU a fait ses preuves là où elle a pu être mise en place. Elles sont cependant trop peu nombreuses et il est difficile de les maintenir en poste dans les SONU, même appuyés par l'UNFPA ; (iv) Les cliniques mobiles sont un bon moyen pour atteindre les femmes et les filles en zone rurale, donc la majorité de la population ; (v) Les SONU n'ont pas rayonné aussi loin qu'auparavant du fait de l'insécurité, du blocage des transports et des restrictions liées au Covid-19 ; (vi) L'UNFPA n'a pas ciblé de manière spécifique les plus fortes concentrations de groupes vulnérables ou fragilisés précédemment sans accès aux services de santé ; (vii) L'effort pour introduire dans le pays les réhabilitations de fistule obstétricale a été maintenu.

**Conclusions pour la Planification Familiale :** (i) L'UNFPA a un leadership reconnu par tous sur la PF ; (ii) Le nombre de nouveaux utilisateurs augmente au rythme espéré ; (iii) Les cliniques mobiles et les initiatives communautaires ont démontré leur efficacité pour poursuivre la dynamique des centres de santé ; (iv) L'UNFPA a démontré une grande réactivité et flexibilité pour ajuster son dispositif de stockage et de livraison des intrants mais n'a pas pu éviter l'augmentation des ruptures de stock ; (v) Les méthodes contraceptives de longue durée se diffusent lentement dans la population avec l'appui du BP.

**Conclusions pour Adolescents et Jeunes :** (i) Le plaidoyer et l'appui technique de l'UNFPA aux ministères (MJSAC, MENFP, MSPP,…) n'ont pas abouti au renouvellement des politiques publiques pour les jeunes et les adolescents ; (ii) Les activités de l'UNFPA pour les jeunes et les adolescent(e)s ne découlent pas encore d'une stratégie cohérente, elles sont dispersées, ayant émergées d'un mélange de partenariats engagés précédemment et d'opportunités nouvelles ; (iii) Les SONU appuyés par l'UNFPA ne se sont pas imposés comme des vecteurs d'amélioration de l'accès SR/PF des adolescentes ; (iv) L'UNFPA n'a pas obtenu de résultat pour le développement d'une éducation sexuelle complète au sein du système scolaire.

**Conclusions Population et Développement :** (i) L'instabilité de la période n'a pas permis la réalisation du 5ème RGPH ; l'appui de l'UNFPA a continué à consolider la préparation de l'opération ;il a également assuré un financement pour la future diffusion des informations collectées ; (ii) L'UNFPA a obtenu des résultats satisfaisants en matière de renforcement des capacités nationales en matière d'intégration de la dynamique démographique, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité de genre

dans les politiques sectorielles ; (iii) Malgré les contributions de l'UNFPA, le gouvernement haïtien et ses partenaires ne sont pas parvenus à mettre en place un système intégré de données nécessaires à la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques publiques nationales

**Conclusions Égalité des Sexes et Autonomisation des Femmes :** (i) Les progrès liés à l'égalité des sexes et à la lutte contre les VBG ont été limités par le manque de leadership l'administration dans la mise en œuvre des politiques publiques ; (ii) Les stratégies de l'UNPFA ont renforcé la prise de conscience et l'amélioration des mesures de la prévention contre les VBG mais les mécanismes de protection et de prise en charge médicale méritent d'être renforcés

**Conclusions Réponse humanitaire :** (i) L'UNFPA a pu développer avec succès une stratégie volontariste de positionnement au cœur du dispositif national de réponse aux crises humanitaires ; (ii) Elle a ainsi obtenu que l'accès aux soins de SSR et les VBG soient intégrés aux priorités du dispositif de réponse ; (iii) Le BP a bien été présent lors des crises humanitaires notamment au travers des structures sanitaires et les cliniques mobiles ; (iv) L'UNFPA a également été actif pour participer à l'effort contre le Covid-19 ; (v) La démarche de l'UNFPA a été particulièrement efficace sur la lutte contre les VBG ; (vi) Le BP a relancé le sous-groupe VBG au sein du groupe Protection et a alimenté les échanges entre les partenaires internationaux et nationaux

**Recommandations**

**Recommandations Stratégiques :** (i) Augmenter la priorité donnée à l'autonomisation des adolescentes et leur capacité à être pleinement responsables de leur santé sexuelle et reproductive ; (ii) Appuyer les administrations centrales (MSPP, MCFDF, MJSAC, MENFP) pour qu'elles donnent aux directions départementales des exemptions pour mobiliser les ressources humaines et financières proportionnées à l'ampleur du défi dans les zones reculées ; (iii) Identifier et renforcer *de* nouveaux partenaires spécialisés qui complètent les SONU pour qu'ils pilotent les stratégies innovantes de l'UNFPA : a) que ce soit le développement de stratégies intégrées (protection sociale, dividende démographique), b) ou des stratégies spécifiques à un groupe (adolescentes, communautés enclavées, survivantes, personnes handicapées…), c) ou à une activité (fistule obstétricale, prise en charge psychologique…) ; (iv) Appuyer la remise à niveau des SONU et l'extension aux délaissés de l'accès à la SSR/PF financés par les PTF et exploitant les opportunités de la décennie internationale des personnes d'ascendance africaine et les ressources domestiques d'Haïti

**Santé Maternelle et Néonatale :** (i) Poursuivre l'appui à l'INSFSF et à la création des deux antennes régionales qui contribueront à augmenter la possibilité d'avoir des sage-femmes dans les SONU ; (ii) Susciter des partenariats avec des établissements privés de formation ; (iii) Orienter les formations vers un suivi de l'application des connaissances et techniques transférées ; (iv) Améliorer et sécuriser l'approvisionnement des médicaments avec des réponses différenciées en fonction de la gravité des désordres qui affectent la chaine logistique ; (v) Recourir plus largement aux cliniques mobiles et aux initiatives communales et communautaires pour élargir l'accès à la SSR à ceux qui sont délaissés du fait de l'éloignement ou des crises.

**Planification familiale :** (i) Améliorer le système de distribution des intrants PF ; (ii) Poursuivre le plaidoyer et l'appui technique auprès du MSPP pour que les textes sur les normes et protocoles de PF soient adoptés et mis en œuvre ; (iii) Analyser quelles sont les réticences du personnel des SONU vis-à-vis des méthodes modernes de longue durée et développer en conséquence des actions de sensibilisation

**Adolescents et Jeunes :** (i) Poursuivre le plaidoyer pour le renouvellement des politiques publiques en développant des évènements et des concertations conjointes aux trois ministères sur la base d'une théorie du changement mieux adaptée aux freins culturels et politiques d'Haïti sur la question SSR/PF pour les adolescentes et les jeunes ; (ii) L'UNFPA devrait porter l'effort sur la promotion d'une éducation sexuelle complète dans le système scolaire, tout en maintenant le contact établi avec le MJSAC

**Population et Développement :** Poursuivre l'appui à l'IHSI pour que les données du RGPH soient disponibles et mises en perspectives pour la SSR (des adolescentes) et l'égalité F/H (grossesses précoces, avortement, VBG**)**

**Égalité des sexes :** (i) Redéfinir le partenariat avec le MCFDF tout en appuyant l'autonomisation des structures déconcentrées départementales ; (ii) Promouvoir des partenariats multiformes pour la prise en charge des survivantes de VBG et renforcer les actions visant l'autonomisation économique des femmes ; (iii) Appuyer la dynamisation d'un observatoire sur les violences basées sur le genre

**Crises humanitaires** (i) Améliorer le leadership de l'UNFPA dans la prise en compte du genre en contexte humanitaire à travers a) le renforcement du sous-groupe VBG, b) la mise à disposition des données démographiques désagrégées par sexe continuellement mises à jour pour la préparation et la réponse aux crises ; (ii) Préparer la réponse aux effets sur les SONU de la crise politique en cours

## INDICATEURS DE BASE

| Indicateurs | Année 2015 | Année 2020 | Sources |
|---|---|---|---|
| Population en million au 1er Janvier | 10 696000 | 11 403000 | World Population Prospects |
| Densité (Hab./km2) | 388.1 | 413.7 | Idem |
| Age median | 22.7 | 24.0 | Idem |
| Structure démographique (deux sexes) | | | |
| 0-4 ans | 1 272 000 | 1 263 000 | Idem |
| 0-14 ans | 3677 000 | 3703 000 | Idem |
| 15-64 ans | 6523 000 | 7110 000 | Idem |
| 65 ans et plus | 496 000 | 590 000 | Idem |
| Femmes 15 – 49 ans | 3332000 | 3629000 | Idem |
| Taux brut de natalité (pour p. 1000 habitants)) | 25.6 | 24.0 | Perspective Monde |
| Taux brut de mortalité pour1000 naissances vivantes) | 47.7 | 43.2 | Banque Mondiale |
| Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) | 27.1 | 25.3 | Idem |
| Indice synthétique de fécondité | | | |
| Prévalence contraceptive (en %) | | | |
| Taux d'inflation (en %) | 6.73 | 22.8 | Banque Mondiale |
| PIB par habitant, ($ PPA internationaux constants de 2011) | 2941.8 | 2905.4 | Idem |
| Taux de croissance du RNB par habitant (% annuel) | 0.19 | -2.86 | Idem |
| Indice de développement humain | 0.49 | 0.51 | Perspective Monde |

# 1 Introduction

Ce présent rapport décrit les résultats de l'évaluation du Programme Pays de l'UNFPA pour la période de 2017 -2021. Cette évaluation conduit au cours de la période d'octobre 2020 – octobre 2021, porte sur la pertinence et le rendement du programme, y compris l'efficacité, l'efficience. La réalisation de ce programme a été conduite dans un cadre large de partenariat impliquant le gouvernement, les départements ministériels et les ONG.

L'appui de l'UNFPA en Haïti consistait essentiellement en une assistance en supports techniques et financiers renforçant les capacités du pays. Dans ce cadre coopératif, ce Programme Pays a été structuré en 4 grandes composantes qui sont : « Santé et droits reproductifs », « Adolescents et jeunes », « Égalité des sexes et autonomisation des femmes », « Dynamique démographique ». En lien avec ces composantes, les projets ont été mis en œuvre soit par des structures étatiques soit par des ONG locales, citons entre autres :

- Le projet SSIAF : « Services de Santé Intégrés pour les Adolescents et les Femmes dans le Grand-Sud en Haïti SSIAF »
- Le projet MHTF :
- Le projet Sage-femme :
- Le projet Spotlight
- Les projets CERFs
- Le projet du Ve Recensement General de la Population et d'Habitat (RGPH)

Ce programme s'inscrit dans les stratégies nationales de développement dont les efforts menés par le gouvernement haïtien sont considérables. Il a capitalisé sur l'expérience acquise lors des programmes précédents qui s'articulaient essentiellement sur l'amélioration des conditions de vie de la population, l'accès aux services de qualité de santé reproductive, au renforcement de capacité d'analyse et d'expertises des compétences nationales, à la promotion des droits des femmes ainsi qu'à la lutte contre la violence à l'égard des femmes.

Cet accord global du gouvernement Haïtien avec l'UNFPA a concerné le contenu du Programme Pays, le fondement des relations, les responsabilités communes et les rôles respectifs de son exécution. Aussi, ce présent document d'évaluation est élaboré afin de contribuer à la mise en place du prochain cycle du programme de l'UNFPA pour Haïti.

Ce travail vise donc à mettre à la disposition des autorités haïtiennes et de l'UNFPA les éléments d'analyse et l'information nécessaires afin d'évaluer le programme de 2017-2021 et de contribuer à l'élaboration du nouveau programme en tenant compte des nouvelles orientations et également des contraintes tant de l'UNFPA que du Gouvernement Haïtien.

Ce rapport est composé des 7 sections principales suivantes (hors annexes) :

1 Introduction
2 Contexte
3 Programme 2017-2021 de l'UNFPA à Haïti
4 Méthodologie et approche évaluative
5 Réponse aux questions évaluatives
6 Conclusions
7 Recommandations

Ce travail a permis une mise à jour des informations relatives aux besoins des populations et du Gouvernement en matière de politique de population, telles que définies dans les différentes études précédentes et qui ont servi de base à la définition des programmes de l'UNFPA. Il analyse les progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme en fonction des résultats fixés (outputs). Il présente des propositions pour améliorer la gestion de la conduite du nouveau programme pour lui assurer le maximum d'efficacité.

## 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-pays[1]. L'évaluation finale du 6ème 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.

L'objectif de ce travail consistait à examiner le programme de l'UNFPA en Haïti en fonction de la situation en matière de population du pays et des objectifs arrêtés en la matière. Ceci a permis une mise à jour des informations relatives aux besoins des populations et du Gouvernement en matière de politique de population, telles que définies dans les différentes études précédentes et qui ont servi de base à la définition des programmes de l'UNFPA :

- les progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme en fonction des résultats fixés (outputs) ;
- les propositions de projets des secteurs en fonction des nouvelles orientations et également des conditions de réalisation du programme ;
- les propositions pour améliorer la gestion de la conduite du prochain programme pour lui assurer le maximum d'efficacité.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont de :

- Analyser la pertinence et de la performance du programme de pays de l'UNFPA pour Haïti ;
- Analyser les 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 la mise en œuvre du 6ème programme pour la République d'Haïti. Elle couvre toutes les activités et/ou programmes mis en œuvre par l'UNFPA depuis le début du 6ème programme, donc janvier 2017 à décembre 2020. Elle couvre les quatre composantes programmatiques de l'UNFPA : Composante I - Santé sexuelle et reproductive ; Composante II - Adolescents et Jeunes ; Composante III - Egalité des sexes et renforcement des femmes ; Composante IV - Dynamique démographique.

Le programme-pays (PP) décline ces quatre composantes en six produits qui sont tous couverts par l'évaluation.

[1] Decision 2009/18 8f, Executive Board, 2009.

# 2 Méthodologie et approche évaluative

## 2.1 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 : coordination (dans le cadre de l'UNCT) et couverture et connectivité (en relation avec l'action humanitaire).

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 a proposé les huit questions suivantes, que l'équipe du bureau-pays a validé.

- EQ1 : Dans quelle mesure le 6ème programme de l'UNFPA à Haïti (i) a contribué à répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables 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, plus largement du SNU 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 et de planification familiale, 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 augmenter la priorité accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, dans les politiques et les programmes nationaux de développement visant la mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation.
- EQ4 : 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, notamment humanitaires, ainsi que dans le suivi de leur mise en œuvre ?
- EQ5 : 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 survivantes, notamment pendant les crises humanitaires ?
- EQ6 : Dans quelle mesure l'UNFPA, avec ses partenaires, a été capable (ou prêt) à répondre aux crises humanitaires pendant la période couverte par le 6ème programme ?
- EQ7 : 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 ?
- EQ8 : 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 le tableau ci-après :

| | Pertinence | Efficacité | Efficience | Durabilité | Coordination | Complémen-tarité |
|---|---|---|---|---|---|---|
| QE1 | X | | | | | |
| QE2 | | X | | X | | |
| QE3 | | X | | X | | |
| QE4 | | X | | X | | |
| QE5 | | X | | X | | |
| QE6 | | | X | | | X |
| QE7 | | | X | | | |
| QE8 | | | | | X | X |

Les QE définissent la trame de la collecte et de l'analyse des informations. Elles ont été déclinées en critères de jugement, lesquels ont été informés par des indicateurs. L'ensemble définit la trame 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 regroupe les constats réalisés pendant l'évaluation et met 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.

## 2.2 Sélection d'un échantillon de parties prenantes et trames d'entretien

Le nombre relativement restreint de partenaires d'exécution a permis une couverture quasi exhaustive (par entretiens semi-directifs avec les responsables et un échantillon aléatoire de professionnels sur le terrain). La carte des parties prenantes est présentée ci-après, ainsi que le nombre de personnes interviewées par catégorie.

**Tableau 1: Carte des parties prenantes 2017 - 2020**

| | | Partenaires d'exécution | Autres partenaire | Bénéficiaires |
|---|---|---|---|---|
| **SANTE MATERNELLE ET NEONATALE** | | | | |
| Outcome du plan stratégique : | | | | |
| Résultat CPAP 1 : Partout, toutes les femmes, tous les adolescents et tous les jeunes, en particulier les plus défavorisés, utilisent les services intégrés de santé sexuelle et reproductive et exercent leurs droits en matière de reproduction sans contrainte, discrimination, ni violence | | | | |
| | | | | |
| | | Plaidoyer et dialogue politique : MSPP (en lien avec MPCE), MENFP, MJSAC ; ISF, H4, Comite SR/SM<br>Gestion de connaissance : MSPP/DSF<br>Renforcement institutionnel : MSPP/ENISF, HUJ/ENIA, SHOG (GESTA)<br>Offre de services : DSF (BETHANIE) | | Cadres des ministères et des structures publiques (6 personnes interviewées), organisations communautaires (Voir KP), groupements de femmes dans les départements (SO, SE, Nippes) (Voir KP), structures de santé dans |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | DSSE, DSNi, CDS, CPFO, HAGN , FOSREF, SHOG, ZL, | | les communes (26 personnes interviewées), École Sage-Femmes (1 personne interviewée) |

| **ADOLECSENTS et JEUNES** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outcome du plan stratégique : | | | | |
| Résultat CPAP 2 : Tous les adolescents et tous les jeunes, en particulier les adolescentes, ont les moyens d'accéder à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, quel que soit le contexte | | | | |
| | | | | |
| | | Plaidoyer et dialogue politique : MENFP, MJSAC, MSPP<br><br>Renforcement institutionnel : MJSAC<br>Offre de services : OJH, HAGN, , FOSREF, Association haïtienne des Etudiants en Médecine, Youth Calvary Chapel | | Adolescents/tes et jeunes des deux sexes du pays, avec un grand focus sur les Départements de l'Ouest, Sud, Sud-Est, Nord-Est ; les organisations et les ONG venant en appui aux adolescents et aux jeunes du pays |

| **EGALITE DES SEXES ET DROITS de la procréation** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outcome du plan stratégique : | | | | |
| Résultat CPAP 3 : L'égalité des sexes, l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles et les droits en matière de reproduction sont en progression dans les situations de crise humanitaire et les contextes de développement | | | | |
| | | | | |
| | | Plaidoyer et dialogue politique : Réseau ONG, ISF, GT genre<br>Gestion de connaissance : MCFDF<br>Renforcement institutionnel : MCFDF<br>Offre de services : CDS, ZL | | Groupements de femmes, structures de santé dans les communes, victimes de VBG |

| **POPULATION et DEVELOPMENT** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outcome du plan stratégique : | | | | |
| Résultat CPAP 4 : La quête du développement durable représente et tient compte de toutes les personnes partout dans le monde | | | | |
| | | | | |
| | | Plaidoyer et dialogue politique : IHSI, REPAHPE, ISF, ANAPOD<br>Gestion de connaissance : IHSI en lien avec MPCE, MENFP, MSPP, MCFDF<br>Renforcement institutionnel : IHSI, | | Les institutions étatiques, les ONG, Agences Onusiennes, experts, chercheurs, étudiants, population de manière générale. |

Les bénéficiaires ont été échantillonnés de manière aléatoire (mobilisation des usagers des structures de soin 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. Le détail de la méthodologie d'échantillonnage et de questionnement a été présentée dans le rapport de démarrage.

### 2.2.1 Méthodes et outils de collecte et d'analyse des données

Les outils qui ont été utilisés par l'équipe d'évaluation pour collecter les informations et les analyser sont les suivants :

Analyse documentaire : la principale source a été la documentation produite par le système de suivi mis en place par le bureau de pays (revues semestrielles et annuelles, évaluations, audits NEX, micro-assessments) ; elle a été complétée par les documents produits par le gouvernement, les partenaires d'exécution, le SNU et les autres bailleurs sur les domaines d'intervention de l'UNFPA (et connexes) ; les documents-cadres produits par le siège ont été également pris en compte autant que de besoin ;

Entretiens semi-directifs individuels ou groupés : sur la base de la grille d'entretien ci-dessus, l'échantillon à interviewer a inclus les responsables, les professionnels engagés dans la mise en œuvre des activités et les bénéficiaires de ces activités ; dans la mesure du possible, les entretiens ont été réalisés par deux des quatre évaluateurs pour couvrir l'intégralité du champ de l'évaluation et assurer le respect du protocole ;

Focus groupes : un focus group a été organisé pour les trois résultats suivants : SMN, PF et égalités des sexes/VBG. La principale différence entre les focus groupes et les entretiens groupés est la présence dans la réunion des bénéficiaires, du partenaire d'exécution et d'un représentant de l'administration ;

Visites de sites d'intervention : Marigot, Cavaillon, Port-Salut, Dame Marie, Anse d'Hainault, Les Irois, Paillant, : Le Nord-Ouest (Chansolme, Jean Rabel, Mole Saint Nicolas, Croix-des-Bouquets, Petit Place Cazeau.), le Nord-Est (Fort Liberté), les Nippes ( Miragoane et Paillant), le Sud ( Cayes, Cavaillon et Dame-Marie ), le Sud-Est (Jacmel et Marigot), la Grand-Anse (Jérémie, Dame-Marie, Anse-d'Ainault et les Irois,) et l'Ouest ( Delmas et Port-au-Prince)

### 2.2.2 Analyse de la faisabilité de l'évaluation, limites et risques

L'expérience de l'évaluation du 5ème cycle a permis d'analyser les sources d'information disponibles, de vérifier l'existence d'un dispositif de suivi-évaluation opérationnel et la possibilité de rencontrer les parties prenantes au niveau du gouvernement, des partenaires d'exécution et du SNU.

Le bureau de pays a démontré sa capacité à donner accès à la documentation nécessaire à la revue documentaire, archivage et mise à jour des rapports et cadres stratégiques du gouvernement et du SNU.

Les documents programmatiques et contractuels avec les PE se sont avérés accessibles et classés, ainsi que le produit des revues semestrielles 2017, 2018 et 2019 (sur la base d'une standardisation des indicateurs portée par le bureau). Le rapport annuel est disponible pour ces mêmes années.

Le personnel du bureau, l'administration centrale et déconcentrée, les ONG ont été disponibles et ouverts pour la réalisation des entretiens et des visites de terrain. Le Bureau pays a facilité la logistique des déplacements, des rendez-vous et a introduit l'équipe auprès des partenaires. Le personnel du Bureau n'a pas participé aux entretiens avec les partenaires et les bénéficiaires. La pandémie de Covid-19 n'a pas été une limitation dans le processus d'évaluation. Nous avons pu réaliser les visites des sites, les interviews et les focus group en personne.

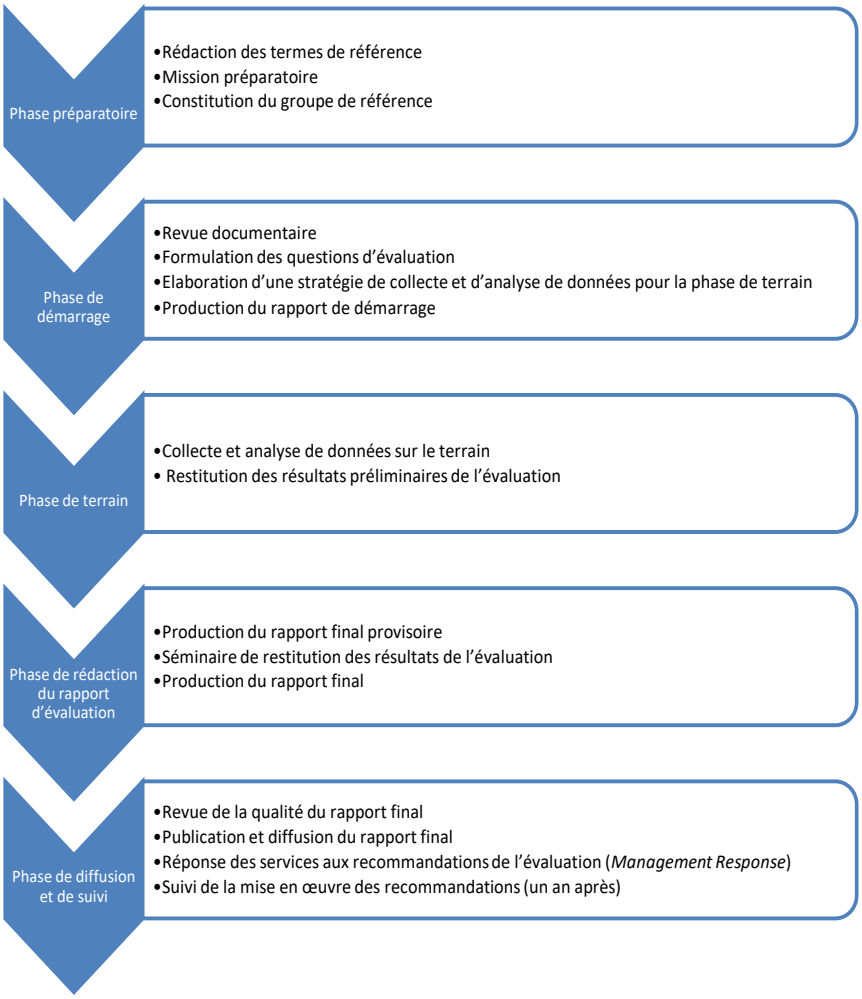
L'appréciation positive de l'évaluabilité du 6ème programme pendant la phase documentaire a été confirmée pendant la phase de terrain et la rédaction des livrables.

La propagation du COVID19 en Haïti a surement représenté une contrainte dans les différentes phases (avant, pendant, après) de l'évaluation. A titre d'exemple, un ensemble de réunions avec les cadres de l'UNFPA et des partenaires d'exécution ont dû être réalisées en distantiel. Toutefois, l'équipe d'évaluation a pu conduire sans difficulté les activités de collecte des données sur le terrain auprès des acteurs clés en prenant toutes les mesures barrières nécessaires pour se protéger et protéger les interlocuteurs/trices. Parmi ces mesures on peut citer le port obligatoire des masques, le respect de la distanciation physique, le lavage des mains de manière régulière. Il faut dire que la prévalence de la maladie se rencontrait relativement faible au moment de la réalisation de l'évaluation, contrairement à ce qu'on observe à partir du mois de juin 2021 dans le pays.

## 2.3 Processus de l'évaluation

*Phasage du processus*

Le schéma ci-après présente le déroulement du processus de l'évaluation.



*Équipe d'évaluation et distribution des tâches*

L'équipe d'évaluation est composée des membres ci-après, avec les tâches affectées :

- Max Hennion, chef de mission, évaluateur senior (coordination générale)
- Kenise Phanord (Egalité des Sexes et Renforcement des femmes, et Humanitaire),
- Jean-Denis Lys (santé reproductive)
- Mickens Mathieu (Population et développement ; adolescents et jeunes)

# 3 Contexte

## 3.1 Contexte national

**Situation politique** : La dernière décennie a été marquée par l'instabilité politique et sociale, aggravée par l'impasse dans laquelle a été pendant plusieurs années le processus électoral, lancé en 2015. L'élection n'a apporté une accalmie que temporairement. La période du programme a été marquée par des mouvements sociaux longs et graves, avec notamment des blocages des routes qui ont paralysé le pays pendant des mois. La situation n'est pas stabilisée. L'irruption du Covid-19 a temporisé la gravité des problèmes ressentis par la population mais les causes profondes de la crise sociale, économique et politique sont toujours là.

**Population** : En 2020, la population du pays est estimée à 11,4 millions de personnes dont la plupart vivent dans les zones rurales (61 pour cent) et plus de la moitié a moins de 25 ans (62,3 pour cent). Le taux de fertilité est de 2,85. L'espérance de vie est de 62 ans.

**Économie** : L'instabilité a entravé le développement économique et social d'Haïti. En 2019, le PIB s'est contracté de 0,9% ; le pays fait aussi face à une dépréciation monétaire rapide (près de 25 % à la fin de l'exercice fiscale), des taux d'inflation élevés (près de 20% à la fin de l'exercice fiscale). La récession économique a été combinée à la faible capacité de l'administration à collecter des recettes. Néanmoins, le déficit budgétaire a été contenu à cause entre autres de coupes drastiques dans les investissements de capitaux et les programmes sociaux.

**Social** : Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental, avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 756 $ en 2019 et un indice de développement humain le classant 169 sur 189 pays en 2019. Selon l'indice de capital humain, un enfant né aujourd'hui en Haïti a un potentiel à l'âge adulte évalué à 45% de ce qu'il aurait pu avoir s'il avait bénéficié d'une éducation et d'une santé complètes. La dernière enquête sur la pauvreté (2012), informe que plus de 6 millions d'Haïtiens vivent en-dessous du seuil de pauvreté avec moins de 2.41 $ par jour, et plus de 2.5 millions sont tombés en-dessous du seuil de pauvreté extrême, ayant moins de 1.23 $ par jour[2]. Avec un coefficient de Gini de 0,61, Haïti est également l'un des pays les plus inégalitaires du monde.

### 3.1.1 Santé reproductive

Les données les plus récentes sont issues de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) de 2017.

*A. Santé maternelle et néonatale*

**La santé maternelle**. Le taux de mortalité maternelle d'Haïti reste le plus élevé de tous les pays de l'hémisphère occidental, à environ 529 décès pour 100 000 naissances vivantes d'après les données de

[2] https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview

l'EMMUS-VI, 2016-2017. Selon ce rapport : « Le risque de décès maternel sur la durée de vie est estimé à 0,017, c'est-à-dire qu'environ deux femmes sur cent décéderont de causes maternelles durant leur vie reproductive » (EMMUS-VI, 2016-2017, page 294).

Dans les zones rurales d'Haïti, des facteurs institutionnels comme le coût des accouchements, la qualité des soins, l'absence de ressources humaines ou d'intrants réduisent considérablement l'accès aux soins de santé maternelle et néonatale. En plus de ces déterminants de l'accouchement institutionnel, il faut aussi considérer les infrastructures médiocres, telles que l'état des routes, qui diminuent l'accès aux centres de santé en temps opportun. Les chances d'accoucher avec un prestataire de santé qualifié ou dans un établissement dans les régions rurales d'Haïti sont considérablement réduites par le terrain montagneux et la distance de l'hôpital le plus proche. En milieu rurale, seulement 30% des femmes bénéficient d'une assistance à l'accouchement par du personnel de santé formé alors que ce pourcentage est de 63 % en milieu urbain. Cependant le milieu urbain n'est pas exempt de tout problème. L'accès aux soins dans les zones urbaines et tout aussi problématique pour des raisons économiques, non disponibilité de ressources humaines ou encore manque d'intrant et équipements.

**La santé néonatale.** Le taux de mortalité néonatale est également élevé en Haïti. Cependant, la tendance est à la baisse au cours des 10 dernières années, passant de 88 ‰ en 2012 à 81 ‰ en 2016- 2017 (EMMUS VI, 2016-2017. La mortalité infantile est liée aux grossesses précoces (82 pour mille chez les femmes de moins de 20 ans). Les cas de mortalité néonatale surviennent surtout dans les 6 premiers jours dû au fait que les premiers soins, notamment la réanimation néonatale, sont parfois difficile à prodiguer vu que la majorité des accouchements n'est pas réalisée par un personnel qualifié. [Source : Plan Stratégique National pour la Santé Intégrale de l'Enfant en Haïti, 2014-2019].

L'une des stratégies mis en place par le MSPP et l'UNFPA pour réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale est la stratégie des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Adoptées en 2009, cette stratégie met un accent particulier sur la prise en charge des complications. Toute institution sanitaire offrant les interventions obstétricales permettant de prendre en charge les complications obstétricales et la réanimation néonatale est considérée comme formation sanitaire dispensant les fonctions SONU. On distingue les SONUB et les SONUC. Cependant, la dernière enquête sur les SONU conduite en 2018 a révélé une baisse dans le fonctionnement de ces structures.

**La fécondité.** La fécondité a une tendance à la baisse depuis 2006. En effet, l'ISF est passé de 3,9 enfants en 2006 à 3,5 enfants en 2012, pour se situer à 3,0 enfants en 2016-2017 (EMMUS-VI, 2016-2017). L'âge médian des femmes de 15-49 ans à la naissance de leur premier enfant est de 22,4 ans. Seize pourcent (16 %) des femmes de 15-49 ans avaient eu une première naissance avant d'atteindre l'âge de 18 ans, et 64 %, avant d'atteindre l'âge exact de 25 ans. Le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans a légèrement diminué, passant de 11% en 2012 (EMMUS-V) à 10% en 2016-2017 (EMMUS-VI). Le pourcentage d'adolescentes actuellement enceintes pendant les deux enquêtes a également diminué de 1%, passant de 3% en 2012 à 2% en 2016-2017.

**Protection contre le tétanos néonatal**. Le tétanos néonatal est une infection causant rigidité, spasmes musculaires et souvent décès chez les nouveau-nés. Un nombre significatif de femmes meurent également du tétanos néonatal chaque année. Cette infection peut être prévenue par la vaccination des femmes enceintes et celles en âge de procréer, et par l'amélioration de l'hygiène dans les maternités. Selon l'EMMUS-VI, 75% des femmes étaient protégée contre le tétanos néonatal lors de la dernière naissance. La couverture contre le tétanos néonatal s'est améliorée entre 2005-2006 et 2012, passant de 64 % à 76 % ; par contre, depuis 2012 on n'enregistre pas d'amélioration malgré le plan national d'élimination du tétanos

maternel ou néonatal en 2015, élaboré par le MSPP avec l'appui de ses partenaires. Le pourcentage de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal est passé de 76 % à 75 % en 2016-2017.

*B. Planification familiale*

Selon le « Plan Directeur de Santé 2012-2022 du MSPP » la planification familiale est un élément important dans la promotion de la santé de la femme et la réduction du taux de croissance de la population. Ce plan compte « améliorer l'offre des méthodes de contraception de longue durée, de sensibiliser la communauté sur l'importance de la planification familiale et sur la promotion du recours à la contraception » (MSPP, Plan Directeur de Santé 2012-2022, Octobre 2013).

**Connaissance et utilisation de la contraception**. La connaissance de la contraception en Haïti est généralisée (100%). Cependant, la prévalence de la contraception moderne chez les femmes n'a augmenté que de 22% en 2000 à 32% en 2017 (EMMUS VI). L'utilisation de méthodes contraceptives modernes chez les femmes de 15-49 ans en union n'atteint que 34% (EMMUS VI, 2016-2017). Les méthodes les plus connues sont la pilule, les injectables, les implants et le condom masculin. Mais la méthode moderne la plus utilisée (21 %) reste les injectables. Par comparaison, seulement 4 % des femmes en union utilisaient le condom masculin et 3 % les implants. Le taux d'utilisation des autres méthodes est extrêmement faible. Chez les femmes non en union sexuellement actives, c'est le condom masculin qui est la méthode la plus utilisée (23 %) suivi par les injectables (7 %) (EMMUS VI, 2016-2017).

**Besoins non satisfaits en matière de planification familiale**. Le pourcentage des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour les femmes de 15 – 49 ans en union est passé de 35% (EMMUS V, 2012) à 38% en 2017 (15 % pour espacer les naissances et 23 % pour les limiter). Parmi les femmes de 15-49 ans qui ne sont pas en union, mais sexuellement actives, le chiffre atteint 52% en 2017 (EMMUS VI). Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 72% dont 28% orientés vers l'espacement et 45% vers la limitation.

**Sources d'approvisionnement des méthodes modernes**. En Haïti, les pourvoyeurs exclusifs de méthodes modernes sont l'UNFPA et l'USAID. Les intrants PF constituent un apport important de l'UNFPA comme contribution essentielle à la SSR en Haïti. Viennent ensuite les institutions sanitaires publiques suivant leur niveau, le secteur médical privé dont les pharmacies et les cliniques privées, les institutions mixtes, particulièrement les pharmacies. La stratégie mise en place par le MSPP permet aux populations reculées d'avoir accès aux contraceptifs à travers la distribution à base communautaire faite par les ASCP pour les méthodes de courte durée et les cliniques mobiles. Les pairs éducateurs et les jeunes distributeurs augmentent l'accès aux jeunes. On retrouve des condoms dans les marches et boutiques a travers le programme de Marketing social. **L'avortement.** Parmi les femmes de 15-49 ans, 4 % ont déclaré avoir eu recours à l'avortement, au moins une fois, au cours de leur vie. Dans la majorité des cas (66%), l'avortement a eu lieu à 2-4 mois de grossesse et, dans 30 % des cas, il s'est déroulé à moins de 2 mois de grossesse. Trois quarts (75 %) des femmes ont déclaré avoir pris elles-mêmes la décision. Plus de la moitié (53 %) de ces avortements ont eu lieu à la maison et 48% ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé en majorité un médecin (45%) (EMMUS VI, 2016-2017).

Cependant, ces données de l'EMMUS doivent être considérées avec modération car l'avortement est un sujet tabou en Haïti. La loi haïtienne dans l'article 262 du code pénal de 1825 interdit l'avortement. C'est un crime passible même de prison à perpétuité. Donc la grande majorité des femmes ne vont pas admettre qu'elles ont eu recours à cette pratique. Ce qui explique, peut-être, le faible taux de 4% rapporté par l'EMMUS. Plusieurs organisations de femmes dont la SOFA font un plaidoyer pour la légalisation de

l'avortement en Haïti. Le nouveau code pénal, s'il est validé au Parlement, pourrait permettre, en son article 328 et suivants, la pratique de l'avortement dans certains cas en Haïti, notamment lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste ou lorsque la santé mentale de la femme est en danger mais l'age de la grossesse ne saurait dépasser 12 semaines.

### 1.1.2 Adolescents et jeunes

Haïti héberge une population estimée à 11 millions d'habitant dont la grande proportion est relativement très jeune. Selon les données publiées à partir de l'enquête EMMUS VI (2016-2017), 43% des Haïtiens à moins de 18 ans et l'âge moyen de la population haïtienne est évalué à 23 ans. Au cours de ces dernières décennies, des progrès remarquables ont été obtenus dans le domaine de la satisfaction des besoins fondamentaux de cette strate de la population. Les résultats les plus probants s'observent dans le domaine de l'éducation marqués notamment par une amélioration substantielle de l'accès et de l'offre scolaire. Dans ce contexte, le taux d'analphabétisation des Haïtiens âgés de six ans et plus estimé à 30,5% (35,6 femmes et 25,4 hommes) en 1994 est passé à 20,4% (23,7 femmes et 17,1 hommes) selon les estimations réalisées à travers les enquêtes EMMUS II et EMMUS VI. De même, le taux brut de fréquentation scolaire des Haïtiens de 6 à 15 ans est passé de 73,6 % (73,6% garçons et 73,5 filles) à 136% (138% garçons et 132% filles) de 1994 à 2017. Cependant, beaucoup d'efforts restent à consentir en vue de combler les retards en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de l'éducation, l'accès et l'égalité des sexes à la formation professionnelle et universitaire notamment pour les jeunes provenant des couches populaires ou défavorisées du pays.

Des progrès intéressants ont été aussi obtenus dans le domaine de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. L'utilisation d'une méthode contraceptive moderne était en 1994 (EMMUS II) de 4,4% pour les femmes haïtiennes de 15-19 ans et à 15,8 % pour celles de 20-24 ans en 1994. Elle était respectivement de 8.1% à 24.9% pour ces mêmes groupes d'âges en 2017 (EMMUS VI). Suivant cette même ligne d'idée, les données de l'EMMUS VI ont montré que 98,5% et 99,9% des adolescents et jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans respectivement ont déjà entendu parler du VIH/SIDA. De même, le pourcentage des jeunes des 15-19 ans (88,2%) et de 20-24 ans (87,0%) ayant des connaissances des moyens de prévention du VIH est relativement élevé.

Cependant, le pourcentage des jeunes de 15-19 ans (37.3%) et de 20-24 ans (34.9%) ayant une connaissance complète du VIH reste encore faible. La grossesse précoce représente un autre aspect préoccupant de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescentes et les jeunes, compte tenu des risques de complication pouvant survenir au moment et après la grossesse, ainsi que l'impact de cet événement sur leur intégration dans les sphères économiques et sociales. En effet, les données de l'EMMUS VI indiquent que 10% des adolescentes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir débuté leur vie fertile au moment de la collecte des données en 2016. Par rapport aux précédentes enquêtes, on constate que ce pourcentage a diminué récemment, car il était de 14 % en 2005-2006 et en 2012. Ces chiffres diminuent notablement entre les jeunes sans niveau de scolarité (27%) et chez celles du niveau de scolarité secondaire (6%). Une réalité qui montre le poids de la scolarisation dans l'atteinte d'une série d'objectifs à impacts positifs chez les jeunes.

Au cours de la deuxième moitié de la décennie 2010, le pays a élaboré une série de documents de politiques publiques (incluant des plans stratégiques) devant guider les actions gouvernementales orientées vers la satisfaction des besoins des adolescents et des jeunes en Haïti. Parmi ces documents, on peut citer le Plan décennal d'éducation et de formation (PDEF) 2019-2029, le Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents 2014-2017, le plan directeur de santé 2012-2022, le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et la Planification Familiale 2013-2016.

L'ensemble de ces documents partage les objectifs communs en rapports à l'amélioration de l'accès, l'offre et la qualité de l'éducation, et des services intégrés de santé sexuelle et reproductive, le renforcement des structures prestataires de services orientés vers les adolescents et les jeunes, l'information, la sensibilisation des jeunes sur la sexualité responsable, la protection contre les grossesses précoces et non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les violences basées sur le genre, la promotion de la recherche scientifique (y compris la collecte et la constitution de bases de données) sur la problématique des jeunes, l'autonomisation économique des jeunes à travers l'amélioration de leur employabilité et leur insertion sur le marché du travail, l'entrepreneuriat, la mise en place des partenariats entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Les objectifs de ces documents ainsi que les résultats escomptés sont en cohérence avec une série d'engament pris dans ce sens sur le plan international et régional. Parmi lesquels, on peut citer l'agenda 2030 de développement durable, la déclaration de Nairobi sur la CIPD25 et le Consensus de Montevideo.

### 1.1.3 Population et développement

Comme antérieurement relaté, au cours de la seconde moitié de la décennie 2010, les gouvernements haïtiens ont pris une série d'engagements internationaux et régionaux, élaboré et mis en œuvre des politiques publiques sectorielles, dans le but de satisfaire les besoins et affronter les défis de développement de la société haïtienne sur les plans économique, social, environnemental et de gouvernance. Dans ce cadre-là, on a pu observer des efforts substantiels dans l'intégration de la composante population (taille, structure, dynamique, distribution spatiale) dans la programmation, le ciblage, la mise en œuvre et le suivi des politiques gouvernementales. Le pays a aussi renforcé ses expériences avec l'appui de ses partenaires onusiens et non onusiens, et tiré de grandes leçons, dans le suivi des indicateurs de progrès des Conférences, Conventions, Programmes d'Action Régionale et Internationale dans le domaine de population et développement.

En ce sens, le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (MPCE) avec l'appui de l'UNFPA a élaboré le rapport pays sur le suivi de la mise en œuvre du consensus de Montevideo en 2017 et en 2019 le bilan de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au cours des vingt-cinq ans de sa mise en œuvre. Dans ce même contexte, l'institut haïtien de l'enfance avec l'appui de ses partenaires a réalisé la sixième Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation de Services (EMMUS). Le rapport définitif de la dernière édition de l'EMMUS publié en 2019 a permis d'actualiser, cartographier une série d'indicateurs désagrégés de suivi des performances et des besoins du pays en relation avec la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive, tels que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, la prévalence du VIH/SIDA et d'autres maladies infectieuses. L'EMMUS VI a aussi permis d'avoir des données actualisées sur les caractéristiques sociodémographiques, familiales, spatiales et économique de la population haïtienne. Lesquelles se révèlent fondamentales pour construire une compréhension éclairée du processus de développement économique, social et culturel du pays. Il est à noter que la base de ces données statistiques sont disponibles sur le site de l'USAID pour les utilisateurs et les spécialistes des sphères académiques et de politiques publiques désirant conduire des études plus poussées sur des thématiques en rapport à la situation sanitaire, économique et démographique du pays.

Dans ce même contexte, l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) a réalisé des avancées substantielles dans la planification du VIème Recensement General de la Population et de l'Habitat depuis l'année 2013, notamment la rédaction des documents stratégiques et la conduction du recensement pilote (2018). Cependant, la mise en œuvre de cette opération d'envergure nationale peine encore à se concrétiser en raison des menaces externes liés aux turbulences sociopolitiques actuelles et des faiblesses interne de l'IHSI. Suivant ce même ordre d'idée, il faut aussi noter que l'IHSI peine encore mettre en œuvre la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) qui aura un impact notable sur

l'actualisation, la dynamisation, le renforcement et la gouvernance du système de statistique nationale, ainsi que la promotion de la culture statistique et la synergie entre les producteurs et les utilisateurs de données statistiques.

### 1.1.4 Égalité des sexes

**Les politiques publiques et les lois en rapport à l'égalité des sexes et le droit à la procréation**. Il existe en Haïti un cadre légal et des documents administratifs assez important sur les violences faites aux femmes et la santé sexuelle et reproductive. Cependant, l'effectivité de ces normes sont à questionner du fait que les autorités chargées de sa mise en œuvre manquent de mesures de suivi exhaustif, d'évaluation d'impact et d'intérêt pour son application.

En effet, durant la décennie 2010-2020, plusieurs textes de lois et documents stratégiques ont été adoptés :

1) L'intégration d'action spécifique et transversale pour assurer l'égalité des sexes dans le plan stratégique national de développement d'Haïti 2010-2030 qui considère l'égalité femmes et hommes comme un axe transversal et spécifique.
2) La politique nationale d'égalité femmes et hommes couvrant la période allant de 2014 à 2034 qui compte parmi ses orientations stratégiques la lutte contre la violence faite aux femmes et l'accès à la santé sexuelle et reproductive dans le respect de la dignité des femmes. Ladite politique a été opérationnalisée à travers un premier cycle de plan d'action de six ans (2014-2020) dont l'évaluation est prévue cette année.
3) Le troisième plan national de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2027).
4) La publication de la loi sur la paternité, maternité et filiation et celle sur la traite des personnes en 2014.
5) Ce corpus juridique et institutionnel fait face à des problèmes d'application dont l'un des principaux demeure l'absence d'actions cohérentes et coordonnées et de ressources financières, techniques et humaines suffisantes. Par exemple, le plan d'action 2014-2020 de la politique d'égalité femmes et hommes du pays n'a pas pu être opérationnalisé faute de volonté politique et de financement.

Le MCFDF manque par ailleurs cruellement de ressources humaines, techniques et financières pour coordonner efficacement les plans et politiques relatifs à l'égalité des sexes. De plus, il n'y eut aucune matrice de suivi (définition d'indicateurs et cibles) et de cadre d'évaluation qui s'en est suivi. Ce qui rend encore difficile sa mise en œuvre et son évaluation. Le deuxième plan national de lutte contre les violences faites aux femmes n'a pas pu être appliqué en raison, entres autres, du manque d'appui alloué à la Concertation Nationale qui est l'organe de mise en œuvre et le statut complexe de cette structure de droit privé chargée d'une mission de service public méconnue dans le droit haïtien.[3] Ce type de structure requiert un accord des autorités étatiques comme le souligne le plan national de lutte contre les violences faites aux femmes 2017-2027.

Malgré ce déficit d'application ou d'inefficacité, plusieurs propositions de lois concernant les droits des femmes sont actuellement à l'étude. En premier lieu, il y a la loi-cadre sur les violences à l'égard des femmes qui aborde cette question dans sa globalité. Soumis au Senat le 3 avril 2017, cette loi n'a pu être

[3] Concertation Nationale, MCFDF, MSPP, plan national 2017-2027 de lutte contre les violences envers les femmes, Prévention, accueil, prise en charge et accompagnement des femmes et les victimes de violences spécifiques, Janvier 2017.

analysée pour être transmis à la chambre des députés avant la caducité du parlement[4]. Ensuite, les nouveaux Code pénal et de procédure criminelle, proposent de nouvelles dispositions en rapport à l'avortement et le harcèlement sexuel ; mais aussi la question de la majorité sexuelle et bien d'autres infractions qui concernent les femmes et les filles. Publié par décret en juin 2020, le nouveau code pénal a fait objet de critiques très sévères et devrait être soumis à une nouvelle évaluation avant son entrée en vigueur par le prochain parlement. L'existence d'une loi qui légalise l'avortement serait une grande avancée pour les femmes car les données disponibles montrent que 4 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu recours à l'avortement une fois dans leurs vies[5] et que plus de la moitie ont réalisé cet avortement dans une maison c'est-à-dire sans assistance médicale. Ce qui augmenterait le risque de mortalité maternelle.

**VBG.** 2,1% de filles de moins de 15 ans et 14,9% de moins de 18 ans seraient liés à des hommes sans leur consentement[6]. Au niveau du département de l'Artibonite dans la commune de Verrettes ce phénomène serait développé et est connu sous l'épithète d'Alatran[7].

Depuis 2018, le MSPP dispose du SISNU qui tient compte de données mensuels sur les violences physiques et sexuelles basées sur le genre collectées par les institutions sanitaires sur tout le territoire. L'existence d'un cadre global de collecte de données avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge aurait facilité une meilleure complétude des données sur cette thématique. Le dernier rapport soumis par la Concertation Nationale Contre les Violences faites aux Femmes date de juillet 2011-juin 2012 et ne couvrent que quatre départements sur dix.

Les données fournis dans le cadre de l'enquête EMMUS VI sur la prévalence des cas montrent que si les cas des violences physiques sont restés plus ou moins constants[8], il y aurait, en revanche, une augmentation des cas des femmes ayant déclaré avoir subi différentes formes de violences ou de violences conjugales[9].

La montée de l'insécurité dans le pays a eu un impact considérable sur le nombre de cas et le type de violences basées sur le genre documentées. Ainsi, il est à signaler une augmentation des violences des gangs sur les axes routiers dans plusieurs départements du pays tels que les départements du Nord ou de l'Artibonite. Certaines de ces attaques ont été accompagnées de vols, de meurtres mais également de viols de passagères[10]. Des massacres auraient également été perpétrés dans plusieurs quartiers précaires du pays. Selon les informations, parmi les survivants du massacre du quartier de La Saline perpétré en novembre 2018, 11 femmes et jeunes filles auraient subi des viols collectifs et n'auraient reçu aucun soutien ni avis médical[11].

Des cas de viols sur les deux sexes adultes ou mineures auraient été rapportés. Ainsi le rapport du BINUH (Bureau intégré des Nations Unies en Haïti) signale entre le 1er juin et le 31 aout 2020, le rapportage de 457

[4] Les élections n'ayant pas eu lieu pour renouveler les deux tiers du Senat et la chambre des députés entre 2016 et 2019, le parlement est devenu dysfonctionnel, le 13 janvier 2020.

[5] MSPP, *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017*, juillet 2018 p. 127

[6] Ibid p. xxxvii

[7] https://www.loophaiti.com/content/verrettes-des-fillettes-sont-vendues-des-hommes-comme-concubines

[8] MSPP, Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017, juillet 2018 p 391

[9] MSPP, Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017, juillet 2018 p. 394

[10] https://www.presslakay.net/haiti-viol-a-gran-latanye-non-loin-de-hinche-5-femmes-violees-par-des-bandits-armes/ https://www.loophaiti.com/content/cabaret-un-gang-viole-plus-de-50-femmes-en-une-semaine https://lenouvelliste.com/article/209109/plusieurs-cas-de-viol-signales-sur-des-adolescentes-et-des-femmes-a-larcahaie

[11] https://www.hrw.org/fr/world-report/2020/country-chapters/336751

cas de viol (164 femmes, 235 enfants et 58 hommes) et entre le 1er mars et le 31 mai contre 541 entre le 1 er mars et le 31 mai.

Les informations fournies par les acteurs de la société civile et des structures sanitaires font état d'une augmentation des cas de VBG rapportées au cours de la période de confinement entre le mois de mars et le mois d'aout. Bien qu'ayant connu un ralentissement de leurs activités en raison de la pandémie, les organisations de prise en charge ont développé des lignes d'écoute et ont fonctionné par roulement pour assurer la continuité de leurs services.

Si le nombre des cas de violences faites aux femmes signalées n'est pas plus élevé, plusieurs raisons peuvent être évoquées. Certains cas de VBG sont enregistrés seulement parce que ce sont des cas qui sont médiatisés. Il faut aussi signaler que les conditions ne sont pas réunies pour que les femmes sortent de leur silence pour dénoncer le viol subi. La société ne semble pas donner au viol tout le poids d'un crime. Les femmes et les filles qui tentent d'accéder à la justice, en particulier dans les affaires de violences font face à de nombreux obstacles sexistes et de mauvais traitements : obstacles linguistiques, facteurs économiques, dysfonctionnement de l'appareil judiciaire, méconnaissance des droits et réticence à porter plainte par crainte de l'opprobre et des préjugés sociaux, relation avec l'agresseur, réticence des parents ou tuteurs et dépendance financière de la victime, etc.[12]

## 1.2 Situation humanitaire

Haïti traverse à une crise multidimensionnelle qui bloque ses progrès vers un développement inclusif et durable. En effet, le pays a connu ses dernières années une situation économique, politique et social, qui, conjuguées aux faiblesses structurelles du pays, ont affecté la capacité des personnes les plus vulnérables à satisfaire leurs besoins essentiels.

Les années 2018 et 2019 ont été marquée par des situations politique, économique, sociale et sécuritaire particulièrement difficile qui ont entraîné une augmentation des besoins humanitaires et réduit considérablement l'accès des acteurs humanitaires aux populations. Les émeutes de juillet 2018, l'arrêt des activités avec le pays *lock* de février, juin, septembre et octobre 2019 ont eu comme corolaire le ralentissement de l'action de l'Etat dans les différents secteurs de la vie publique ainsi que le blocage des investissements et soutiens bilatéraux. Cette situation a entravé la mobilisation des ressources pour l'aide humanitaire et le développement. Les récents troubles politiques et sociaux, la détérioration de la situation en matière de sécurité et le grave ralentissement économique - estimations de croissance économique négative en 2019, inflation supérieure à 20%, dépréciation puis appréciation de la gourde et déficit budgétaire persistant - rendent les communautés encore plus vulnérables.

A cela, il faut ajouter l'augmentation de l'insécurité et l'étau qui se resserre sur la population vivant dans certains quartiers du pays principalement dans les grandes villes. En effet, ces zones contrôlées par des gangs voient la violence progressivement s'intensifier et se complexifier depuis 2019, avec l'augmentation et la concentration des groupes armés à travers le G9[13]. L'accroissement de l'insécurité et la récurrence de ces attaques ont aussi provoqué un afflux de déplacement des populations affectées vers d'autres quartiers, aggravant ainsi leur situation de vulnérabilité[14].

[12] ASFC, Kay Fanm et OPC, *L'impunité des violences faites aux femmes et aux filles en Haïti*, février 2019

[13] G9 an Fanmi est une formation de neuf gangs de Cité-Soleil, de La Saline et du bas de Delmas mais qui, depuis, s'est élargie à 15 gangs regroupant plusieurs quartiers.

[14] Bureau intégré des Nations Unies en Haïti, *Rapport du Secrétaire général*, septembre 2020, p.9

L'ouragan Matthew, survenu en septembre 2016, a fragilisé un pays déjà en butte à de grandes vulnérabilités sociales et environnementales, aggravées par le développement de construction rapide et anarchique. Les zones les plus affectées furent les départements de la Grand'Anse, du Nippes, du Sud et du Sud-Est ainsi que certaines communes de l'Ouest et du Nord-Ouest. Le nombre de mort répertorié fut comptabilisé à 546 personnes blessées, 438 disparues et 128 disparues selon le PDNA[15]. L'ouragan a provoqué le manque d'accès aux soins et aux services de base y compris l'interruption de traitement pour une partie des personnes sous traitement continue, comme les personnes malades de sida et celles atteintes de la tuberculose, le manque d'accès à l'eau potable. Ceci a également pour effet l'augmentation de la morbidité et le risque de résistance aux médicaments, ce qui s'additionne à la longue une longue liste de problème de santé publique y compris les prestataires de soin. Au niveau des infrastructures, le rapport du PDNA santé a permis d'identifier les dispensaires, les centres de santé, les hôpitaux, les centres de traitement des diarrhées aiguës (CTDA) et centres départementaux d'approvisionnement en intrants (CDAI) affectés. 133 structures au total ont été endommagées dont cinq complètement détruites dont 63% de dispensaires. Six hôpitaux et trois CDAI ont été comptabilisés.

Si depuis cet ouragan, le pays n'a connu que très peu de cyclones de catégorie élevée, la saison actuelle des ouragans, est plus active que la normale pour Haïti et la région des Caraïbes. Cela pourrait encore accroître les besoins humanitaires. Dans l'éventualité de prochains ouragans, l'ONU fournit un appui à la Protection civile en se basant sur les leçons apprises dans la gestion de la Covid 19.

Si l'impact de la pandémie de la COVID en Haïti n'a pas été aussi grave que prévu, il a quand même eu une incidence sur les groupes vulnérables. Les revenus et le pouvoir d'achat de certains ménages ont chuté, notamment du fait du ralentissement de l'activité économique provoqué par le désinvestissement dans les secteurs textile et agricole à cause de la pandémie. Trois principales raisons ont été soulevées pour expliquer la diminution du niveau de revenus ou la perte d'emploi chez les personnes interrogées : l'importance des ménages travaillant dans le secteur informel, la contraction des activités économiques et les risques d'infection à la pandémie. Le ralentissement des activités économiques a le plus impacte les femmes qui sont passées de 15,9% à 39,1% contre 8,6 % à 23,8 % pour les hommes en demande d'emploi[16].

En outre, la mobilisation des acteurs du système de santé et des ressources disponibles à la lutte contre la COVID-19, ainsi que la crainte de la contamination, ont ralenti le fonctionnement de certains services de santé, notamment la vaccination de routine et des interventions vitales pour certaines mères et leurs nouveau-nés. Les données disponibles font également ressortir que presque la moitié des femmes (47,8%) n'ont pas eu accès aux soins maternels ou de planification familiale, en raison du manque de ressources pour payer les frais de santé (40%), et de la non-disponibilité des services de santé dans la zone de résidence (34,1%)[17].

83.5% des femmes ne se sentent pas en sécurité ni dans leur maison ni dans leur communauté pour diverses raisons et 22% craignent la violence, l'abus sexuel ou la violence domestique [18].

Malgré le confinement, les risques de protection pour les migrants haïtiens en provenance d'Amérique Latine et des Etats-Unis est reste un enjeu important en raison du nombre important de rapatriement volontaire ou pas.

[15] MSPP, Evaluation des besoins post-cyclone, novembre 2016, p.11

[16] SNU, *Évaluation Socioéconomique de l'Impact de la Pandémie COVID-19 (ESI COVID-19) République d'Haïti,* janvier 2021

[17] Ibid, 59

[18] Ibid, 27.

Le gouvernement a mis en place une structure d'assurer la coordination de la réponse à la maladie, CMGP. Le plan élaboré par cette structure a été mis en œuvre sous le leadership du MSPP avec la contribution des partenaires nationaux - y compris le secteur privé - et internationaux autour d'une approche.

L'ONU s'est servi de ces expériences de travail la lutte contre le choléra pour l'appuyer dans son travail pour freiner la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses. Le nombre de cas enregistrés pour 2020 est en baisse. Moins de 80 cas ont été enregistrés jusqu'en octobre 2020. Pour augmenter le niveau de confiance dans les résultats étant donne le nombre réduit de cas, des tests ont été réalisés sur d'autres formes de diarrhée aqueuse aigue.

# ▪ 4 Programme 2017-2021 de l'UNFPA à Haïti

## ○ 4.1 Logique d'intervention du programme

Le 6ème programme de l'UNFPA à Haïti (2017-2021) vise à réduire la mortalité maternelle et à prévenir les grossesses chez les adolescentes en renforçant les capacités nationales à fournir des services de santé maternelle complets de qualité et à accroître la fourniture de services de planification familiale. Il soutiendra les efforts du gouvernement qui visent à tirer profit du dividende démographique. Il contribuera également au renforcement de la réponse multisectorielle à la violence à motivation sexiste. Enfin, il renforcera les capacités statistiques nationales pour faciliter les prises de décisions reposant sur des données factuelles, notamment en soutenant le processus de recensement.

Les 4 résultats attendus du programme et les produits y afférant sont les suivants[19] :

| | |
|---|---|
| Réalisation 1 : Santé et droits reproductifs<br>*Les services intégrés de santé en matière de sexualité et de procréation (planification familiale, santé maternelle et lutte contre le VIH) qui sont soucieux de l'égalité des sexes et répondent aux normes relatives aux droits de l'homme pour ce qui est de la qualité des soins et de l'égalité d'accès sont plus courants et plus utilisés.* | Produit 1 : Renforcement des capacités du système national de santé à fournir des services de santé maternelle et néonatale complets de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire.<br>Produit 2 : Renforcement de la capacité nationale à accroître l'offre et la demande en moyens de contraception modernes, en particulier chez les adolescents et les jeunes. |
| Réalisation 2 : Adolescents et jeunes<br>*Dans les politiques et programmes nationaux de développement, la priorité est davantage accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, notamment moyennant la mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation.* | Produit 1 : Renforcement des capacités du gouvernement et des organisations de la société civile à accroître les aptitudes des adolescents et des jeunes à la vie quotidienne, en particulier chez les jeunes adolescentes susceptibles de tomber enceintes et exposées au risque d'infection par le VIH et aux mariages précoces. |
| Réalisation 3 : Égalité des sexes et autonomisation des femmes | Produit 1 : Augmentation des capacités nationales à fournir des services multisectoriels en faveur de la prise en charge et de la prévention de la violence sexuelle et sexiste, en particulier pour les femmes |

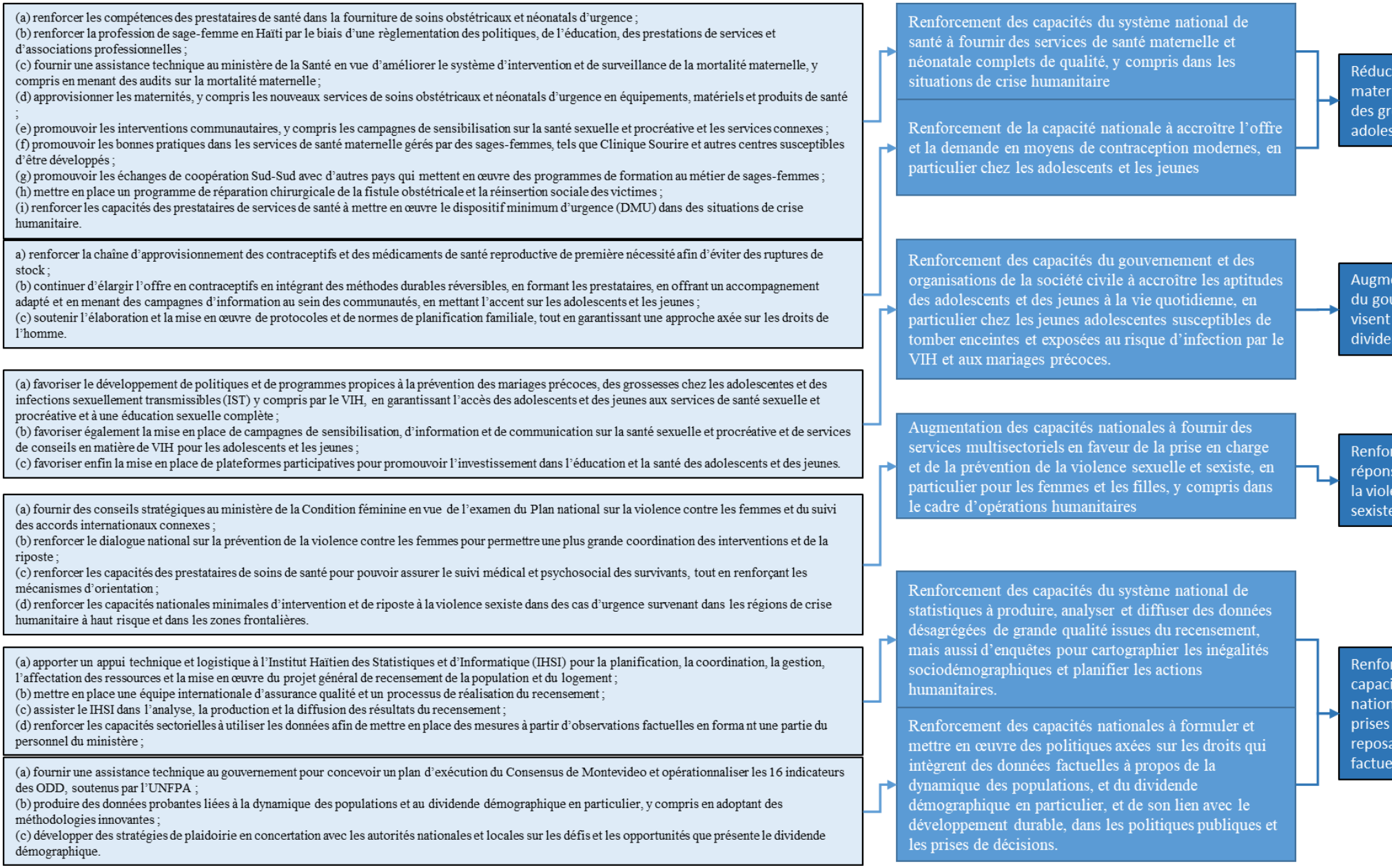
[19] Dans leur ordre de présentation dans le cadre de coopération.

| | |
|---|---|
| *La promotion de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles et des droits génésiques, notamment pour les femmes, les adolescentes et les jeunes les plus vulnérables et marginalisés, est renforcée* | et les filles, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires |
| <u>Réalisation 4 : Dynamique démographique</u><br>*Les politiques nationales et les programmes internationaux de développement sont renforcés grâce à l'intégration d'une analyse reposant sur des observations factuelles de la dynamique démographique et de ses liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits génésiques, le VIH et l'égalité des sexes.* | Produit 1 : Renforcement des capacités du système national de statistiques à produire, analyser et diffuser des données désagrégées de grande qualité issues du recensement, mais aussi d'enquêtes pour cartographier les inégalités sociodémographiques et planifier les actions humanitaires.<br>Produit 2 : Renforcement des capacités nationales à formuler et mettre en œuvre des politiques axées sur les droits qui intègrent des données factuelles à propos de la dynamique des populations, et du dividende démographique en particulier, et de son lien avec le développement durable, dans les politiques publiques et les prises de décisions. |

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

La logique d'intervention du programme présentée ci-après schématise la chaine de résultats et les principaux liens de causalité.

**Figure 1: Logique d'intervention du 6ème programme**



L'analyse du programme, puis l'élaboration du schéma de la logique d'intervention, mettent en évidence la forte cohérence interne entre les activités, les outputs et les réalisations attendus.

La première question posée par le diagramme de la logique d'intervention est le grand nombre de grappes d'activité regroupées pour l'atteinte d'un output. L'analyse des activités fait apparaître des complémentarités fortes et des synergies potentielles mais celles-ci ne sont pas décrites dans la stratégie pays. Il n'y a pas à ce titre de chronogramme par activité pour clarifier si des chaines de résultat sont visées ou si toutes les activités doivent être conduites simultanément.

La seconde question laissée ouverte par la chaine de résultat du programme-pays est l'importance relative des résultats (outputs) les uns par rapport aux autres en termes d'allocation des ressources, et donc la priorisation sous-jacente.

Il manque enfin une analyse des hypothèses et risques qui vont affecter la mise en œuvre du programme et donc les actions d'atténuation ou de réaction qui devront être mises en place à leur survenue. Cette absence fait de la logique d'intervention un outil relativement théorique et non pas un instrument de gestion souple et réactif.

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

### o 4.2 Structure financière

Le 6ème programme de l'UNFPA à Haïti prévoyait un budget de 67 M$, dont 18 M$ en fonds réguliers et 49 M$ avec d'autres sources.

La répartition par résultat est la suivante :

**Table 1 - Répartition des ressources par résultat (en millions de US$)**

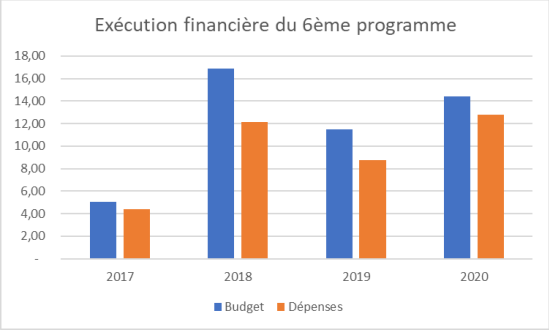
| Domaines de réalisations du plan stratégique | | Ressources ordinaires | Autres ressources | Total |
|---|---|---|---|---|
| Réalisation 1 | Santé en matière de sexualité et de procréation | 10,0 | 11,0 | 21,0 |
| Réalisation 2 | Adolescents et jeunes | 3,0 | 3,5 | 6,5 |
| Réalisation 3 | Égalité des sexes et autonomisation des femmes | 2,5 | 2,5 | 5,0 |
| Réalisation 4 | Dynamique démographique | 1,5 | 32,0 | 33,5 |
| Programme : coordination et appui | | 1,0 | – | 1,0 |
| **Total** | | 18,0 | 49,0 | 67,0 |

Source : PROGRAMME-PAYS

L'avancement de l'exécution financière est la suivante :

**Tableau 2 : Budget et dépenses par année (actualisé février 2021)**

| Année | Fonds réguliers | | Autres fonds | | Total budget | Total dépenses | % Exécution |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Budget | Dépenses | Budget | Dépenses | | | |
| 2017 | 1 895 299 | 1 882 299 | 3 172 990 | 2 522 272 | 5 068 289 | 4 404 571 | 87% |
| 2018 | 1 755 000 | 1 749 220 | 15 120 233 | 10 359 617 | 16 875 233 | 12 108 837 | 72% |
| 2019 | 2 313 837 | 2 311 223 | 9 160 022 | 6 466 945 | 11 473 859 | 8 778 168 | 77% |
| 2020 | 1 840 000 | 1 777 496 | **12 540 725** | **10 995 051** | 14 380 725 | 12 772 547 | 89% |
| **Total** | **7 804 136** | **7 720 238** | **39 993 970** | **30 343 885** | **47 798 106** | **38 064 123** | 80% |




Source : UNFPA

Les taux d'exécution annuels reflètent les difficultés rencontrées par le BP et ses partenaires de mise en œuvre pour mettre en œuvre leurs activités en 2018 et 2019, avec les troubles sociaux, l'instabilité politique et finalement les restrictions liées au contrôle de la pandémie COVID-19. Il en résulte (fin 2020) un taux d'exécution cumulé de 80% après 4 années sur 5 d'exécution du programme. Il est donc probable que la totalité du budget du 6ème programme sera exécuté fin 2021.

## ▪ 5 Principaux constats

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 présentées dans l'annexe 2 de ce rapport.

### ○ 5.1 Pertinence

**Question d'évaluation n°1 : Dans quelle mesure le 6ème programme de l'UNFPA à Haïti (i) a contribué à répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables 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, plus largement du SNU 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 6ème programme répond bien aux besoins identifiés par l'EMMUS VI (de 2016) en matière de santé reproductive comme de l'égalité des droits Femmes-Hommes. Il tire les conséquences de l'identification des plus grandes difficultés d'accès à une santé reproductive de qualité dans les zones rurales. Le renouvellement de la contribution financière du Canada a encouragé dans la continuité des zones d'intervention du précédent projet (conjoint UNFPA/UNICEF/OMS). Le projet sage-femmes a permis d'ajuster la couverture géographique en ciblant les zones reculées. Les zones couvertes par les partenaires d'exécution soutenus principalement sur fonds propres sont essentiellement des zones urbaines, avec une concentration dans l'aire métropolitaine de la capitale.**

**Le programme-pays est aligné sur les cadres de politique de développement (Vision 2030) du gouvernement et s'inscrit dans le cadre des politiques sectoriels, appuyées par l'UNFPA dans les cycles précédents, tout particulièrement la politique de santé. La prise en charge des fonctions de santé reproductive sont logiquement cohérentes avec les principes promus pas l'UNFPA.**

**Le programme-pays est naturellement pleinement cohérent avec le document stratégique 2017-2021 de l'UNFPA qui met en avant les tâches partagées avec les autres agences des NU actives à ce niveau (chapitre commun avec le PNUD, ONU-Femmes, ONUSIDA et l'UNICEF). Le cadre de coopération de développement durable sur lequel le pays a appuyé a été ensuite remplacé par le cadre stratégique intégré qui comprend le BINUH avec UNCT. Un alignement a été fait avec 4 axes stratégiques.**

**Le programme-pays présente la stratégie de l'UNFPA sous une forme narrative concise déclinée dans un cadre de résultats (et de ressources). Ce cadre donne un niveau de détail suffisant et quantifie les cibles pour les réalisations (outcomes) et les produits (outputs). La stratégie et les activités sont compatibles avec une contribution à la réponse aux besoins prioritaires des bénéficiaires, tels qu'ils ressortent de l'EMMUS et de l'expérience de terrain de l'UNFPA. La principale difficulté pour l'analyse de la pertinence est la correspondance entre les indicateurs du cadre de résultats et la consistance des projets sur financement extérieur (Spotlight et SSIAF essentiellement). Sur la base des entretiens réalisés et du bon degré d'information de la matrice de résultats, cette correspondance a pu être assurée.**

**L'élaboration du programme-pays devait s'inscrire dans la transition de l'approche humanitaire à l'approche de développement voulue par le gouvernement. Cependant, l'approfondissement des crises sociales, économiques, politiques puis enfin sanitaires ont conduit à la généralisation de la réponse aux crises humanitaires sur toute la période du 6ème programme. Autant la transition vers le développement a bien été intégrée à la démarche stratégique en ciblant les populations vulnérables fragilisées par les crises, autant le repositionnement stratégique interne (avec « l'œil de bœuf ») s'est avéré difficile à prendre en compte. Cependant, si le programme-pays est encore fortement structuré par composante et que les innovations profondes comme l'approche par les droits humains sont seulement mentionnées, les groupes vulnérables et les jeunes (et adolescents) ont été mis au cœur de la stratégie.**

**Dans le contexte particulier des crises parallèles et successives qui se traduisent par une situation nationale de crise humanitaire, la programmation ne met pas en évidence le lien entre l'humanitaire**

**et le développement, qui est un domaine prioritaire clé pour les donateurs et l'objectif de l'équipe de pays des Nations Unies.**

**La faisabilité du programme-pays, notamment la proportionnalité des résultats recherchés par rapport aux moyens financiers et humains prévisibles, n'est pas analysée du fait i) de la dépendance financière de la stratégie pays vis-à-vis des bailleurs (Canada, Union Européenne, etc.) et ii) de l'incapacité à prévoir la mobilisation de ces ressources extérieures, son niveau comme son rythme. Seules les ressources propres sont orientées en fonction du cadre de résultats, les ressources externes étant allouées pour des projets où la conception est largement déterminée par l'approche du bailleur. La souplesse varie d'un bailleur à l'autre. Le programme-pays s'avère ainsi être un cadre stratégique qui à la fois affiche la conformité avec le document stratégique de l'UNFPA et donne des axes d'intervention sans avoir été un cadre de conformité des actions et des dépenses.**

### *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. L'EMMUS fournit des données qui justifient pleinement la mission de l'UNFPA en mettant en évidence l'importance des besoins de la population dans tous les départements. Cette étude identifie de manière récurrente les zones rurales comme celles de plus grande concentration des besoins. L'UNFPA utilise les opportunités offertes par les financements extérieurs ou ses activités sur fonds propres pour y répondre. La formation des sages-femmes en est un bon exemple positif. Les activités liées aux adolescents et aux jeunes ciblent les plus vulnérables vivant dans des quartiers précaires en renforçant leur capacité sur la compétence de vie et les activités génératrices de revenu.

Le Programme-Pays développe une analyse des données disponibles pour ces différents domaines d'intervention. Il ne développe pas une théorie du changement qui est définie dans le document stratégique de l'UNFPA. Les résultats transformateurs sont appropriés par le Bureau-pays même s'ils ne sont pas transposables terme à terme. Les mutilations génitales et les mariages précoces ne sont pas inscrits dans la culture haïtienne. Le lien entre les résultats transformateurs, l'adoption des 4 composantes du programme et le cadre de résultats (et de dépenses) n'est pas explicité mais n'est pas non plus capital. Le Programme-Pays est avant tout un exercice national de consultation participative. Le document de stratégie de l'UNFPA donne plus des perspectives sur lesquels un alignement progressif des activités est attendu qu'un cadre contraignant.

La faisabilité du Programme-Pays 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 mise en évidence. Elle est sous-jacente au processus de consultation qui est conduit par le BP avec toutes les opportunités pour rappeler aux parties prenantes les limites de ses ressources financières et humaines. Les quatre composantes du Programme-Pays constituent une structure lisible et cohérente avec à la fois les missions de l'UNFPA et les besoins exprimés par l'administration et la société civile, confirmés par les données de l'EMMUS. Elles constituent des guides clairs pour l'action du BP.

### *CJ1.2 : Les stratégies d'intervention des 4 résultats du 6ème programme sont cohérentes avec les priorités du Cadre de développement durable (2017-2021) et du plan stratégique de l'UNFPA*

Les stratégies d'intervention des 4 résultats du programme étaient cohérentes avec les priorités du Cadre de développement durable (2017-2021) des Nations Unies à Haïti (CDD) et du plan stratégique de l'UNFPA. Le CDD 2017-2021 donne des orientations très larges en termes d'objectif stratégique pour le pilier social.

Il a par ailleurs été élaboré en 2017 alors que le programme-pays de l'UNFPA a été préparé en 2016. Le CDD n'a donc pas servi de cadre au programme-pays. En revanche, dans la mesure où chacune des agences contribue pour ses domaines à la rédaction du CDD, l'UNPA a reflété ses priorités dans le chapitre que la concerne du CDD. Le CDD et le programme-pays sont donc pleinement alignés.

La procédure d'adoption du programme-pays impliquant sa validation par le siège au regard des priorités arrêtées dans son plan stratégique, alignement est tenu pour acquis. Ce constat est conforté par le fait que le plan stratégique n'a pas sensiblement évoluer entre la période en cours et la période précédente alors que le programme-pays s'est enrichi d'un outcome Adolescents et Jeunes.

Le PROGRAMME-PAYS prend bien en compte du renforcement des capacités, facteur décisif pour l'accompagnement des partenaires – et particulièrement des administrations ministérielles et départementales – ainsi que pour la durabilité des politiques appuyées et leur mise en œuvre : 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.

*CJ1.3 : Les stratégies d'intervention des 4 résultats du 6ème programme sont cohérentes avec les politiques et stratégies sectorielles nationales et le sont restées*

L'alignement du programme-pays avec le cadre des politiques nationales, formalisées dans un document de politique adopté par le gouvernement ou mises en œuvre par les ministères, a été réalisé en organisant une consultation avec les responsables ministériels et la société civile. Dans ses domaines de compétence, l'UNFPA entretient des relations d'appui et de dialogue qui sont cohérentes sur plusieurs cycles. Les principes directeurs de l'UNFPA pour la santé reproductive ont été intégrés progressivement par les responsables sectoriels et constituent une base commune. Du fait des handicaps institutionnels et politiques du pays, la traduction de ces principes dans un document de politique cohérent et à jour n'a souvent pas été possible mais peut être considéré comme un acquis en termes de contenu. Il n'en va pas encore de même pour l'égalité de genre et la lutte contre les VBG du fait des difficultés de relations avec le ministère.

### o 5.2 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 familiale, particulièrement dans les zones de concentration des jeunes, des adolescents et des groupes vulnérables ou fragilisés par des crises ?**

*Réponse à la question :*

**La récurrence des troubles et des crises, y compris celle du Covid-19, pendant le 6ème programme n'a pas permis à l'UNFPA d'accroître l'accès à et l'utilisation des services de qualité de santé maternelle et néonatale et de planification familiale. Tous les efforts du BP se sont en général soldés par le maintien des acquis précédents, avec ponctuellement des hauts et des bas. En témoigne, par exemple, la régression dans le fonctionnement des SONU qui, sur une moyenne de 88 unités suivies, est passé de 30 (34%) en 2017 à 19 (22%) en 2018 et 15 (20%) sur un total de 75 monitorés en 2019 (Rapport du Monitoring des SONU, 2018 et 2019. Dans un pays qui avait élaboré une capacité de réponse aux catastrophes naturelles, la période d'instabilité politique, de mouvements sociaux et de restrictions de déplacement pour contenir la pandémie à désorganiser le fonctionnement des activités de mise à niveau, d'approvisionnement et d'amélioration des soins des 40 SONU appuyés par l'UNFPA. Cette**

**contre-performance n'est pas à la hauteur des efforts déployés par le personnel du BP et de sa réactivité pour ajuster sa stratégie à un contexte changeant. Sans l'UNFPA, la situation de la SSR et de la PF se serait gravement dégradée pendant cette période difficile.**

**Le partenariat avec le MSPP n'a pas produit nécessairement les effets de levier recherchés par l'UNFPA pour la SSR. Les efforts de plaidoyer et d'appui technique du BP n'ont pas obtenu de changements significatifs aux grandes orientations du ministère. La pénurie de ressources financières, les profils et l'âge des hauts fonctionnaires, et leur faible exposition aux bonnes pratiques internationales sont des obstacles structurels sur lesquels le BP n'a pas de prise, d'autant qu'il est tenu par son mandat de se conformer aux directives du MSPP. Les urgences de la période ont fait passer la SSR et la PF au second plan dans les priorités gouvernementales comme dans les affectations budgétaires. Les effets de levier au niveau national comme la durabilité des activités en sont affectés.**

**Le positionnement de sages-femmes dans les SONU est un axe important de la stratégie de l'UNFPA à Haïti. Des progrès ont été réalisés au niveau de leur formation, la promotion de la profession et leur recrutement par les structures publiques de santé. Cependant, même avec l'appui financier de l'UNFPA, les postes disponibles sont difficilement pourvus et dans de trop nombreux cas les sages-femmes ne restent pas en poste, surtout dans les SONU excentrés alors même que ce sont ceux qui atteignent les communautés qui souffrent d'un déficit d'accès aux soins. Les salaires ne sont pas attractifs ; ils sont payés irrégulièrement ; les conditions de travail et de logement sont difficiles ; d'autres opportunités mieux payées et à Port-au-Prince sont disponibles. Le nombre de sages-femmes formées annuellement par l'INSFSF est faible par rapport aux besoins, ne serait-ce que ceux des 40 SONU appuyées de l'UNFPA. Le projet de création de 2 antennes régionales ne s'est pas encore matérialisé.**

**La planification familiale et le VIH sont pleinement intégrés dans le paquet de services prodigués par les SONU appuyés par l'UNFPA. Les progrès en PF sont constants en nombre de nouveaux bénéficiaires. Les méthodes de longue durée, particulièrement le Dispositif Intra Utérin (DIU), l'implant et même les méthodes définitives pour les hommes et les femmes, sont disponibles dans plus de 90% des institutions à fonction SONU soutenues par l'UNFPA (Rapport Monitoring des SONU, 2019, p.24). Cependant, elles sont insuffisamment promues par le personnel de certaines SONU.**

**L'inclusivité de l'accès à la SSR et à la PF est amplifiée par les cliniques mobiles organisées avec l'appui financier de l'UNFPA. Le nombre de missions a augmenté sur la période mais il est difficile d'estimer dans quelle mesure le principe de ne laisser personne à l'écart a pu être matérialisé par le BP.**

*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'UNFPA durant le 6ème programme a renforcé les capacités du système national de santé à fournir des services de santé maternelle et néonatale complets de qualité principalement sur le terrain, en soutenant 40 SONU sur les 87 que compte Haïti. Même si les résultats attendus ne sont pas encore atteints, il faut reconnaitre que le MSPP a fait un certain effort, tant au niveau des évolutions de la stratégie de prise en compte des besoins de SRR des femmes et des filles que des normes et protocoles qui devaient améliorer les soins donnés par les structures sanitaires départementales et communales. Par exemple, le MSPP dispose de normes à savoir normes PF incluant le Guide SONU, PNSSSR, PES, etc.

L'appui de l'UNFPA promeut et finance dans les 40 SONU une approche intégrée de la santé reproductive, avec donc une combinaison des services SSR / SONC / Planification familiale / VIH / VBG. La réparation des fistules obstétricales est une activité séparée du fait de son contenu technique. Elle ne peut pas être réalisée dans tous les SONU. Cependant des ressources sont allouées à un SONU (celui de la Croix-des-Bouquets) avec le niveau de technicité requis pour les interventions et les cas de fistules sont recrutés à travers les différents départements.

En Haïti, le taux de mortalité maternelle est encore très élevé et s'établit en 2016 à 529 pour 100 000 naissances vivantes, à comparer aux 95 décès de la République Dominicaine voisine. Le taux de mortalité maternelle institutionnelle est également élevé - 304 pour 100000 naissances vivantes en 2020 (EMMUS VI, 2016-2017). Il y a urgence à améliorer les services de santé maternelle et néonatale à Haïti. Le cœur de la stratégie de l'UNFPA pour les améliorer est d'assurer l'approvisionnement en intrants - donc la gratuité des soins – et la présence d'une sage-femme diplômée à l'accouchement et pour les premiers soins aux nouveau-nés. Le caractère inclusif de cette stratégie est développé avec des cliniques mobiles desservant les communautés reculées et les groupes vulnérables.

La dernière enquête sur la disponibilité des stocks d'intrants SR/PF réalisée en 2020 par le MSPP a montré une légère amélioration dans les structures sanitaires qui n'ont pas connu de rupture de stock passant de 53% en 2018 à 56% en 2020 malgré les difficultés des années 2019 et 2020. Les entretiens permettent également de conclure que l'approvisionnement en équipements et matériels des 40 SONU appuyés par l'UNFPA s'est fait régulièrement pendant le 3 dernières années – avec des difficultés ponctuelles en 2019 du fait du blocage des routes. Cela n'empêche d'ailleurs pas que la majorité des maternités visitées expriment encore des besoins non satisfaits en matériels obstétriques et en réparation des locaux, ce qui a été constaté de visu par les évaluateurs.

Quelles que soient les conditions matérielles, la présence des sages-femmes dans les SONU est toujours un plus pour les services de SSR. Le 6ème programme a poursuivi l'effort engagé. Le déploiement de sages-femmes diplômées en travail social à partir de 2016 a induit une augmentation du pourcentage d'établissements de santé disposant de sages-femmes qualifiées. En 2018 par exemple, 70 sages-femmes ont été déployées dans plus de 28 établissements de santé. Les 27 sages-femmes ont obtenu leur diplôme en décembre 2018 ont été déployées en 2019.

Les cohortes formées par l'INSFSF sont encore très insuffisantes numériquement pour couvrir les besoins. Selon le rapport de Monitoring des SONU de 2018, il y avait seulement 122 sages-femmes dans les 87 SONU dont 97 dans les SONUC et 25 dans les SONUB. Il faut en principe 3 sages-femmes dans chaque structure pour assurer la continuité (et la qualité) des soins. La situation s'est encore dégradée depuis 2018. Selon le rapport de 2019, il y a 101 sages-femmes dans les 75 SONU monitorés. Par exemple, dans le département du Nord-Ouest, sur les 13 institutions de santé du département qui fournissent les soins SONU, 9 reçoivent le support de l'UNFPA. Parmi ces 9 institutions, seulement 4 ont au moins une sage-femme.

Les structures sanitaires publiques sont peu attrayantes pour les sages-femmes diplômées. Le niveau de salaire est bas, les salaires sont payés avec des semaines de retard, les conditions matérielles de travail et de logement sont mauvaises, les horaires difficiles par manque de personnel. Très peu de sage-femmes diplômées répondent aux appels d'offre pour les recrutements au sein des structures publiques. Elles trouvent très facilement des postes beaucoup mieux rémunérés, avec des salaires payés régulièrement et de bonnes conditions de travail avec les ONG internationales ou dans le secteur privé souvent à Port-au-Prince même plutôt que dans des départements éloignés, loin de leur famille. D'autres émigrent pour les mêmes

raisons dans les pays voisins ou vers le Canada (francophone). Pour celles qui choisissent de travailler dans les SONU, elles sont fréquemment et rapidement rebutées et quittent leur poste.

Le problème de niveau des rémunérations des sages-femmes dans les structures publiques est hors de portée de l'UNFPA. Il est fixé par les grilles de rémunération de l'Etat qui par ailleurs n'admet pas le versement de primes versées directement par le BP. Les lenteurs administratives de la comptabilité publique sont également intangibles.

La cible de 60% de soins obstétricaux et néonatals d'urgence dispensés par des sages-femmes en 2021 a été atteinte et dépassée (73%) dès 2018 sur la base d'un suivi réalisé en décembre 2017. La situation s'est légèrement dégradée en 2019 et 2020 du fait que certaines des activités prévues dans les PTA n'ont pas pu être mise en œuvre du fait des troubles de 2019 et la crise sanitaire de 2020. Le taux de 2020 est de 66%, nettement au-dessus de la cible. L'UNFPA a fortement contribué à cette présence sur la longue durée. Le 6ème programme a donc contribué a fortement amélioré les conditions sanitaires des accouchements à Haïti, d'autant que sur la longue période l'UNFPA a soutenu et développer la formation des sages-femmes.

L'UNFPA développe sur plusieurs programmes-pays avec succès une stratégie intégrée de promotion des sages-femmes pour améliorer la SSR. Le soutien se focalise en premier lieu sur l'Institut National Supérieur de Formation des Sages-Femmes (INSFSF) pour augmenter le nombre de sages-femmes entrant sur le marché et adapter le curriculum à la diversité des situations dans le pays, y compris dans les zones rurales et lors des crises humanitaires. Une réforme institutionnelle a également été entreprise à l'INSFSF avec le soutien technique de l'UNFPA. L'institut a entamé depuis 2016 un processus d'intégration à l'Université d'État d'Haïti comme une faculté au même titre que toutes les autres, mais jusqu'à présent le processus n'est pas encore finalisé. Les deux instances de l'UEH susceptibles de recevoir les 2 annexes régionales de l'INSFSF ont été identifiées. L'annexe du Nord sera placée à l'Université Limonade et l'annexe du Sud à la Faculté des Sciences Infirmières des Cayes (FSCI).

Le nouveau curriculum que nécessite cette intégration a été élaboré avec l'appui de l'UNFPA et validé par le MSPP en 2019. La durée de la formation doit passer de 3 à 4 ans en intégrant des composants supplémentaires tels que la VBG, les droits de l'homme, les services adaptés aux jeunes, la SSR dans les contextes humanitaires ainsi qu'un temps de stage accru.

L'UNFPA a joué un rôle fondamental dans l'obtention du statut légal de la profession Sage-Femme en Haïti. Elle a contribué aux démarches pour la validation, la publication et la dissémination du profil des métiers de santé qui a intégré la profession de Sage-Femme comme une profession à part entière. L'UNFPA a dû notamment surmonter les réticences corporatistes des médecins. Ce fondement réglementaire est le socle sur la base duquel les autres documents en cours de développement devront graviter.

L'INSFSF avec l'appui de l'UNFPA a promu la création d'une association nationale des sages-femmes dans le but de continuer à développer la profession. L'association des infirmières sages-femmes d'Haïti (AISFH) est fonctionnelle. Elle a créé en 2020 la plateforme téléphonique "Alo sajfanm" qui donnera accès gratuitement à une information rapide et fiable principalement liée à la grossesse et à l'accouchement.

Le taux de mortalité maternelle reste encore très élevé avec 529 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les accouchements institutionnels ont baissé en 2020 avec 85 896 accouchements alors qu'ils étaient à 125 121 en 2019, soit une baisse de 31%. Ils avaient baissé de -21% entre 2018 et 2019.

Le pourcentage de soins obstétricaux et néonatals conformes aux protocoles qui définissent la qualité des soins a relativement peu évolué depuis 2017. Par rapport aux 31% initiaux et pour une cible de 100% dès 2020, seulement 36% des soins sont prodigués conformément aux protocoles du MSPP. La fonctionnalité des SONU est principalement mise à mal par l'indisponibilité permanente de fonctions SSR critiques, soit en raison du manque d'équipement, soit du manque de prestataires de santé formés. Seulement 36% des SONU étaient fonctionnels en 2020, dont 71% de SONU C et 22% de SONU B. La cible du 6ème programme étant de 100%, il est clair qu'elle ne sera pas atteinte.

La tendance à la dégradation s'est affirmée cependant sur l'ensemble de la période couverte par le 6ème programme. La baisse du pourcentage de soins conformes reflète les difficultés liées aux troubles de 2018-2019, aggravées par la crise sanitaire de 2020, malgré les efforts de l'UNFPA de pré-positionnement des kits, l'élargissement des activités au maintien de l'alimentation électrique et l'engagement du personnel du BP. L'aggravation de 2020 est également liée à l'impossibilité de réaliser les formations prévues et les retards importants pour l'achat de l'équipement en raison de la tension dans le système de la chaîne d'approvisionnement internationale. Les visites de terrain ont amplement démontré que l'appui de l'UNFPA aux SONU ne suffit pas à les mettre à niveau. Malgré les améliorations apportées par l'UNFPA, les soins continuent à être prodigués dans des locaux mal entretenus, mal équipés avec un personnel insuffisant en nombre, insuffisamment et irrégulièrement payés, insuffisamment formés et encadrés, et pour finir ne disposant pas nécessairement des médicaments nécessaires. La faible attractivité des SONU, mêmes appuyés par l'UNFPA, pour les sages-femmes reste la principale faiblesse de la stratégie mise en œuvre, dans un contexte où ~~beaucoup~~ trop peu de sages-femmes peuvent être formées par l'INSFSF. La création des deux annexes régionales envisagées permettra de réduire progressivement ce déficit – si les problèmes de salaires et de conditions de travail sont résolus d'ici là. Alors même que l'UNFPA couvre moins de 50% des SONU du pays, il apparaît que ses ressources pendant le 6ème programme sont insuffisantes pour mettre à niveau de manière significative les SONU qu'elle appuie.

Il n'est pas possible de trouver la confirmation de cette amélioration dans le pourcentage de naissances institutionnelles. Les dernières données administratives du MSPP montrent que la situation s'est détériorée. Selon le dernier rapport de l'Enquête sur la disponibilité des intrants, « les accouchements en institution ont diminué en 2020 avec 85 896 accouchements alors qu'ils étaient de 125 121 en 2019 ». Par ailleurs, l'avis des patientes recueilli pendant la mission de terrain témoigne plutôt d'une dégradation des conditions dans lesquelles les soins leur ont été prodigués, même dans les SONU appuyé par l'UNFPA : être laissée seule, se sentir ignorée, être sujette à l'immobilité physique et manque de compassion ou de même de soins. Aussi imparfaits qu'ils soient, les chiffres du MSPP mettent en évidence de fait une tendance structurelle à la dégradation de la situation qui s'est accélérée en 2020 avec les restrictions aux déplacements liés à Covid. Selon les statistiques du ministère, le taux de mortalité maternelle institutionnelle est également élevé, 304 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020. La tendance à la baisse observée à partir de 2017 (342 décès) jusqu'en 2019 (238 décès) a été interrompue en 2020 du fait de l'impact de la crise sanitaire.

Le MSPP a engagé avec l'appui technique de l'UNFPA une réflexion sur sa stratégie pour la surveillance de la mortalité maternelle. La définition de la nouvelle stratégie a été retardée du fait des problèmes de sécurité et situation sanitaire mais a été finalement adoptée en 2020. Le dialogue de politique est un point fort de l'UNFPA reconnu à tous les niveaux et par tous les partenaires d'exécution, avec une capacité d'écoute qui est appréciée.

Le dialogue et l'appui de l'UNFPA n'ont cependant pas permis de faire aboutir la stratégie nationale pour recruter, réparer et accompagner les femmes et les jeunes filles souffrant de fistule obstétricale. L'analyse de situation qui devait éclairer l'élaboration de la stratégie n'a pas pu être réalisée en 2017 comme prévu et

a été reportée à 2018. Le draft du rapport n'a été soumis que début janvier 2019, soit avec une année de retard. Depuis lors, le développement de la stratégie a été bloquée par les troubles politiques et la situation sanitaire. L'année 2020 a marqué une dynamique nouvelle avec le nouveau partenariat de l'UNFPA avec Operation Fistula. Les premiers résultats concrets n'ont pas encore été enregistrés. Les opérations ont été réalisées par la Société Haïtienne d´Obstétrique et de Gynécologie (SHOG), qui dispose d'un chirurgien et d'une unité spécialisée. La cible de 2018 était de 30 opérations, pour 7 réalisées. 9 opérations ont été réalisées en 2019 et 2020, avec des cibles respectives de 15 et de 70. Le nombre d'opérations a été limité par les difficultés à trouver et à faire venir les patientes du fait des troubles sociaux puis du Covid. Les ressources financières ont également manqué.

Tous les partenaires avec lesquels l'UNFPA collaborent, incluant le MSPP, la DSF, les Directeurs départementaux, les partenaires des ONG et les organisations communautaires, sont unanimes à reconnaitre que le leadership de l'UNFPA a joué un rôle prépondérant en matière de santé reproductive et sexuelle en Haïti. L'UNFPA a contribué aux changements survenus dans le secteur en termes de lutte contre les décès maternels, l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux et la réparation de la fistule obstétricale. L'UNFPA est également à la base de l'adoption de l'approche SONU par le MSPP dans son plan stratégique de santé de la reproduction. Cependant, certains partenaires critiquent le positionnement trop timide de l'UNFPA sur certains thèmes pour lesquels le gouvernement est réticent, voire sensible.

L'UNFPA dispose au sein de son personnel d'un encadrement avec beaucoup d'expérience, particulièrement dans le domaine de la santé reproductive et la planification familiale ainsi que dans les domaines techniques important pour gérer ses partenaires et leurs activités. Ces cadres ont un leadership sur le terrain auprès des partenaires d'exécution. Ils apportent une vision claire quant aux objectifs et des orientations opérationnelles cohérentes avec les principes adoptés par le programme-pays, tant au niveau des partenaires d'exécution que des ministères. Ils connaissent personnellement tous les responsables des partenaires d'exécution.

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

Les résultats en matière de planification familiale sont principalement recherchés par l'UNFPA en assurant la gratuité des intrants, leur approvisionnement régulier auprès des structures de santé, dont en particulier les méthodes de longue durée, et en rapprochant autant que possible les produits PF des usagers. L'UNFPA est alignée sur la stratégie du MSPP, qu'elle a d'ailleurs contribué à élaborer.

La marge d'amélioration de la PF est importante puisque le dernier (2017) taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes est de 32%, à comparer par exemple au taux de 45% du Honduras. Le pourcentage des besoins non satisfaits a été estimé à 38% en 2017. Le résultat statistique de la stratégie de l'UNFPA ne sera connu qu'en 2022, année de la prochaine enquête EMMUS. D'ici là, l'évaluation ne peut porter que sur les résultats obtenus pour chacun des volets de la stratégie de l'UNFPA de promotion de la planification familiale.

Un indicateur essentiel est le nombre de structures de santé qui offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes. L'UNFPA s'était donné comme objectif que 75% des structures offrent gratuitement ces trois méthodes, a priori car elle appuyait initialement 5 des 10 départements, ce qui représentait 75% des structures. Toutes les structures qui sont approvisionnées offrent ces trois méthodes

(injectables, pilules, implants). L'indicateur duplique donc dans une large mesure l'approvisionnement en intrants et leur gratuité, d'autant que les chiffres disponibles sont fragiles et parfois contradictoires.

En 2017, les troubles ont provoqué une crise de la logistique d'approvisionnement des structures de santé en intrants PF : le taux de rupture de stock des produits de planification familiale dans les établissements de santé a atteint 69% alors même que les stocks avaient été constitués par l'UNFPA et étaient disponibles à Port-au-Prince. L'UNFPA en étroite collaboration avec d'autres parties prenantes telles que l'USAID a réagi à partir de 2018 en appuyant la chaine logistique (entreposage et transport) et en prenant en charge sur ses ressources régulières les surcoûts de stockage. Dès 2018, le taux de rupture de stock est retombé à 35% alors que l'UNFPA a fourni des produits de PF à toutes les institutions de santé du pays. En conséquence, le pourcentage de points de prestation de services sans rupture de stock a été porté à 65% en 2019, plus que l'objectif attendu de 60% pour 2018. Les visites de terrain de fin 2020 ont confirmé la tendance à la régression par rapport aux chiffres de 2018-2019. Plusieurs points de prestation de services étaient en rupture de stock au cours des six derniers mois alors que leur premier effet est la disparition de la gratuité des intrants PF et la réduction des recours aux méthodes de longue durée, deux piliers de la stratégie de l'UNFPA. A la fin du 6ème programme, les progrès par rapport aux 52% de la ligne de base ont été maigres, et loin de la cible de 70%.

Le schéma directeur du MSPP prévoit une distribution trimestrielle des intrants PF des entrepôts centraux vers les dépôts départementaux, puis entrepôts départementaux aux formations sanitaires. Il s'est avéré depuis le début du 6ème programme que l'insuffisance des moyens budgétaires dédiés à la logistique (frais de stockage et de transport) au niveau gouvernemental n'a pas permis la livraison des intrants à ce rythme.

La situation sociale et politique depuis 2017 a eu un impact sur le processus de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de PF. Le blocus des routes, les grèves, l'accès restreint pour des raisons de sécurité (coupeurs de route) et la limitation des déplacements ont entravé la possibilité d'assurer systématiquement le dernier kilomètre, ce qui explique l'augmentation du pourcentage et de la durée des ruptures de stock (ainsi que la baisse de la prévalence de la contraception).

L'UNFPA a dans un premier temps recouru au pré-positionnement des intrants pour contribuer à la continuité des services PF. Le BP a passé un accord avec l'OMS et l'UNICEF pour garantir la chaine du froid pour les médicaments périssables.

L'UNFPA a également participé aux coordinations et consultations visant à renforcer la chaîne d'approvisionnement, y compris le système de stockage. Le BP a appuyé la Direction nationale de la pharmacie et des médicaments essentiels (DPM) pour élaborer un manuel de gestion pour les pharmaciens travaillant au niveau départemental et les établissements de santé. Il a mis en œuvre des ateliers avec les pharmaciens centraux et départementaux pour diffuser les procédures élaborées et mettre en place les protocoles. Enfin, le BP a réalisé trimestriellement des visites de suivi auprès de PROMESS.

L'UNFPA n'a pas dépassé en 2020 ses cibles annuelles en matière de pourcentage de PPS qui intègrent des méthodes de contraception réversibles durables. La situation avait évolué lentement, de 2016 (62% de la ligne de base) à 2018 (68% pour une cible de 75%). Mais à partir de 2019, l'UNFPA a atteint sa vitesse de croisière malgré les difficultés de « Pays lock » et de Covid pour intégrer en 2020. 93 PPS pour une cible de 80. Cependant, l'analyse des résultats des entretiens réalisés sur le terrain en décembre 2020 ont montré que les prestataires de services ont tendance à négliger les méthodes de longue durée. Un des problèmes avec ces méthodes est qu'elles requièrent plus de temps pour être mises en place par le personnel de santé. Pour limiter leur surcharge de travail, les prestataires ont donc tendance à proposer aux patients les

méthodes de courte durée qui sont plus faciles à installer. Sur les 11 institutions de santé visitées dans 5 départements du pays, plus de la moitié des sages-femmes interviewées ont déclaré préférer offrir une méthode de courte durée ou de demander à la patiente de revenir un autre jour si elle insiste pour avoir la méthode de longue durée.

De 2017 à 2020, les institutions soutenues par l'UNFPA ont cumulé 30 000 nouveaux utilisateurs de PF, soit une moyenne de 7 000 par an. Le BP a dépassé ses cibles chaque année. Les 13 500 nouveaux utilisateurs atteints avec les cliniques mobiles et les initiatives communautaires de changement de comportement ne sont apparemment pas pris en compte. Les visites de terrain dans les institutions confirment cette tendance. Selon les prestataires, bien que les nouveaux utilisateurs de méthodes de longue durée ne soient pas très nombreux (18% en 2020), la demande pour les autres méthodes ne cesse pas d'augmenter.

L'UNFPA a mis en œuvre des activités de sensibilisation en utilisant plusieurs canaux mais sans viser spécifiquement certaines des cibles identifiées dans le programme-pays comme les jeunes et les adolescentes. Ce ciblage est au-delà des capacités démontrées dans les structures de santé publiques et de la majorité des partenaires d'exécution privés. Il est difficile pour l'UNFPA d'obtenir le développement de services dédiés à un public particulier quand les partenaires ont déjà du mal à réaliser leur mission principale auprès des femmes.

En parallèle aux activités concrètes d'appui aux structures de santé, l'UNFPA entretient une relation privilégiée avec le MSPP sur la thématique PF, au même titre que la thématique SSR d'ailleurs. L'approche de l'UNFPA étant intégrée et avec quasiment les mêmes partenaires, il est difficile d'analyser séparément ces deux thématiques. Le nouveau manuel de Normes PF a été disséminé. Mais les rumeurs relatives à la vaccination contre la COVID-19 ont affecté la PF car les gens refusaient toute forme d'injection alors que la méthode la plus utilisée est l'injectable.

L'UNFPA est reconnue par tous les parties prenantes pour son dialogue de politique à différents niveaux. Le MSPP apprécie cette collaboration et le fait qu'elle aille dans les deux sens. Les directions départementales ont véhiculé le même message pendant les visites de terrain. Tous les partenaires (étatiques ou privés) et les prestataires de planification familiale sont unanimes à reconnaitre que le leadership de l'UNFPA a joué un rôle prépondérant dans la politique de PF, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle de qualité. L'UNFPA a contribué aux changements survenus dans le secteur en fournissant tous les intrants PF gratuitement et en appuyant la formation des prestataires, les campagnes de sensibilisation et la mise en place des protocoles. L'introduction du Sayana Press contribue à augmenter l'accès à une méthode moderne de PF et l'autonomisation des femmes en matière de PF.

Ces appréciations reflètent l'expérience et les compétences techniques de l'encadrement du BP. Ses cadres jouissent d'un leadership sur le terrain, apportant une vision et des objectifs nets à la réponse humanitaire aux niveaux des programmes de l'organisation ou à l'échelle national. Le travail de l'UNFPA se concentre sur la population vulnérable en créant un consensus qui rassemble tous les partenaires autour d'une même vision et des objectifs communs. L'UNFPA participe également dans la recherche de moyens de réaliser collectivement cette vision dans l'intérêt des populations touchées, dans des environnement sociaux, culturels et politiques souvent difficiles.

Les résultats de l'UNFPA en matière de planification familiale ont contribué très significativement à améliorer l'accès à des services de qualité au niveau national en approvisionnement d'abord 50 des 87 SONU, puis l'ensemble des structures du pays quand les mouvements socio-politiques ont affecté la chaine

logistique dans le pays. Le premier résultat a été la gratuité des intrants PF, le deuxième la réduction du nombre et de la durée des ruptures de stocks jusqu'au retour à la normale en 2020.

### *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'UNFPA et ses partenaires déploient régulièrement des cliniques mobiles pour atteindre les communautés privées d'accès aux services de santé, généralement parce qu'elles sont dans des zones reculées. Les bidonvilles sont difficiles à desservir du fait de l'emprise des gangs. La stratégie de l'UNFPA qui est « ne laisser personne à l'écart » est donc difficile à appliquer dans ces zones. Dans de nombreuses communautés, ces cliniques et équipes mobiles peuvent être la seule source de soins de santé. Les cliniques mobiles offrent des options flexibles et viables pour traiter les groupes isolés et vulnérables ainsi que les populations nouvellement déplacées.

Les cliniques mobiles offrent des services intégrés SSR/PF/VIH, avec des composantes sensibilisation quand c'est pertinent pour la communauté. L'UNFPA a financé entre 2017 et 2019, 339 missions de cliniques mobiles (source : rapports annuels) avec un nombre croissant de mission : respectivement 17, 167 et 144. Ces chiffres sont généralement supérieurs aux cibles des PTA.

Les cliniques mobiles complètent l'offre de structures de santé fixes. Les directions départementales puisqu'elles ont vocation à desservir l'ensemble de la population. Les partenaires d'exécution privés sont choisis sur leur convergence thématique plutôt que la couverture géographique des besoins qu'ils proposent.

Il y a une coordination réalisée au niveau des Directions Départementales entre les partenaires techniques et financiers d'une part, et les ONG du département d'autre part. La coordination des bailleurs optimise les ressources financières entre les différentes activités des directions et de leurs structures de santé. La coordination avec les ONG vise à optimiser la couverture des besoins.

La stratégie de l'UNFPA d'agir principalement auprès des directions départementales évite de poser la question de la coordination pour acquérir une masse critique pour desservir un territoire. La question est plus simplement d'augmenter les moyens des directions départementales et des structures de santé qu'elles chapeautent pour répondre aux besoins (et en susciter de nouveaux).

En revanche, dans quelques départements, les partenariats passés par les directions départementales avec des ONG pour améliorer la couverture des besoins peuvent ne pas être respectés, ce qui pose des problèmes de couverture des besoins. Les directions départementales n'ont pas moyens pour contraindre leurs partenaires.

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

Les activités de santé reproductive appuyées par l'UNFPA peuvent être jugées durables socialement, financièrement et institutionnellement si elles se poursuivent de façon efficace, qu'elles assurent un taux élevé de couverture, qu'elles s'intègrent au sein des services de santé existants, qu'elles reflètent une forte appropriation communautaire et ce, tout en utilisant les ressources mobilisées par la communauté et le gouvernement.

La recherche d'une durabilité sociale dans le programme pays de l'UNFPA exige des communautés et de ses partenaires qu'ils mettent en œuvre des mesures en faveur d'une appropriation collective par les communautés des messages PF et solutions contraceptives promues par l'UNFPA notamment auprès des jeunes et des adolescents. Quand l'on considère que 81,8% des établissements sanitaires du pays offrent des services de PF (Enquête sur la disponibilité des intrants SR et la satisfaction des clients de la PF – Haïti, 2018, p.9) on peut dire que cette appropriation a été effective. Mais peut-on prendre le risque de parler de durabilité sociale quand l'on sait que malgré tout l'effort de l'UNFPA, les institutions connaissent jusqu'à présent un taux de 56% de rupture de stock. Si l'UNFPA se retire aujourd'hui, le MSPP ne sera pas en mesure de maintenir le programme SSR et PF.

D'un autre côté, est-ce que l'évolution des budgets consacrés par le MSPP au fonctionnement des services PF dans les structures de santé pourrait amener les institutions à la durabilité financière ? La situation économique du MSPP est très précaire malgré tout le support financier de l'UNFPA. Les institutions n'arrivent même pas à offrir un salaire décent et régulier aux personnels de santé. L'analyse de la situation montre qu'on est encore très loin de la durabilité financière.

Enfin, peut-on parler de durabilité institutionnelle quand les institutions ont de sérieux problèmes de gouvernance et de ressources humaines qualifiées. Ces institutions disposent de ressources très limitées que ce soit en termes de personnel, de moyens financiers et matériels. Les entretiens réalisés n'ont pas permis d'évaluer si les contributions de l'UNFPA vont déboucher sur une durabilité institutionnelle. Par contre, ce qu'ils ont permis de comprendre, c'est la nécessité d'un changement du mode de gouvernement et du mode de mise en œuvre des politiques publiques territoriales tant au niveau du MSPP qu'au niveau de ses institutions. La gouvernance est étroitement liée à la notion de durabilité institutionnelle.

### o 5.3 Efficacité et durabilité du volet Adolescents et Jeunes

**Question d'évaluation** : **Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à augmenter la priorité accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, dans les politiques et les programmes nationaux de développement visant la mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation ?**

*Réponse à la question :*

**Le volet Adolescents et Jeunes du 6ème programme visait à démultiplier et systématiser l'appui de l'UNFPA pour que les jeunes et les adolescentes en particulier aient accès à des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation. L'approche stratégique s'est affinée au fil des années du 6ème programme *et implémente des actions différentiées à l'intérieur des écoles (in school) et dans les communautés (out school)*. Dans les écoles, des clubs de santé ont été mis en place et régulièrement animés au moyen de modules de santé sexuelle et reproductive élaborés à cet effet. La priorisation de ces approches d'intervention s'explique par les restrictions imposées par les autorités publiques haïtiennes concernant la formation en matière de sexualité à l'intérieur des écoles. Des progrès ont été enregistrés pour chacune d'elles quoique à un rythme insuffisant pour atteindre les cibles du programme. Il faudrait à terme travailler à une meilleure articulation entre les composantes in school et out school des interventions mises en œuvre dans ce domaine clé de la vie sociale et reproductive des jeunes.**

**Avec l'appui de l'UNFPA et d'autres partenaires, le MSPP a élaboré le « Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive, 2019-2013 » qui se donne pour objectif global « l'amélioration de**

**la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférent pour les femmes, les jeunes et les adolescents ». De manière spécifique, ce document de politique publique vise à i) réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non-désirées et le nombre d'infections aux IST/VIH chez les jeunes de 15-24 ans ; ii) Travailler à l'amélioration du cadre légal pour favoriser l'accès des jeunes aux services de santé et iii) Prioriser les parents comme cible des programmes de communication et de sensibilisation afin d'établir un environnement plus favorable pour les jeunes de 10 à 24 ans pour la réponse à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Le MJSAC a élaboré un draft du document de politique de jeunesse avec l'appui de l'UNFPA.**

**Conjointement avec l'OPS, l'UNFPA a supporté des ateliers nationaux relatifs à la santés des adolescents, au regard des lignes directrices de « l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) » Le MJSAC a commencé à s'engager sur cette voie en fin de période, mais ne peut résoudre le problème tout seul. Ce plaidoyer a été confronté à l'instabilité politique générale, aux faiblesses institutionnelles des ministères mais également au caractère politiquement sensible de ces sujets en Haïti connu pour être un pays très conservateur dans le domaine de la sexualité : l'accès des jeunes à une éducation sexuelle complète et aux services de SSR et de PF. Il est important de noter que le BP ne peut pas avoir sur ces points critiques une position frontale vis-à-vis des autorités étatiques en vue d'atteindre les objectifs à long terme de l'UNFPA. Le BP défend le principe selon lequel pour pouvoir jouir de leur plein potentiel, les adolescents et les jeunes doivent acquérir suffisamment de connaissances et de compétences de vie. Les partenaires de l'UNFPA spécialement HAGN travaille dans ce sens avec des filles vulnérables.**

**L'UNFPA a soutenu un nombre croissant de plateformes d'organisation de jeunes pour à la fois augmenter la visibilité politique de la question du dividende démographique et de celle de l'accès de plein droit à une SSR complète. Certaines de ces plateformes ont été réactives, notamment l'OJH, et ont entrepris des actions nationales auprès de leurs membres. Elles ont plus facile à associer au sommet de Nairobi qu'à l'élaboration par les ministères des politiques nationales.**

**Si un début de dynamique se met en place, elle est encore loin d'être un levier pour changer les comportements, ne serait-ce que par le nombre de jeunes qui se sont engagés ou qui ont été formés sur certains sujets clés, tels que la santé sexuelle et reproductive, l'engagement citoyen, la réduction de la violence et le volontariat. Cette observation suggère la nécessité de mettre en place des mécanismes de suivi permettant d'évaluer l'effet multiplicateur des formations réalisées par l'OJH ou d'autres plateformes du même type avec lesquelles travaille l'UNFPA.**

**Enfin, l'UNFPA a voulu accentuer le recours des services PF pour les adolescentes dans les maternités qui ont des fonctions SONU. Elle s'est heurtée aux attitudes stigmatisantes courantes dans la population et donc chez les soignants vis-à-vis des jeunes femmes en demande de soins SR ou de PF. Les avancées en termes d'accès ont été limitées dans ce domaine. . Quelques initiatives locales dédiées pour les adolescentes dans 6 maternités ont peut-être montré la voie mais le résultat n'a pas été analysé. Cette observation suggère encore une fois la nécessité de mettre en place un système de suivi relatif à la fréquentation de ces espaces par les jeunes et aux services qu'ils ont pu obtenir. Et parlant des services, l'UNFPA en partenariat avec le MSPP a élaboré un manuel de prise en charge des jeunes fréquentant ces espaces en fonction de leurs groupes d'âge.**

**L'insuffisance de développement de la prévention par l'éducation sexuelle complète dans le système scolaire en raison des restrictions imposées par le MENFP et l'insuffisance de la sensibilisation à la PF des adolescents par toutes autres voies reste la grande faiblesse du dispositif soutenu par l'UNFPA et induira dans quelques années une forte pression sur les structures sanitaires. L'impact des réseaux**

**sociaux dans les stratégies de sensibilisation et d'informations mises en œuvre en lien avec la PF chez les adolescents et les jeunes n'a pas pu être mesuré.**

### *CJ.3.1 – Les ministères chargés des adolescent(e)s et des jeunes ont développé des politiques et programmes dédiés, ainsi que des campagnes de sensibilisation*

Le 6ème programme innove à Haïti en introduisant un pilier spécifique jeunes et adolescents. Le BP a donc cherché à définir une stratégie spécifique à partir de 2017 sur la base des leçons apprises des activités ciblées sur les jeunes réalisées pendant les cycles précédents. Le diagnostic a identifié dès 2017 qu'une des difficultés étaient l'engagement de plusieurs ministères dans cette thématique, avec des limites de compétence pas nécessairement bien définies.

Les problèmes institutionnels inhérents aux différents ministères ciblant directement les adolescents et les jeunes (le MJSAC et le MENFP) n'ont pas permis d'établir des relations de partenariat formelles (financement et assistance technique) avec l'UNFPA au regard des axes d'intervention du son 6ème programme. L'UNFPA avait un partenariat formel avec le MENFP par le passé et commence depuis 2019 à établir de relations prometteuses avec le MJSAC. Un ensemble de réunions de travail ont été réalisées dans ce sens avec des cadres techniques du MJSAC et du MENFP. Les résultats de ces travaux constituent des inputs qui sont valorisés lors de la mise en place des mécanismes menant à l'atteinte des objectifs menant au partenariat désiré compte tenu des intérêts, de motivations et des ressources disponibles des parties prenantes.

Il n'existe pas encore de document de politique publique de jeunesse en tant que tel élaboré sous l'égide du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC) et adopté par le Gouvernement haïtien selon les procédures en vigueur. Grace à l'appui de l'UNFPA, des avancées substantielles ont été réalisées dans l'élaboration dudit document ainsi que ses axes stratégiques par un consultant mis à la disposition du MJSAC.

Des discussions sont initiées entre l'UNFPA et le MENFP sur la base du diagnostic que le curriculum d'éducation sexuelle ne correspond pas aux bonnes pratiques poussées par le siège. Le BP n'en ait qu'à se mettre d'accord avec le ministère sur un plan de travail qui comprendrait entre autres des activités à mettre en œuvre, les délais, les ressources à engager et les responsabilités. En plus des problèmes liés au poids du conservatisme dans les institutions étatiques, il s'avère important de mentionner qu'il faut attendre 20 ans avant de procéder à la révision du curriculum de l'éducation nationale. Il faut dire que des efforts non négligeables ont été réalisés par l'UNFPA et le MENFP en vue renforcer les clubs d'hygiènes dans les écoles en matière d'éducation sexuelle et d'égalité de genre.

Le MSPP a élaboré un « Plan Stratégique National de Santé Jeunes et Adolescents 2014-2017 » avec l'appui de l'UNFPA et en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC). Au-delà des autres thématiques essentielles en rapport à la santé des jeunes (notamment la prévention), l'avortement n'y était pas abordé à cause des restrictions légales en vigueur dans le pays, alors que c'est un point critique et sensible (culturellement et politiquement) de l'approche de l'UNFPA. Le plan stratégique 2019-2023 du MSPP n'évoque pas les jeunes et adolescentes spécifiquement dans son cadre stratégique.

L'UNFPA a donc du mal à entretenir un dialogue fructueux avec les trois ministères concernés (MJSAC, MENFP et MSPP).

Depuis 2018, l'UNFPA est partie prenante d'une plateforme de coordination mis en place par des agences des Nations Unies appelée « Groupe Technique sur les Adolescents et Jeunes ». Cette plateforme est constituée de l'UNFPA, du PNUD, UNICEF, ONUSIDA et ONU-Femmes. Le groupe technique n'a cependant pas enregistré d'avancée majeure, notamment pour alimenter le dialogue de politique avec les ministères.

Pour autant, l'UNFPA n'a pas mis en œuvre une stratégie de renforcement des capacités des ministères et de ses partenaires d'exécution sur la prise en charge de la stratégie jeunes du programme-pays. Il n'a pas été identifié sur la période couverte par l'évaluation de programme de formation ou d'appui technique.

La dimension prévention, capitale pour satisfaire des objectifs du 6ème programme, n'a pas encore trouvé sa place dans le dispositif d'intervention de la majorité des SONU appuyés par l'UNFPA à Haïti. Le BP a bien pris conscience de la nécessité de promouvoir la prévention et a déployé des activités de sensibilisation et de communication. La grande majorité des jeunes sensibilisés à travers le pays sur la santé sexuelle et reproductive, les méthodes PF, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des grossesses précoces sont des filles (moins de 19 ans) ou des jeunes femmes (20-24 ans). Les partenaires du BP ont sensibilisé de l'ordre de 20 000 jeunes par an entre 2018 et 2020, ce qui est faible pour avoir un effet sur les mentalités et comportements au niveau national. Le nombre de personnes « sensibilisées » ne donnent pas d'idée sur les résultats atteints (pratiques et comportements SSR/VIH/VBG), que ce soit au niveau des jeunes eux-mêmes ou au niveau de leurs proches et de la société dans son ensemble.

L'UNFPA s'est investi progressivement pour s'associer à des plateformes d'organisations de jeunes. Elle a réussi à en appuyer 2 en 2017 et 2018 (malgré une cible de 4 pour cette dernière année), puis 5 en 2019 (cible de 6) et 8 en 2020 (cible de 8). Après les tâtonnements du début qui sont le temps du diagnostic et de l'acquisition d'un réseau de contacts, les activités de l'UNFPA sont maintenant bien définies : accompagnement pour une information et une sensibilisation sur la SSR et particulièrement sur les grossesses précoces et renforcement de capacité. Les organisations de jeunes (OJH, HAGN, SOFA, FOSREF, Association haïtienne des Etudiants en Médecine, Youth Calvary Chapel) sont sollicitées et mises en avant pour des évènements nationaux, voir internationaux pour augmenter leur visibilité dans la prise de décision au niveau du gouvernement. Pour autant, il ne semble pas que l'UNFPA ait trouvé comment les impliquer dans le processus de décision pour les politiques qui les concerne. Il faut toutefois reconnaitre que l'UNFPA a fait une grande preuve d'adaptation et a pris le soin de maximiser les opportunités qui étaient à sa portée dans le but d'atteindre ces objectifs. On peut citer en exemple les accompagnements techniques fournis aux Ministères concernés, la conduction de ces diagnostics permettant de mieux comprendre la situation nationale. Toutefois, il s'est heurté à un ensemble de contraintes liées aux instabilités institutionnelles au niveau des ministères et aux turbulences sociopolitiques (pays locked).

Les appuis donnés par l'UNFPA aux associations de jeunes ont conforté leurs capacités. Le BP a fourni un appui technique et financier stratégique. La participation active des jeunes à différentes démarches nationales et internationales a contribué à mis en valeur leurs problématiques spécifiques et leur a donner une visibilité qu'ils n'avaient pas. Les six réseaux partenaires ont autonomisé les jeunes à travers les différents programmes traitant notamment du leadership, en particulier des filles et des jeunes femmes. 25 000 adolescentes ont participé activement en 2019 à au moins une activité spécifique jeunes et adolescentes de l'UNFPA (leadership, santé, information, économique, responsabilisation) pour une cible de 120 000.

Compte tenu des l'importance des nouvelles thématiques (thématiques de dividende démographique, la violence communautaire) et de l'importance stratégique de la jeunesse dans le futur du pays, les ressources humaines mobilisées par le BP ont été insuffisantes pour atteindre les cibles du 6ème programme.

*CJ.3.2 – La mise en œuvre de la stratégie de l'UNFPA en santé reproductive a ciblé les plus fortes concentrations d'adolescents et de jeunes précédemment sans accès à ces services*

Les jeunes et les adolescents sont inclus dans l'approche intégrée de l'UNFPA avec le MSPP et ses partenaires d'exécution qui en dépendent. Le BP incite ses partenaires de SSR/PF/VBG/VIH à intégrer les adolescentes. Les SONU sont donc mobilisés même s'ils ne donnent pas une claire priorité aux adolescentes. De la même manière, les jeunes sont intégrés comme une dimension transversale avec le MCFDF, Fanm Deside, GHESKIO et MHDR dans les domaines de la construction des espaces sûrs, la formation, la prévention et la prise en charge des femmes victimes de viols, de violences basées sur le genre, de l'amélioration de la capacité de leadership et de l'estime de soi, de l'autonomisation des femmes.

Le projet SSIAF de la même manière donne une place aux adolescentes à travers la prévention des grossesses précoces. Le BP a concentré ses interventions spécifiques auprès des adolescents et des jeunes à travers deux ONG partenaires d'exécution que sont HAGN (uniquement jeunes filles) et FOSREF (les deux sexes). Ces interventions concernent surtout a) la santé sexuelle et reproductive : sensibilisation, formation, prévention des grossesses précoces, des maladies sexuellement transmissibles, b) le renforcement des capacités, des compétences de vie courante des adolescentes et jeunes.

L'action concrète de l'UNFPA pour la prévention des grossesses chez les adolescentes et des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris par le VIH, est réalisée principalement dans le cadre du SSIAF ainsi qu'au travers de ses partenaires SSR/PF en impliquant les directions départementales. En revanche, l'UNFPA ne peut pas garantir l'accès des adolescents et des jeunes à une éducation sexuelle complète, notamment dès le primaire en raison des contraintes juridico-administratives et culturelles inhérentes au contexte haïtien. Ces contraintes-là sont à la base des difficultés rencontrées pour introduire des thématiques en rapport à la santé sexuelle et reproductive dans le curriculum de l'éducation nationale en Haïti.

Le nombre d'adolescentes ayant utilisé au moins un service de ses partenaires est très en deçà des cibles annuelles (sauf pour 2017) et le nombre a baissé de manière significative entre 2018 et 2020. En 2020, à peine plus de 10% de la cible a été atteinte. L'UNFPA a donc de grandes difficultés pour atteindre les adolescentes par le biais des SONU.

Sur ce total, 20 000 adolescentes par an ont bénéficié d'un service PF (avec ou sans services de contraception). Ce petit nombre implique que ce type d'action, aussi nécessaire qu'il soit, ne peut avoir qu'un impact très limité sur la vie à venir de cette classe d'âge capitale pour l'avenir d'Haïti. Actuellement, il ne peut pas être mis en parallèle avec des besoins non satisfaits. Plutôt qu'une fin en soi, l'accès à la PF des adolescentes et des adolescents est sans doute plus une opportunité d'avoir accès à un groupe-cible qui reste essentiellement difficile à attirer vers des structures avec lesquelles l'UNFPA puisse construire des partenariats.

Un élément d'explication est que le personnel des SONU n'a pas développé une attitude encourageante pour les adolescentes. Elles continuent à craindre la stigmatisation et des situations inconfortables au contact des personnels soignants, sachant que les sages-femmes positionnées avec l'appui de l'UNFPA ne

sont pas assez nombreuses pour être présentes au bon moment. L'attitude des soignants peut aller jusqu'à la discrimination car la législation n'est pas claire sur l'accès des adolescentes aux soins SSR. Par ailleurs, le comptage des bénéficiaires se fait quand il est déjà trop tard pour éviter les grossesses précoces ou les IST.

La dimension prévention, capitale pour satisfaire des objectifs du 6ème programme, n'a pas encore trouvé sa place dans le dispositif d'intervention de la majorité des SONU appuyés par l'UNFPA à Haïti. Le BP a bien pris conscience de la nécessité de promouvoir la prévention et a déployé des activités de sensibilisation et de communication. Des activités de sensibilisation et de formation sont réalisées à l'intérieur des établissements scolaires pour les jeunes scolarisés.

*CJ.3.3 – Les effets auxquels les activités en direction des adolescents et des jeunes appuyées par l'UNFPA ont contribué sont durables socialement, financièrement et institutionnellement*

Le degré d'appropriation par les jeunes et adolescents des messages PF et solutions contraceptives promues par l'UNFPA n'est pas spécifiquement informé. Les données tirées de l'EMMUS VI (2016-2017) ont montré que la population haïtienne dans son ensemble a été fortement sensibilisés par des messages sur la planification familiale et les méthodes de prévention des maladies sexuellement transmissibles, jeunes compris. Il n'est pas possible de donner une appréciation objective concernant l'évolution du degré d'appropriation par les jeunes et les adolescents des messages PF, compte tenu du fait que l'UNFPA n'a pas conduit des enquêtes spécifiques sur ce sujet auprès des bénéficiaires des activités de ses partenaires.

Toutefois, l'« *Enquête sur les produits et services de santé reproductive et sur la satisfaction des clients de la PF dans 147 institutions sanitaires des 10 départements d'Haïti »* montre que les personnes desservies ont exprimé des niveaux élevés de satisfaction des services PF fournis par les institutions les institutions sanitaires sur la base d'un ensemble de critères, tels que : a) Apprendre à utiliser la méthode de PF, b) Informations sur la marche à suivre en cas d'effets secondaire de la méthode PF, c) Informations des complications graves éventuelles de la méthode PF, entre autres. Dans la mesure où la grande majorité des partenaires de l'UNFPA n'ont pas adopté une approche spécifique pour les jeunes, il est probable qu'ils partagent cette opinion.

Dans la mesure où la PF est bien acceptée culturellement et bien intégrée socialement, les grossesses précoces sont sans doute dues à des situations personnelles, des crises ou des viols pour lesquels le rayon d'action de l'UNFPA peut difficilement aller au-delà de la prévention, donc la sensibilisation. Ce que fait le BP. La question de la durabilité ne se pose donc pas vraiment.

L'UNFPA n'apporte pas au MSPP des appuis techniques en matière de programmation, budgétisation et mise en œuvre de ses stratégies PF spécifiquement ciblées sur les jeunes. Il en va de même pour le MENFP. Le BP commence seulement à développer un partenariat avec le MJSAC, sans qu'il puisse en être attendu un renforcement de capacité.

### o 5.4 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*

**Les résultats de ce volet du 6ème programme sont minimes. La réalisation du recensement a été bloquée par l'instabilité et les troubles de la période. Le gouvernement n'a pas trouvé la fenêtre de trois mois de calme social pour faire la collecte des données. Cette circonstance a été aggravée par l'apparition de dysfonctionnements institutionnels au sein de l'IHSI, indépendamment de l'appui technique mobilisé par l'UNFPA. Le Conseiller technique a pu consolider les préparatifs du recensement.**

**En raison des contraintes susmentionnées, l'UNFPA et ses partenaires (notamment l'IHSI) n'ont pas pu réaliser les progrès escomptés dans l'implémentation des activités relatives aux autres dimensions du volet P&D, mais ont pu mettre en œuvre des activités épisodiques liées aux enquêtes nationales dans les domaines couverts par le mandat de l'UNFPA.**

**Il est important de mettre en exergue les résultats intermédiaires obtenus jusqu'ici dans la réalisation du Ve RGPH : a) la réalisation et l'analyse des données du recensement pilote, b) l'actualisation de la cartographie censitaire, c) l'achat et le stockage des équipements informatiques et non informatiques, d) l'élaboration du questionnaire, et des manuels du personnel de terrain (agents recenseurs, superviseurs, responsables communaux, responsables départementaux), e) le passage du papier et numérique, d) la mobilisation de fonds auprès des bailleurs notamment pour l'analyse, la diffusion des données et la conduction d'études post-censitaires. Sur la base de l'ensemble de ces travaux, Haïti a su partager ses expériences aux autorités de Belize dans le but de s'inspirer de l'expérience nationale en cours en lien avec le Ve RGPH. Ces expériences acquises par l'IHSI au niveau de la digitalisation du processus de collecte des données ont été également mis à la disposition d'autres acteurs étatiques (Ministère des Affaires Sociales par exemple) dans la réalisation des opérations de collecte et de construction de bases de données.**

*CJ 4.1 – 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*

En raison des difficultés internes et externes à l'IHSI, les appuis fournis par l'UNFPA et ses partenaires au gouvernement haïtien n'ont pas réussi à mettre en œuvre un système intégré de données devant être utilisées dans la formulation, le suivi, l'évaluation des politiques publiques dans ses différents secteurs d'intervention, notamment le suivi des engagements internationaux en rapport aux objectifs de Développement Durable, le Consensus de Montevideo, au cours du cycle de programme 2017-2021.

Un système intégré de données fait référence à un système construit à partir des statistiques provenant des sources traditionnelles et émergentes de données, notamment les recensements, les enquêtes, les registres administratifs et le système d'informations géographiques. Les données provenant de ces sources sont préalablement épurées, harmonisées puis rendues accessibles aux utilisateurs des institutions étatiques et la société civile, compte tenu du système de contrôle et du cadre normatif mis en place.

L'UNFPA a fourni des assistances techniques et financières au MSPP à travers l'IHE dans le cadre de la réalisation et la publication des données de l'enquête l'EMMUS VI (2016-2017) qui est sans doute l'unique enquête démographique et de santé (EDS) d'envergure nationale disponible sur le territoire national et dont la base de données est disponible online pour les acteurs provenant du monde académique et de politique publique. L'EMMUS-VI contient une série de questions pertinentes sur la santé reproductive des femmes

en rapport à l'accès et l'utilisation des méthodes de planification familiale, aux informations, attitudes et comportements à l'égard du VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles

La non-réalisation du 5ème RGPH, notamment ces phases de dénombrement et d'analyse, en raison des contraintes liées au contexte sociopolitiques (pays lock, insécurités, soulèvements sociaux contre le pouvoir) et sanitaire (pandémie du covid19) du pays a été la contrainte majeure ayant empêché la matérialisation de cet objectif se révélant fondamental pour mieux orienter les politiques publiques du gouvernement haïtien et les agendas des agences onusiennes en Haïti. L'UNFPA espère rendre disponibles les données censitaires au cours du deuxième trimestre 2021, une fois terminées les opérations de collecte prévues pour le premier trimestre de cette même année.

Toutefois, les appuis fournis par l'UNFPA se révèlent incontournables dans les progrès observés jusqu'à présent dans l'atteinte de cet objectif, notamment dans matérialisation des activités inhérentes aux phases pré-collecte, collecte et post-collecte du projet du 5ème RGPH. La mise à la disposition de l'IHSI d'un Conseiller Technique Principal (CTP), la constitution d'une équipe technique internationale d'assurance de qualité, la gestion du budget du projet de recensement ont été des contributions importantes. La mobilisation des ressources pour financer les futures activités d'analyse des données de recensement et la promotion de la culture statistique en Haïti est également un apport important de l'UNFPA.

La faiblesse des sources de données administratives (en termes de qualité précision et fiabilité) est un défi majeur pour la mise en œuvre du système national de statistique. Très peu de résultats ont été obtenus dans ce sens, en dépit des démarches entreprises auprès de l'IHSI et d'autres institutions étatiques concernées par ce projet (comme le Conseil des Ministres). Des actions devraient adresser les problèmes d'exclusivité des registres de collecte, d'incohérence et de déficit de standardisation dans les définitions utilisées.

L'UNFPA a fourni une contribution substantielle à la réalisation et l'analyse des données de l'EMMUS VI (2016-2017), laquelle est sans doute la source d'informations statistiques la plus actualisée du pays. L'EMMUS VI a amplement aidé les ministères et OCS à orienter leurs interventions visant la satisfaction des besoins de la population haïtienne dans le secteur de la santé. Le Gouvernement n'a cependant pas pleinement exploité l'analyse des données de l'EMMUS.

L'UNFPA a par ailleurs appuyé avec succès la mise en œuvre et le suivi du Plan Stratégiques de Développement d'Haïti (PSDH), des ODD et du Consensus de Montevideo.

### *CJ 4.2 – 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'UNFPA a apporté des contributions substantielles auprès de ses partenaires étatiques en vue de les aider à intégrer la dynamique démographique, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité de genre dans la planification des politiques sectorielles de développement national. Ces contributions consistent surtout à financer et à appuyer techniquement le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (MPCE) et le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dans la production de documents d'analyse sur des thématiques clés en relation avec le suivi et les défis d'Haïti dans le cadre de l'implémentation du Consensus de Montevideo et du Plan d'Action du Caire. Ces analyses touchent aussi la problématique de la fistule obstétricale et l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Suivant ce même ordre d'idées, l'UNFPA a appuyé financièrement le gouvernement haïtien dans la réalisation d'une mission en Afrique dans le but de s'enquérir des expériences des pays de la Région du Sahel dans le domaine de la capture et du financement du dividende démographique. De manière analogue, l'UNFPA a appuyé techniquement et financièrement le Gouvernement haïtien dans le cadre de sa participation à des ateliers réalisés dans la région latino-américaine et caribéenne sur le suivi du Consensus de Montevideo. Des appuis similaires ont été aussi orientés vers la réalisation des séances de formation, des ateliers de travail et de plaidoirie sur les opportunités et la capture du dividende démographique. Comme antérieurement mentionnés, ces différents appuis a eu une meilleure sensibilisation des ministères gouvernementaux, notamment le MJSAC, MSPP, MENFP, MEF, sur les bénéfices potentiels qu'apporterait au pays un investissement à grande échelle dans la jeunesse haïtienne. Les Bailleurs de Fonds, tels que la Banque Mondiale et la BID se montrent prêtes à intégrer cette question dans leurs agendas. D'autres contributions techniques et financières d'égale importance sont aussi à signaler en ce qui concerne l'élaboration d'un ensemble de document de recherches portant sur des sujets en lien avec la dynamique démographique et le développement durable. Parmi lesquelles on peut mentionner :

- L'impact de la Covid-19 sur les jeunes (15-24 ans) et aussi sur les personnes âgées jusqu'à 35 ans dans les quartiers précaires de la zone métropolitaine de Port-au-Prince.
- L'analyse secondaire des données de l'EMMUS VI en lien à la fistule obstétricale en Haïti ;
- Le bilan de la mise en œuvre du Plan d'Action du Caire en Haïti (CIPD+25) ;
- L'enquête sur l'adhérence des jeunes aux méthodes modernes de contraception, en Haïti ;
- La capture du Dividende Démographique en Haïti : défis et opportunités ;
- Le rapport pays sur le suivi de la mise en œuvre du Consensus de Montevideo ;

L'UNFPA a aussi fourni une contribution substantielle dans l'implication du pays dans les dix engagements de Nairobi. On peut citer des cadres de hauts niveaux du gouvernement (MICT, MJSAC, MHAVE) et de la société civile dans les engagements de Nairobi. De multiples sessions de travail avec des cadres du gouvernement haïtien ont été réalisées à cet effet. Des observations similaires ont été réalisées dans l'avancement de l'agenda portant sur les droits des afro-descendants en Haiti et dans la Région latino-américaine et caribéenne.

Il faut dire que l'UNFPA n'a pas réussi à concrétiser une série d'actions pouvant aider amplement à la réalisation de l'objectif en relation avec l'intégration de la dynamique démographique, la santé sexuelle et reproductive dans les politiques sectorielles du gouvernement haïtien. Parmi lesquelles, on peut citer :

- La mise en place du Comité National Multisectoriel sur le suivi des indicateurs du Consensus de Montevidéo ; L'UNFPA a pris des initiatives pour mettre en place le Comité Multisectoriel d'acteurs, parmi lesquelles la création d'un Task Force en 2019 sous la coordination de la Direction de la Population et du Développement Humain du MSPP et celle d'un forum avec les organisations de la société civile.
- Le renforcement des liens de partenariat avec le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF).

### *CJ.4.3 - 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*

Au cours de la mise en œuvre du cycle de programme 2017-2021 l'UNFPA a cessé toute forme de financement additionnement accordé à la MAPODE pour la mise en œuvre de ces activités au sein de

l'Université d'Etat d'Haïti. Toutefois, la MAPODE continue son offre de services à la jeunesse haïtienne sur la base des structures qui ont été mises en place précédemment par l'UNFPA.

L'UNFPA n'ayant pas trouvé un autre partenaire sur la thématique P&D, il n'y a pas eu de formation P&D pendant le 6ème programme. Les appuis de l'UNFPA à la Direction de la Population et Développement Humain (DPDH) sont aussi à signaler dans divers domaines d'ordre technique et financier.

### o 5.5 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, 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 ?**

*Réponse à la question :*

**L'UNFPA a sensiblement contribué pendant le 6ème programme 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. Conjointement au sein du groupe GTG, UNFPA a participé aux travaux récents et au soutien de la volonté manifeste du Parlement de donner des réponses concrètes et concertées à la violence spécifique faites aux femmes par une proposition de cadre légal de violence pour lutter contre les inégalités en droit de femmes sous l'impulsion de la Sénatrice Dieudonne Etienne Luma. Des efforts de plaidoyer ont été soutenus pour lutter contre les inégalités de fait par l'analyse des obstacles à la prise de décision des femmes en faveur de leur santé et une stratégie Egalite Femmes/ Hommes dans des projets SSIAF et SajFanm pou fanm, dans les actions humanitaires ainsi que le Recensement.**

**L'instabilité politique de la période s'est combinée avec des dysfonctionnements internes au MCFDF et à la succession accélérée de trois ministres à sa tête ont néanmoins ralenti les effets du plaidoyer du BP. Les compétences techniques du ministère n'ont été renforcé que de manière marginale. En revanche, l'UNFPA a trouvé les opportunités pour développer une coopération avec les coordinations départementales et renforcer leurs capacités en matière de SSR et de lutte contre les VBG. La limitation des structures départementales et leur faible accès aux ressources n'a cependant pas permis de soutenir les initiatives sur le terrain. Les activités de l'UNFPA n'ont très peu bénéficié directement aux femmes victimes des inégalités de genre.**

**A contrario, l'UNFPA a mobilisé ses partenaires pour contribuer à la prévention des VBG et à la réhabilitation des survivantes. Les cibles du 6ème programme avaient été conçues dans la perspective de la création avec l'aval du MSPP de guichets uniques dédiés aux VBG dans les SONU. Outre les retards accumulés pour réaliser le diagnostic des structures de santé pour une intégration des unités VBG pour justifier de cette décision, les conclusions ont été diversement interprété. Les activités appuyées par l'UNFPA ont donc été plus disparates et se sont appuyées sur ses ONG partenaires. Les cibles quantitatives n'ont logiquement pas été atteintes même en extrapolant quelque peu sur les réalisations des partenaires d'exécution.**

**La prévention des VBG a été sujettes à des initiatives variées en fonction des opportunités qui se sont présentées avec des ONG de femmes ou dans le cadre plus structuré du projet SSIAF. Ces stratégies initiées par UNFPA (espaces sûrs, aidants naturels, Hommes avocat de la femme, comités**

**communaux et cellules de lutte contre les violences faites aux femmes, etc.) appuyées de développement de normes et guides de mise en place constituent des initiatives pilotes documentées et mises en œuvre par trois organisations de la société civile (SOFA, Fanm Deside et AFASDA) avec l'appui financier de l'UNFPA. Qui pour certaines ont besoin d'un plus grand ancrage local ou communautaire. Le plaidoyer auprès du MCFDF est en cours pour la validation des normes des espaces surs, et l'UNFPA a besoin d'activer le plaidoyer et d'appuyer ces stratégies dans l'attente d'une ouverture au niveau national pour définir une politique appropriée au contexte pour lutter contre les VBG.**

*CJ.5.1 – 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*

Les compétences techniques auxquelles l'UNFPA a contribué en appuyant le MCFDF en matière d'égalité des sexes et de droits de la procréation n'ont que très modérément été internalisées, utilisées et pérennisées. La volonté des coordinations départementales d'entreprendre des actions de lutte contre les VBG est bien réelle, mais elles ne disposent pas de moyens nécessaires pour jouer leur rôle. Elles se heurtent à de nombreuses difficultés matérielles : le manque de ressources humaines, l'absence de moyens de déplacement, les problèmes de locaux et d'électricité, de maigres budgets de fonctionnement. Les différents scenarii proposés par l'UNFPA au MCFDF pour assurer l'allocation des ressources et pour avancer dans la mise en œuvre des activités n'ont pas eu beaucoup d'écho.

Selon la loi organique du MCFDF, les structures déconcentrées assurent la fonction d'accueil, de référence des femmes, de sensibilisation du public sur les problématiques de genre y compris la VBG, de collectes d'informations et de suivi sur le terrain. L'UNFPA a porté son appui sur les coordinations départementales. L'appui financier, technique et logistique n'a pas encore abouti à des résultats tangibles. Les difficultés sont liées pour l'essentiel aux dysfonctionnements politiques et administratifs du ministère dans une période par ailleurs politiquement délicate.

Les coordinations départementales n'étant pas autonomes et les PTA discutés avec le niveau central, l'appui de l'UNFPA a dû s'ajuster chaque année aux priorités changeantes des 3 ministres qui se sont succédé sur la période couverte par l'évaluation. Le fonctionnement du MCFDF est marqué par l'absence récurrente de continuité dans l'application de la politique sectorielle. Cette difficulté a été renforcée par le départ de la directrice responsable des coordinations départementales.

Les activités d'accompagnement des 10 coordinations départementales ont consisté en renforcement les capacités de 105 cadres pour la conception de leur plan de travail annuel. Les formations ont aussi porté sur la promotion du guichet unique, l'amélioration des compétences en leadership, la facilitation des espaces de débats et d'échanges publics avec d'autres acteurs étatiques impliqués dans la lutte contre la violence (MSPP, MJSP et MENFP). Les activités ont permis l'élaboration des plans de travail annuels. Ces plans ont peiné depuis lors à être opérationnalisés par manque de budget délégué par le niveau central. En revanche, les responsables des coordinations départementales ont été stables dans le temps, ce qui a permis de préserver les acquis des formations.

*CJ.5.2 – 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 humanitaire*

L'appui de l'UNFPA a accru la prise de conscience des professionnels de santé sur les protocoles de prise en charge des victimes des VBG à travers des formations. De la même manière, des responsables départementaux ou nationaux ont été sensibilisés. Le public, et particulièrement les femmes et les filles, a été exposé autant que faire se peut à des messages clés sur la VBG. Cette action a pris des formes très différentes selon les publics et les opportunités d'inclure l'information sur la prévention et le traitement des VBG dans des actions plus larges entreprises par les partenaires d'exécution de l'UNFPA. Différents médias (tels que des émissions, des porte-à-porte, des flyers etc.) et différents espaces (gageures, écoles, marchés, résidences etc.) ont été mis à disposition pour faciliter ces séances de sensibilisation. Ce mode d'action de l'UNFPA est très efficace par rapport aux ressources disponibles pour la mise en œuvre du programme mais ne facilite pas l'agrégation des données.

La mise en place du guichet unique a connu une réorientation stratégique à travers l'intégration des services VBG dans le paquet essentiel des services des structures de santé. La cible de 50% des structures ne sera pas atteinte par le 6ème programme. Les guichets uniques n'ont pu être mise en œuvre en raison de changement de stratégie de l'UNFPA au niveau mondial et de la réalité socio-culturelle haïtienne qui provoquerait des effets pervers dans la mise en œuvre d'une telle structure. La stratégie en cours via le diagnostic pour mettre en place des unités VBG a été approprié par deux directions départementales du MSPP sur les cinq rencontrées. En revanche, l'UNFPA a obtenu des avancées du MSPP en matière de protocoles de prise en charge médicale et psychosociale des survivantes.

L'appui de l'UNFPA n'a pas permis de dépasser les difficultés internes au MCFDF pour aboutir à une mise à jour de la politique sectorielle et de plans d'actions annuels. Le processus engagé a accumulé les retards au point de n'avoir pas abouti. Les difficultés interne au MCFDF handicape l'UNFPA dans l'obtention d'un ascendant par un dialogue de politique soutenu et des actions pilotes.

En revanche, des initiatives normatives plus limitées et plus techniques ont pu être mise en place, notamment les normes pour la prise en charge psychosociale, pour les aidants naturels ainsi que pour les espaces sûrs.

L'étude de la ligne de base du SSIAF sur les capacités de prise en charge des femmes et filles survivantes des structures sanitaires a confirmé que si 92% de ces structures ont du personnel médical formé, ils ne sont pas assez nombreux pour assurer le service non-stop et n'ont que peu de personnel pour faire la prise en charge psychosociale. Le diagnostic des structures de santé pour une intégration des unités VBG au sein des structures de santé réalisé par l'UNFPA sur 26 structures de santé a confirmé le diagnostic, comme la mission de terrain. Seulement 12% des 26 structures de santé disposent de l'ensemble des médicaments permettant une bonne prise en charge des survivantes, et particulièrement des survivantes de violences sexuelles. Les pourcentages sont variables pour les autres traitements. 84% d'entre elles (22 sur les 26) déclarent connaitre régulièrement des ruptures de stocks, d'une durée variant d'une semaine à un mois. Les outils de prise en charge ne sont pas utilisés par toutes les structures et, pour celles qui en disposent, ils ne sont pas standardisés. Le référencement est en pratique mal organisé et trop rare. Les focus groupes ont mis en avant qu'il arrive que les survivantes soient obligées de payer pour le certificat médical et les médicaments.

En dépit du fait que les guichets uniques n'ont pas été créés, les partenaires appuyés par l'UNFPA ont pris en charge des survivantes de VBG mais avec des résultats très en deçà de la cible du 6ème programme-pays, en pourcentage comme en nombre de victimes réhabilitées. Les performances annuelles du BP vis-à-vis du pourcentage de victimes identifiés par les structures appuyées qui ont bénéficié du service et ont été réhabilitées sont très inégales :

- 80% pour une cible de 20% en 2017, pour un total de victimes réhabilitées de 317 ;
- 100% de 257 victimes en 2018 pour une cible de 30% ;
- 47% de 1 397 adolescentes victimes en 2019 (cible=40%).

L'analyse des données des rapports annuels met en évidence que les critères d'identification des victimes et de leur réhabilitation varient d'une année sur l'autre. Par ailleurs, l'indicateur visait à mesure l'efficacité des guichets uniques qui n'ont pas été créés. Les chiffres retenus dans les rapports sont discutables et l'évaluation des performances est rendue hasardeuse. La collecte et le traitement des données manquent de rigueur et n'aident pas à mettre en place une gestion orientée sur les résultats. Les cibles annuelles sont soit à l'évidence coupées de la réalité soit les résultats sont compilés sans rapport avec la définition de l'indicateur. En revanche, l'intégration des VBG dans le cursus des sages-femmes assure un développement à moyen terme des compétences au niveau des structures sanitaires nationales et à court terme pour celles appuyées par l'UNFPA.

Avec le MCFDF pour l'adoption du Plan national sur la violence contre les femmes et du suivi des accords internationaux connexes comme avec le MSPP pour les guichets uniques, l'UNFPA n'a pas réussi à convaincre son partenaire à prendre les décisions visées par le 6ème programme.

De la même manière, les opportunités pour développer un dialogue national n'ont pas été assez nombreuses pour l'alimenter, Avec les partenaires nationaux, l'approche de l'UNFPA vise à réactiver les mécanismes de concertation, de rassemblement et de coordination de divers acteurs de la prévention et de la prise en charge dans les principaux départements d'intervention. Le BP appuie la mise en place de structure de coordination VBG dans les communes. Cette initiative devait s'étendre aux départements d'intervention de l'UNFPA et serait chapeaute par le MCFDF. Des protocoles et manuels (manuel pluridisciplinaire, manuel pour la prise en charge psychosociale, guide d'initiation aux droits humains, etc.) ont été élaborés avec et pour les différents acteurs concernés. Face à la difficile collaboration avec le MCFDF, l'UNFPA a adapté sa stratégie pour reporter ses activités sur la thématique égalité des sexes et VBG sur les acteurs de la société civile, principalement des organisations de femmes.

A part l'accompagnement fourni par HAGN à AFASDA dans la mise en place des espaces –filles ou un atelier sur la gestion de l'information en contexte humanitaire, l'imperméabilité entre les différents partenaires qui travaille sur le genre reste de mise. L'UNFPA n'a donc pas développé à ce niveau non plus une coordination entre les acteurs-clés alors que seules des synergies mieux affirmées pourraient améliorer la stratégie d'intervention et garantir la disponibilité des données et meilleure synergie des interventions en faveur de la protection et de la prise en charge des victimes.

Le BP transmet à ses partenaires la priorité qu'il donne au traitement des VBG et en particulier des viols des jeunes filles. Selon la localisation du partenaire s'y prête, il traitera les jeunes filles survivantes selon son approche habituelle. Le protocole de la Concertation y compris la fiche unique d'enregistrement ne sont pas utilisées par tous les partenaires. Les structures en ville reçoivent plus de jeunes filles sans faire particulièrement la promotion du service. L'UNFPA désagrège les données collectées auprès des PE pour mettre en évidence les résultats atteints.

Au niveau communal, l'approche de l'UNFPA diffère encore. Des jeunes femmes leaders recrutées comme mentors ont été formées pour accompagner les filles adolescentes 10-14, 15-19 ans, renforcer leur leadership sur le changement des normes sociales en faveur de la prévention des violences faites aux

femmes et aux filles dans les communes où elles interviennent et orienter vers la prise en charge des VFFF dans les départements du Sud, Sud-Est, Ouest, Nippes et Nord-Est. Autonomiser les filles en diversifiant leurs opportunités et leurs choix dans la vie permet non seulement d'influer sur leur potentiel et leur bien-être mais également sur le développement de leur communauté et de leur pays.

La mise en place de cette initiative permet aux jeunes femmes leaders et mentors d'accroître leurs propres connaissances et d'éduquer leurs filles dans le cadre d'une démarche de « building social assets » ou construction d'actifs sociaux / compétences de vie des adolescentes pour leur permettre de faire face aux contraintes, difficultés, menaces que la vie sociale/communautaire/familiale leur impose, et de leur permettre d'agir de manière autonome.

Des espaces sûrs et des aidants naturels existent actuellement dans le Nord-Ouest, la Grand-Anse et sont en train d'être mise en place dans le Nord-Est. La mise en place d'espaces sûrs a été mise en application par 7 communautés. Cependant la dynamique de transfert de la gestion de ces espaces a été planifiée suite à une consultation communautaire. Le niveau d'appropriation est différent d'un département à l'autre. L'approche d'accompagnement de l'espace d'Anse d'Hainaut devrait être harmonisée pour être opérationnalisée de façon continue dans tous les espaces suivant les standards du guide de mise en place des espaces surs par des comités locaux issus des communautés où se trouvent ces espaces surs.)

L'UNFPA a établi ou, selon les cas, maintenu des partenariats avec les organisations de femmes et des ONG pour mettre en place des comités de lutte VBG dans certains départements. Ils ont été appuyés notamment pour la collecte de données. Les comités communaux de lutte contre les VBG peinent en revanche à se réactiver et les tables de concertation thématiques genre sont dysfonctionnelles dans la plupart des départements d'intervention.

Le droit à la protection et à l'assistance en situation de crise dans le cadre du mandat de l'UNFPA a été assuré à travers la distribution de kit de dignité, des kits de SR, le déploiement du personnel à travers des cliniques mobiles pour les consultations et des prises en charge de grossesses et d'accouchements, la prise en charge psychosociale de survivantes de VBG. Des actions de plaidoyers ont été également organisées. Elles ont permis l'intégration de l'approche genre dans des plans d'urgence. Le sous-groupe VBG a également été réactivé.

### o 5.6 Réponse aux crises et 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 humanitaires pendant la période couverte par le 6ème programme ?**

*Réponse à la question :*

**Si la période du 6ème programme a été riches en troubles et en instabilité, il n'est heureusement pas advenu de crise humanitaire majeure. L'UNFPA a donc pu développer avec succès une stratégie volontariste de positionnement au cœur du dispositif national de réponse aux crises humanitaires. Elle a ainsi obtenu que l'accès aux soins de SSR et les VBG soient intégrés aux priorités du dispositif de réponse. Le plan d'urgence multirisques de 12 mois pour la SSR et la VBG a démontré sa pertinence dans la réponse au tremblement de terre de 2018.**

**Le BP intervient en amont de la réponse au moment du diagnostic immédiat post-catastrophe (compétences P&D), puis après le déclenchement de la réponse par la distribution de kits. Lors de sa**

**participation aux simulations organisées avec la DPC, la lenteur relative (2 à 7 jours) des approvisionnements d'urgence de l'UNFPA a été soulignée par ses partenaires. Le pré-positionnement des kits n'apporte qu'une solution partielle.**

**La démarche de l'UNFPA a été particulièrement efficace sur la lutte contre les VBG. Le BP a relancé le sous-groupe VBG au sein du groupe Protection et à alimenter les échanges entre les partenaires internationaux et nationaux.**

**Il n'y a pas de preuves suffisantes pour affirmer qu'il y ait une corrélation entre les formations et le renforcement des capacités dans l'amélioration de la qualité des services SSR/PF/VBG pendant les crises humanitaires. Après avoir bénéficié en 2018 d'une formation de formateurs sur la DMU, le personnel du BP a formé les cadres des directions départementales et de l'administration centrale. L'effet de ces formations sur l'organisation des réponses humanitaires n'est pas suivi. En revanche, l'UNFPA a bien été présente lors des crises de faible ampleur en distribuant les kits au travers des structures sanitaires et les cliniques mobiles. Elle a également été active pour participer à l'effort contre le Covid-19.**

*CJ.6.1 – La capacité des structures de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise humanitaire (ou post-crise) a été améliorée*

L'UNFPA a obtenu que la capacité des structures de santé à prodiguer des soins de qualité en SSR et de VBG en situation de crise humanitaire (ou post-crise) soit améliorée à la fois en faisant intégrer ces priorités dans les plans nationaux de réponse et en organisant des formations auprès des professionnels de santé.

Dès le début du 6ème programme et dans la continuité du programme précédent, l'UNFPA a développé une stratégie de positionnement au sein des groupes de travail et de coordination à tous les niveaux sur la réponse aux crises humanitaires. L'histoire et le contexte d'Haïti en font un pays exposé à répétition aux tremblements de terre et aux ouragans, que les fragilités socio-économiques et politiques transforment rapidement en crises humanitaires durables.

L'UNFPA a donc pu se consacrer à apporter sa valeur ajoutée aux processus et documents de préparation aux crises humanitaires, avec comme priorité la prise en compte de la SSR et des VBG (prévention et réhabilitation). Le BP est fortement aidé en cela et pour ses réponses aux crises humanitaires par la flexibilité qui lui a été conférée par le siège, tant pour ses ressources financières qu'humaines. La dimension humanitaire est gérée au sein du BP par le représentant résident adjoint, un coordinateur, un chargé de projet et deux cadres. Par ailleurs, chaque sectoriel gère les activités humanitaires de son secteur d'intervention. Le dispositif est conforme aux préconisations du siège. Un part des ressources régulières du BP sont mises de côté pour être mobilisables rapidement en cas de crise.

Le BP s'est positionné de manière volontaire au sein du dispositif institutionnel de réponse humanitaire. Il a participé régulièrement aux réunions et aux ateliers de mise en place du plan de réponse humanitaire et a fourni les données désagrégées par sexe et âge. Les activités relatives au mandat de l'UNFPA ont bien été intégrées. Cette position d'acteur influent n'a cependant pas conduit l'unité du gouvernement chargée des urgences à intégrer la SSR et les VBG. En revanche, le gouvernement et l'équipe inter secteurs ont officiellement reconnu (dans les documents et plans officiels) l'importance et le caractère du DMU, genre / VBG et données en cas d'urgence, ASRH et acceptent le rôle de l'UNFPA dans la réponse.

L'UNFPA a fortement contribué en 2017 à relancer le sous-groupe VBG dans le sous-groupe protection mais n'a pas réussi a provoqué des réunions régulières au niveau national, a contrario du niveau départemental de l'Ouest. Le sous-groupe de travail VBG a été à nouveau réactivé en 2019 et compte plus de 40 organisations nationales et internationales ainsi que des structures étatiques. Il s'agit d'une plateforme pour renforcer le partenariat avec les acteurs locaux et internationaux autour du genre. Alors que les mécanismes de la coordination sous-sectorielle de la violence basée sur le genre ne sont pas entièrement fonctionnels en dehors des situations d'urgence, le BP a veillé à ce qu'ils soient inclus dans les secteurs de la protection et de la santé et à travers la coordination intersectorielle. A partir de 2019, le sous-groupe a suscité un certain intérêt de la part des acteurs travaillant sur la thématique. Il a actualisé et élargi les cartographies des services mises en place pendant le cyclone Matthew. Il se réunit mensuellement pour communiquer autour de l'évolution des actions en matière de lutte contre les VBG.

L'UNFPA a mis en place des partenariats avec le gouvernement et les autres acteurs pour avoir une réponse coordonnée aux crises humanitaires. Les institutions nationales ont bénéficié d'un large soutien de la part de l'UNFPA pour renforcer leurs capacités en matière de SSR et lutte contre les VBG. L'UNFPA a fourni des contributions à la mise en place de la nouvelle stratégie de protection 2018-2021 élaborée sous l'égide de l'OPC et le HR. Le plan organise l'ensemble des interventions des acteurs nationaux et internationaux.

Avec la DPC, l'UNFPA a appuyé tous les ans la préparation des saisons cycloniques, en termes de pré-positionnement de kits. Elle a également participé aux différents exercices de simulation humanitaire (SIMEX). A leur issue, la DPC souhaite disposer des fonds pour le pré-positionnement des kits en raison de la lourdeur des procédures de l'UNFPA et du temps pris entre la requête et l'octroi des fonds, même en situation d'urgence.

La SSR et les DMU (dispositif minimum d'urgence/DMU ou Minimum Initial Services Package/MISP) sont intégrés aux plans nationaux de réponse aux catastrophes et crises humanitaires mais ne sont pas entièrement considérés dans les plans de préparation.

La violence sexiste et les données d'urgence sont définies dans les HRP 2018, HNO 2018, le nouveau HRP2019-20, ainsi que la nouvelle stratégie de protection d'Haïti 2018-2021. Grâce à l'UNFPA, la SSR et la VBG sont définies dans les documents nationaux de planification d'urgence et les risques de catastrophe nationaux système de gestion (SNGRD). Cela inclut de veiller à ce que le MIRA (Multisector Initial Rapid Assessment) révisé intègre les données ventilées par sexe et par âge, et comprenne les questions de SSR et de VBG. Le plan d'urgence multirisques de 12 mois pour la SSR et la VBG a été finalisé le 24 octobre suite aux ateliers de planification du 31 juillet au 3 août et ses éléments ont été intégrés dans la réponse au tremblement de terre du 6 octobre et dans le plan d'intervention humanitaire en Haïti 2019-20.

Les DMU s'avèrent être une porte d'entrée pour les services liés à la VBG et à la SSR en matière de préparation afin de garantir une plus grande cohérence en matière d'intervention. La formation DMU couvre plusieurs volets dont la coordination, la prise en charge des violences basées sur le genre, les urgences obstétricales, VIH, le PF et retour aux services. Les professionnels formés ont vu leurs capacités renforcées pour mettre en œuvre les DMU en situation d'urgence. Ils connaissent les kits SR, comment les commander en fonction de la population touchée sur 3 mois et les utiliser.

L'équipe de l'UNFPA a suivi des formations de formateurs sur les DMU en 2018. Cette formation DMU / CMR est désormais terminée pour 151 acteurs dans les 10 départements et le réseau peut s'activer en cas d'urgence. Cette formation réalisée pour les directeurs départementaux et les cadres au niveau central de la DGPC pourrait être une base pour garantir l'intégration de la SSR et les DMU dans les plans de préparation

de la prochaine saison cyclonique. Les DMU genre/ VBG est reconnu dans les documents et plans officiels comme ayant un rôle important en cas d'urgence.

Il reste néanmoins plusieurs activités à mener, y compris le renforcement des capacités du bureau ainsi que de celles des partenaires avant que la situation puisse être considéré comme pleinement conforme aux DMU. Par exemple, de nouvelles formations n'ont pas se tenir entre 2019 et 2020.

Il n'est pas possible d'estimer le degré de couverture des besoins SSR et VBG assuré par l'UNFPA pendant la période sous revue. Ces données ne sont pas isolées et traitées par le BP. En revanche, le BP est intervenu pour chacune des situations d'urgence qui sont advenues pendant la période sous revue. UNFPA a facilité la mise à la disposition des structures sanitaires des intrants. Des kits pour les femmes enceintes, allaitantes ou des bébés ainsi que des kits de cuisines ont été distribuée durant plusieurs crises humanitaire. Suite au tremblement dans le Nord-Ouest et la cyclone Irma dans le Nord-Est, il a appuyé le déploiement d'une organisation sanitaire pour faciliter l'accès aux services à travers des cliniques mobiles pour les personnes vivant dans les zones reculées où le personnel médical n'a pas de moyens de transport. Des efforts ont également été faites pendant la période du Covid pour que les services soient toujours opérationnels bien que plus de cliniques mobiles auraient amélioré le suivi de la SR et de la PF. L'UNFPA a été grandement impliqué dans la réponse au COVID. En ce sens, une stratégie portant sur trois axes a été appliquée. Ainsi des actions de communication pluriels ont été mises en œuvre pour toucher différents publics (médias, flyers, lignes téléphoniques). En collaboration avec d'autres agences des Nations Unies, PNUD, OIM, OPS/OMS et les structures déconcentrées du MSPP, les 4 points frontaliers officiels ont reçu un contrôle strict de ces migrants après leur entrée au territoire national pour la détection précoce de cas suspects de Covid-19, et éviter la propagation de la maladie. Des actions particulièrement ont été mises en place dans le département du Nord-Est avec le déploiement de 19 acteurs en santé principalement des sages-femmes formées en DMU pour le dépistage, le suivi et à l'orientation des migrants haïtiens. En parallèle, l'UNFPA a travaillé pour garantir la continuité des services en SR et lutte contre les VBG. Par exemple, une formation de formatrices avec un module en VBG a été développé pour les sages-femmes dans 35 établissements de santé. Des intrants ont également été mises à leurs dispositions.

Le renforcement des capacités des acteurs à fournir des services de qualité a été obtenu grâce à un partenariat public-privé pour offrir des services de qualité dans certains lieux reculés du pays et la fourniture de ressources humaines complémentaires. Mais il n'y a pas de preuves suffisantes pour affirmer qu'il y ait une corrélation entre les formations et le renforcement des capacités dans l'amélioration de la qualité des services SSR/PF/VBG pendant les crises humanitaires. Ainsi la protection civile souligne malgré les formations prodiguées, les moyens matériels pour mettre en œuvre les DMU sont insuffisants au niveau des directions départementales. Il n'est donc pas possible de tester l'hypothèse d'un lien entre les formations organisées et les résultats obtenus. En revanche, l'UNFPA a réalisé un programme de formations centré sur les DMU qui a été apprécié par les participants. Ils connaissent les kits SR, comment les commander en fonction de la population touchée et les utiliser. Les directeurs départementaux au niveau de la protection civile ont été sensibilisé sur la nécessité de prendre en compte la thématique de SR et la PL pour pouvoir les référer. Cependant les formations ne suffisent pas sans mécanisme de suivi.

### *CJ 6.3 – Les capacités nationales à intégrer les données démographiques aux plans de contingence ont été renforcées*

Il existe dans les COUD des points focaux IHSI. Au niveau des départements, ils fournissent des informations sur le découpage géographique pour la prise de décision. Ils appuient aussi dans la collecte de données démographiques sur les habitants par catégorie d'âges et de sexe quand les COUD ne peut faire l'évaluation physique. Les données disponibles ne nous permettent de confirmer s'il existe un partenariat entre l'IHSI et la protection civile et quelles sont les attributions de ces acteurs étatiques. Cependant la DPC

a commencé un échange à l'interne pour voir la possibilité de solliciter un appui de l'UNFPA en vue de collaboration plus structurée avec l'IHSI.

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 y compris en lien à la mortalité maternelle.

*CJ.6.4 – 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*

Le gouvernement n'a pas pu pendant la période sous revue poursuivre son projet d'évolution de l'aide public des actions humanitaires vers le développement. L'actualité pendant les dernières années écoulées ne l'ont pas permis, tant l'instabilité politique et des catastrophes naturelles certes de moindre envergure que Matthews mais cependant récurrentes. La crise de la Covid-19 a pris le relais.

L'UNFPA a fourni systématiquement et relativement rapidement son appui à la réponse aux crises organisée par le gouvernement. Elle répond positivement aux convocations de la protection civile lors des réunions d'urgence du sous-groupe protection. Elle participe également aux évaluations initiales multisectorielles sur le terrain aux côtés du gouvernement.

Le BP mobilise les fonds réguliers pour les situations d'urgence. Il n'y a pas eu de pénurie de fonds marquée pour répondre aux urgences humanitaires sur la période. Par exemple en 2018, l'équipe SRH / GBV a reçu des fonds de réponse rapide du CERF pour répondre tremblement de terre dans le département du Nord-Ouest. En 2019, la réactivation du sous-groupe VBG a favorisé la mobilisation des fonds CERF pour l'humanitaire. Ces fonds semblent avoir été intégralement utilisés grâce au nexus humanitaire-développement, surtout pour les questions de genre/VBG.

Il n'y a malheureusement pas d'information disponibles sur les effets de la mobilisation de l'UNFPA pendant les crises humanitaires de la période sous revue sur les partenaires et les bénéficiaires. Cet aspect n'est pas pris en compte dans la matrice de résultats du fait de son caractère imprévisible.

### o 5.7 Efficience des mécanismes de mise en œuvre du 6ème programme

**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 mécanismes et protocoles internes du BP de l'UNFPA sont bien maîtrisés et tirent le maximum des règles communes à l'UNFPA pour ce qui est des achats et de la logistique. Il n'en reste pas moins que les garanties sur la qualité des approvisionnements, particulièrement des médicaments, et la préoccupation de tirer le maximum des ressources en recourant aux achats groupés à Copenhague impliquent des délais de livraison qui n'excluent pas les ruptures de stock chez les partenaires d'exécution. Ces règles sont difficiles à accepter sur le terrain, d'autant plus en situation d'urgence.**

**Le BP a été réactif pour résoudre les problèmes de solvabilité du MSPP pour les frais de stockage et a ainsi démontrer à la fois la flexibilité de l'institution et sa maîtrise des procédures internes de l'institution.**

**La situation particulière d'Haïti a convaincu le siège d'accorder plus de flexibilité aux ressources humaines du BP. Cette flexibilité a été mise à profit. Le personnel du BP a démontré être en mesure de maîtriser techniquement ses différents secteurs d'activité et leur leadership est reconnu unanimement par les partenaires d'exécution. Les lenteurs administratives n'ont pas été évoquées par les partenaires.**

**Les partenaires d'exécution sont soumis, après avoir été sélectionnés sur appel à propositions, à des micro-évaluations qui permettent de cibler leur accompagnement pas le BP. Des améliorations notables sont enregistrées mais globalement les partenaires continuent à introduire des retards dans les procédures administratives et comptables.**

*CJ 7.1 : 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*

Le BP a tenu au cours des trois dernières années ses objectifs de décaissement pour ces ressources régulières (98% en 2019, par exemple). Le taux de décaissement est moindre pour les ressources extérieures (74% en 2019) mais ce niveau n'est pas imputable seulement à l'efficience des mécanismes de mise en œuvre du BP : les bailleurs ont leur part de responsabilité et les décaissements sont généralement liés aux activités, qui ont été affectées par les troubles particuliers à cette dernière année.

En cumulé de 2017 à 2020, sur la base des données par partenaire transmises par le BP, le taux de décaissement (utilisation des ressources) moyen est de 72%, ce qui est relativement faible. Il y a eu une baisse du ratio d'utilisation des ressources en 2019 et 2020 par rapport aux premières années. Les troubles sociaux de 2019, puis la crise sanitaire de 2020 sont les principaux facteurs explicatifs et sont externes à l'organisation du BP ou à celle des PE.

Des différences d'efficience dans l'utilisation des budgets annuels apparaît dans les tableaux entre PE. Les valeurs négatives et nulles ne permettent pas de calculer des pourcentages agrégés. Néanmoins, les taux d'utilisation les plus faibles sont très généralement ceux des structures centrales (ministères et leur démembrements). Les directions sanitaires départementales sont autour de la moyenne (6(-75%). Les autres PE (associations locales ou internationales principalement) sont les plus performants au regard de l'utilisation des budgets.

Pour les activités de l'UNFPA à Haïti, le facteur essentiel d'efficience est l'approvisionnement des PE en médicaments, kits, autres fournitures et équipements (dont les voitures). Non seulement ces approvisionnements sont conditionnels de la mise en œuvre des activités, mais leur livraison rapide est un facteur clé, avec la logistique (transport et stockage), pour leur réalisation au moment voulu. La qualité des approvisionnements est également un facteur important pour que les bénéficiaires reçoivent le service, particulièrement pour les médicaments. Au-delà, une rupture de stock est contre-productive pour installer les changements de comportement en SR et PF.

Le BP n'a pas de marge de manœuvre en termes d'organisation pour l'essentiel de ses approvisionnements. Les règles sont communes pour tous les BP. Les achats sont réalisés par un organisme dédié à Copenhague qui centralise les achats des agences des NU. L'essentiel des délais et des prix sont déterminés à ce niveau,

jusqu'à l'arrivée des approvisionnements au port de PaP. Il existe une table qui indique les délais minima et maxima jusqu'au chargement au port de départ, qui varie par produit. Pour les pilules par exemple les délais sont de 6 à 23 semaines auxquelles il faut ajouter l'acheminement et le dédouanement pour sans doute au moins 6 semaines supplémentaires. Au total, la boîte de pilules arrive après minimum 3 mois et jusqu'à 7 mois. Pour les préservatifs, les délais de base sont de 14 à 23 semaines. Les délais sont donc considérables mais ils garantissent le meilleur prix et la qualité, essentielle en particulier pour les médicaments.

La tâche principale du BP est la collation des besoins des PE, leur priorisation, puis l'élaboration d'un plan d'achats, le lancement des opérations et leur suivi.

La gestion des approvisionnements et de la logistique est assurée au sein du BP par la responsable financière assistée par deux assistants achats. Les besoins sont remontés par les opérationnels à l'occasion de réunions de programmation avec les PE. La responsable financière participe fréquemment à ces réunions, et fournit les explications nécessaires sur le processus. Le plan d'achats est l'équivalent d'un plan des marchés. Il est préparé annuellement (de septembre à janvier) puis mis à jour régulièrement (en ligne) dans le courant de l'année. Sur les trois années du 6ème programme, les plans d'achats ont été préparés dans les temps impartis, ont été suivis et ont fait l'objet dans rapport en fin d'année.

Pour les achats en dessous-du seuil de passation des marchés internationaux et pour les biens non-sensibles, les marchés sont passés localement par l'OMS en tant que centrale d'achats pour le compte de l'UNFPA. Ces achats concernent les petites fournitures ou les médicaments de base. En plus des contrôles internes de l'OMS et de l'UNFPA, un comité a été mis en place pour éviter les conflits d'intérêts avec les fournisseurs locaux. Les mécanismes en place sont donc fiables et transparents. Cette facilité est également disponible pour le représentant résident face à une situation de crise humanitaire (fast track) décrétée par le gouvernement et validée par le siège, ce qui laisse trop peu d'occasions pour l'utiliser pour accélérer les approvisionnements d'urgence.

La logistique (transport et stockage) est gérée pour l'essentiel par l'OMS ou d'autres agences des NU. Le transport est réalisé par un transporteur privé, sauf en situation de blocus ou d'urgence où le personnel du BP peut utiliser les véhicules pour des approvisionnements d'urgence. Le stockage a posé un problème pendant les crises. Le stockage au niveau de PaP est en principe à la charge du gouvernement mais il s'est avéré que l'UNFPA devait payer les frais s'il voulait approvisionner ses PE. Ces montants n'étaient pas budgétés et le BP a su s'adapter à cette contrainte. Des solutions de stockage par les autres agences (OIM, PAM, UNICEF) ont également été trouvées. Globalement, les données sur les ruptures de stock dans les dispensaires démontrent que le système mis en place par l'UNFPA est efficient. Les PE sont consciencieux au niveau du stockage et gardiennage.

Un autre volet critique pour l'exécution financière est la gestion des avances par les PE qui en bénéficient et le contrôle des dépenses. Le BP mobilise trois assistants pour les vérifications de dépenses. La responsable financière n'identifie pas des difficultés avec les PE, notamment du fait de l'appui qui leur est donné dans ce domaine par le personnel du BP.

Dans un contexte national de manque de capacité et de professionnels au sein des organisations de la société civile, l'UNFPA a développé - comme les autres agences du SNU - un réseau de PE stable sur plusieurs cycles. Ces PE « historiques » ont intégré les principes fondamentaux de l'approche SR/PF/VBG de l'UNFPA et maîtrisent correctement les procédures de mise en œuvre du BP. Ils contribuent à une part significative des activités réalisée dans le cadre du programme-pays.

Sur la période du 6ème programme, le BP a mobilisé 32 PE. Le 5ème programme s'était recentré sur 18 PE sur la base de l'évaluation finale du 4ème programme. Le 6ème programme est donc revenu sur un dispositif élargi.

Le BP est tenu de réaliser périodiquement des appels à propositions pour ouvrir la mise en œuvre de son programme à d'autres candidats. Les PE réguliers y répondent et sont reconduits. La sélection de nouveaux PE émanant de la société civile est limitée à 1 ou 2 sur la période. Des démembrements de l'Etat ont également été rajoutés sur la base des nouveaux composants du programme.

En revanche, les financements extérieurs et les projets conjoints introduisent de nouveaux partenaires de mise en œuvre avec lesquels le BP se voit dans l'obligation de les familiariser à ses méthodes et à ses procédures. C'est le cas par exemple du projet financé par le Canada, mis en œuvre par l'association canadienne des sages-femmes et l'université du Québec – Trois rivières.

La gestion des PE utilise, outre le suivi réalisé par le personnel du BP, des micro-évaluations (« micro-assessments ») qui visent à identifier les risques liés à des faiblesses, des déficiences ou la méconnaissance des procédures de l'UNFPA. Le BP a réalisé en 2019 de l'ordre de 75% des micro-évaluations programmées du fait des troubles socio-politiques. Ces micro-évaluations ont finalement été appréciées par les PE et ont permis au BP d'adapter l'appui qui devait leur être apporté.

Cet accompagnement n'a pas exclu dans quelques cas que des nouveaux PE ne soient pas en capacité de mettre en œuvre les activités prévues, notamment certaines sur les fonds réguliers. De la même manière, les observations des micro-évaluations ne sont pas nécessairement prises en compte et sont réitérées sans effet sur les dysfonctionnement identifiés – en particulier sur le reporting auprès du BP. Les retards sont récurrents.

### o 5.8 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 adéquate des tâches dans le système des Nations Unies à Haïti ?**

*Réponse à la question :*

**Le bureau d'Haïti a contribué au bon fonctionnement des mécanismes de coordination et a acquis un leadership au sein du SNU au-delà de son mandat. Le positionnement sur l'humanitaire et le changement de structure managériale a augmenté considérablement les ressources humaines du BP et sa participation à la nouvelle architecture de One-UN à Haïti. Dans le même temps, la réorientation de la stratégie des NU à Haïti du maintien de la paix à une mission plus politique visant la stabilité et la justice a été saisie par l'UNFPA pour élargir sa dynamique. Le plan One-UN pour Haïti comporte les 4 composantes et les outputs de l'UNFPA. Le leadership qui s'est traduit par des présidences ou co-présidences de groupes de travail, avec des contributions programmatiques (résilience) et techniques, notamment auprès des ministères. Le renforcement du rôle de l'UNFPA dans le SNU l'a amené à avoir le lead également sur les services sociaux de base et la politique nationale de protection sociale. Ce leadership a été renforcé par le rôle moteur du BP pour définir une stratégie de réponse au Covid-19 qui a mobilisé une forte collaboration interagence. Des synergies ont été imposées lors de la conception des projets conjoints et ont été maintenues pendant leur mise en œuvre.**

### *CJ 8.1 : Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail et à des initiatives conjointes du SNU*

Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail et à des initiatives conjointes du SNU, en application de son mandat et des opportunités pour mieux atteindre les résultats de la stratégie pays. Il s'est impliqué aux différents niveaux de la coordination des agences pour contribuer à matérialiser l'objectif de « one UN », avec ses différentes strates d'autorité et de compétences. Le BP est présent dans les groupes de travail thématiques (services sociaux de base, genre) et technique (Monitoring et évaluation). Il a progressivement assuré le leadership de groupes au-delà de son mandat (co-présidence avec l'UNICEF du groupe services sociaux, présidence du groupe genre), dans une logique d'approche intégrée de la protection sociale. Ces initiatives ont été permises par des repositionnements stratégiques successives qui ont à la fois augmenté les ressources humaines et financières disponibles (approche humanitaire) et renouveler la structure managériale du BP avec une vision dynamique de la mise en œuvre de l'approche One-UN. Le BP s'est mobilisé pour participer aux groupes de travail et y prendre des responsabilités au niveau des orientations stratégiques du SNU à Haïti et au niveau technique. Il a notamment redynamisé le groupe VBG et en assure le lead avec l'accord de l'OMS.

Le BP a démontré une forte capacité à s'adapter aux repositionnements stratégiques et a en tirer profit pour l'atteinte de ses objectifs. Il a été moteur dans la réflexion sur la résilience pour établir un lien entre humanitaire et développement, approche partagée avec les autres agences et adoptée. De la même manière il a eu un rôle moteur pour définir la stratégie des agences à Haïti pour s'adapter au Covid-19, notamment au niveau d'un UN Core group consacré à la réflexion Covid/humanitaire pour assurer la continuité des services SSM/PF.

Le changement managérial de 2018 a induit un investissement important dans le dialogue et la collaboration inter-agences, avec la multiplication des opportunités proposées aux autres agences pour intégrer l'UNFPA dans des projets ou des activités conjoints. Cette coordination renforcée a non seulement favorisé la mise en place de projets conjoints sur financement extérieur comme Spotlight ou SSIAF mais elle a impacté l'efficacité et la crédibilité du dispositif UN avec le gouvernement et les autres partenaires d'exécution. Elle se poursuit pour leur mise en œuvre à la fois au niveau du projet (comités de pilotage) ou des départements (tables sectorielles).

### *CJ 8.2 : Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies entre les agences du SNU*

Le processus d'élaboration du CDD, le cadre stratégique intégré des NU pour Haïti, est à parts égales diplomatique et technique. Il laisse assez peu de marge de manœuvre aux agences comme l'UNFPA pour sortir du cadre des concertations au sein du système puis avec le Ministère du Plan et les départements. A ce titre, le BP a assumé pleinement ses responsabilités en termes de proposition technique pour les domaines définis par son mandat.

Le mandat et les priorités de l'UNFPA sont entièrement reflétées dans le CDD. Les chiffres-clés pour l'action de l'UNFPA sont repris dans le CDD dans le chapitre consacré au contexte. Deux des priorités de l'UNFPA sont reprises comme des dimensions transversales du CDD (égalité des genres, population et développement). Les priorités issues du mandat de l'UNFPA sont reprises dans les fiches d'action, avec les indicateurs correspondants.

Des synergies ont été imposées lors de la conception des projets et ont été maintenues pendant leur mise en œuvre. Dans le contexte d'Haïti, avec un niveau de besoins sociaux et humanitaires croissants, les agences ne peuvent que se tourner sur des financements extérieurs pour apporter une réponse significative, en particulier dans le domaine de la santé. Les projets conjoints se sont imposés comme une approche plus convaincante pour attirer ces financements que l'approche silo induite par les mandats respectifs des agences du SNU. Les synergies ont donc été recherchées dès la conception des projets et sont donc inhérentes à leur mise en œuvre, du moins en principe. Les retours de terrain font valoir des exemples de synergies et de collaboration (logistique, appels d'offres, complémentarités au niveau des centres de santé appuyés) mais aussi quoiqu'heureusement plus rarement quelques situations où l'action conjointe a eu plus de mal à s'imposer.

## ▪ 6 Conclusions

La conclusion générale de l'évaluation est que le bureau de pays a renouvelé sa stratégie pour faire émerger le maximum d'opportunités pour atteindre ses objectifs et déployé une grande énergie pour compenser les très nombreux obstacles liés à une période particulièrement troublée en Haïti. Les nouvelles ressources qui ont été affecté par le siège ont été pleinement utilisées dans une approche cohérente et ouverte, notamment en développant des nouveaux domaines critiques à long terme mais pour lesquels il y a peu de résultats à attendre à court terme.

Pour autant, dans le contexte haïtien de crises politiques, sécuritaires et humanitaires, de grandes faiblesses institutionnelles et de moyens de l'administration centrale comme déconcentrée, les résultats atteints sur la période sous revue par ces initiatives et cette énergie n'ont pas nécessairement correspondu aux objectifs envisagés avant la dégradation du contexte d'intervention. L'évaluation du programme pays étant basé par principe de méthode sur l'atteinte des résultats programmatiques, elle ne reflète que partiellement les acquis et les bénéficies pour les haïtiens des ressources mobilisées par l'UNFPA et ses partenaires.

### ▪ 6.1.1 Santé de la reproduction

**Les appuis de l'UNFPA aux SONU ont permis de prévenir la dégradation des soins maternels et néonatals malgré les crises multiformes de la période.** Le BP a fait preuve de flexibilité et d'imagination pour maintenir l'approvisionnement des SONU à un niveau minimal. Les ruptures de stocks et les pénuries d'énergie ont été minimisées. La gratuité a été maintenue. En revanche, il y a eu peu de progrès sur la conformité des soins aux protocoles du MSPP. Des fonctions critiques sont restées indisponibles, limitant le nombre de SONU fonctionnels. Ces chocs à répétition n'avaient naturellement pas été anticipés dans la détermination des cibles du 6ème programme. Les patientes se plaignent du niveau de service dans les SONU, même ceux appuyés par l'UNFPA.

**Les effets de levier espérés de l'amélioration de la politique, des performances et du budget du MSPP ont été moindres que prévu.** Les directions départementales ont subi l'incapacité de l'administration centrale à leur fournir les moyens d'une amélioration sensible de la SSR au niveau des SONU. La pénurie de personnel a perduré ainsi que le maintien de niveaux de salaire bas aggravé par des retards de paiement qui minent la motivation des soignants et favorisent des pratiques contraires à la gratuité des soins, donc à l'objectif de l'UNFPA de ne laisser personne à l'écart. Les locaux et les équipements continuent à se dégrader.

**La stratégie de développement de la présence des sage-femmes dans les SONU a fait ses preuves là où elle peut être mise en place. Elles font le lien entre le personnel médical et les matrones. Elles sont cependant trop peu nombreuses et il est difficile de les maintenir en poste dans les SONU, même appuyés par l'UNFPA.** Le nombre de diplômés qui sortent chaque année de l'ISFSF est très inférieur aux besoins des structures de santé du pays. Il y a un déficit de sage-femmes à tous les niveaux, y compris dans les structures privées ou gérées par des ONG internationales. Il est difficile de les attirer dans des structures publiques mal équipées, éloignées de Port-au-Prince, avec des niveaux de salaire qui sont fixés par la grille des rémunérations du service public. Quand elles découvrent que ces salaires sont payés par le comptable public avec des retards importants, sont accompagnés de conditions de travail et de logement difficiles et des horaires à rallonge, peu restent. Le défi de l'attractivité des SONU pour de jeunes professionnelles reste à résoudre.

**Les cliniques mobiles sont un bon moyen pour atteindre les femmes et les filles en zone rurale, donc la majorité de la population. Les SONU n'ont pas rayonné aussi loin qu'auparavant du fait de l'insécurité, du blocage des transports et des restrictions liées au Covid-19. Le nombre de cliniques mobiles organisées avec l'appui de l'UNFPA n'a pas été réévalué et est resté très en-deçà de ce qui aurait été nécessaire pour traduire concrètement le principe de ne laisser personne à l'écart.** Les cliniques mobiles ont démontré leur efficacité en termes de nombre de nouveau bénéficiaires. Le nombre de ces initiatives a augmenté sur la période mais ne s'est pas pour autant ajusté à l'accroissement des besoins lié aux obstacles multiples pour les femmes à aller au SONU le plus proche. Dans cette période troublée, il était nécessaire que les soins aillent aux femmes cantonnées dans les zones rurales plutôt que l'inverse.

**Dans la mise en œuvre de sa stratégie en santé reproductive l'UNFPA n'a pas ciblé de manière spécifique les plus fortes concentrations de groupes vulnérables ou fragilisés précédemment sans accès aux services de santé.** Globalement tous les départements ciblés par l'UNFPA ont de fortes concentrations de groupes vulnérables qui ont été fragilisés en 2016 par le cyclone Mathew notamment la Grand-Anse, le Sud, les Nippes et le Sud-Est. Cependant, l'évaluation n'a pas révélé de manière spécifique, l'existence d'une stratégie différenciée d'accès à ces groupes vulnérables. L'UNFPA s'appuie principalement sur les cliniques mobiles pour atteindre tous les groupes vulnérables privés d'accès aux services de santé. C'est avec les cliniques mobiles et les visites domiciliaires que les institutions arrivent à toucher les plus pauvres, les handicapés et les autres personnes vulnérables dans les zones les plus reculées. L'UNFPA assure le soutien et le financement des cliniques mobiles. Elle travaille avec de nombreux partenaires différents pour soutenir cette activité.

**Un effort a été fait pour introduire dans le pays les réhabilitations de fistule obstétricale. Il est vrai que les résultats sont encore inférieurs aux besoins et à la cible du 6ème programme mais c'est un bon début.** L'UNFPA doit continuer à travailler avec les partenaires afin de déployer de nouvelles unités. Les principaux obstacles ce sont les ressources disponibles et la difficulté à identifier et à faire venir les malades.

### ▪ 6.1.2. Planification familiale

**L'UNFPA a un leadership reconnu par tous sur la SSR.** Cela lui confère des opportunités pour faire avancer une stratégie complète et inclusive au niveau des directions départementales. Pour autant, les facteurs limitants structurels sont tellement nombreux au sein de l'administration et la conjoncture a été tellement difficile pendant le 6ème programme, que ce leadership n'a pas abouti à des résultats déterminants s'il n'était pas relayé par des projets sur financement extérieur. Les ressources de l'UNFPA seule sont clairement insuffisantes pour opérationnaliser la stratégie du 6ème programme.

**Le nombre de nouveaux utilisateurs augmente au rythme espéré par le 6ème programme. Les cliniques mobiles et les initiatives communautaires ont démontré leur efficacité pour poursuivre la dynamique des centres de santé.** Toutes les institutions visitées sont unanimes à reconnaitre que l'UNFPA est le partenaire par excellence en termes de planification familiale. Le leadership de l'UNFPA a joué un rôle prépondérant dans la politique de PF, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle de qualité. En plus de fournir les intrants, l'UNFPA appuie la formation des prestataires, les campagnes de sensibilisation incluant les cliniques mobiles et la mise en place des protocoles. Haïti est le seul pays de la région avec une offre en méthodes contraceptives aussi complète et gratuite. L'UNFPA est responsable de 75% de cette offre.

L'UNFPA offre un accompagnement adapté aux besoins des institutions pour mener les campagnes d'information au sein des communautés. Ces campagnes constituent l'approche du dernier Km de l'UNFPA pour atteindre les groupes les plus vulnérables, particulièrement les adolescents, les jeunes et les plus

pauvres dans les zones les plus reculées du pays. L'UNFPA offre un accompagnement adapté aux besoins des institutions pour mener les campagnes d'information au sein des communautés. Ces campagnes constituent l'approche du dernier Km de l'UNFPA pour atteindre les groupes les plus vulnérables, particulièrement les adolescents, les jeunes et les plus pauvres dans les zones les plus reculées du pays.

**L'UNFPA démontré une grande réactivité et flexibilité pour ajuster son dispositif de stockage et de livraison des intrants mais n'a pas pu éviter l'augmentation des ruptures de stock pendant le 6ème programme.** La succession des crises a perturbé la chaine logistique nationale au-delà de la capacité du BP a pré-positionner les approvisionnements. Pendant la période, l'UNFPA a été réactive pour résoudre les problèmes de stockage posés par l'insolvabilité du MSPP, puis de distribution au travers du réseau des pharmaciens publics qui ont bénéficié de formations.

**Les méthodes contraceptives de longue durée se diffusent lentement dans la population.** Le nombre de points de service qui les proposent augmente, même en-deçà des objectifs de l'UNFPA. La disponibilité des intrants ne résout pas les problèmes de réticence des soignants et des patient(e)s.

### ▪ 6.1.3 Adolescents et Jeunes

**Le plaidoyer et l'appui technique de l'UNFPA aux ministères (MJSAC, MENFP, MSPP) n'ont pas abouti au renouvellement des politiques publiques pour les jeunes et les adolescents.** Aucun des trois ministères impliqués dans la gestion publique des jeunes et des adolescents n'a montré beaucoup d'intérêt pour renouveler son approche. La question des jeunes et des adolescents en Haïti est culturellement et politiquement sensible. Il est difficile d'ouvrir des espaces de dialogue de politique sur l'éducation sexuelle et la SSR/PF des adolescentes alors même que les grossesses précoces, les VBG, etc. ne sont pas niées. Le gouvernement ne fait pas encore le lien avec ces problèmes et le mandat de l'UNFPA.

**Les activités de l'UNFPA pour les jeunes et les adolescent(e)s ne découlent pas encore d'une stratégie cohérente. Elles sont dispersées, ayant émergées d'un mélange de partenariats engagés précédemment et d'opportunités nouvelles.** Dans le but de s'adapter aux contraintes et à l'instabilité des institutions publiques, l'UNFPA a centré ses interventions auprès des institutions non gouvernementales (notamment des ONG, HAGN et FOSREF, GHESKIO, Fanm Deside) pour adresser les besoins spécifiques des jeunes vulnérables dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et le développement personnel. Les plateformes d'organisations de jeunesse ont été appuyées sur des thèmes plus larges (leadership, dividende démographique) et sur la diffusion des messages SSR/PF. Les résultats obtenus par l'UNFPA ont été maigres. Ils ont été affectés par l'instabilité sociopolitique, l'insécurité et la pandémie du coronavirus en Haïti.

**Les SONU appuyés par l'UNFPA ne se sont pas imposés comme des vecteurs d'amélioration de l'accès SR/PF des adolescentes**. Ils n'ont pas développé une approche spécifique. Les adolescentes y ont retrouvé l'approche stigmatisante à laquelle elles font face dans le reste de la société haïtienne.

**L'UNFPA n'a pas obtenu de résultat pour le développement d'une éducation sexuelle complète** qui reste la dimension première de l'accès des jeunes à la maîtrise de leur sexualité.

### ▪ 6.1.4 Population et développement

**L'instabilité de la période n'a pas permis la réalisation du Ve RGPH. L'appui de l'UNFPA a continué à consolider la préparation de l'opération. Il a également assuré un financement pour la future**

**diffusion des informations collectées.** Les phases de dénombrement et de post-dénombrement (traitement, analyse et diffusion) du recensement n'ont pas pu être lancées, en dépit du fait que toutes les activités de la phase pré-collecte sont déjà réalisées. L'incapacité de conduire les deux dernières étapes du projet de recensement est due à l'instabilité sociopolitique (pays locked), la croissance des actes de banditisme (kidnapping, exécution sommaire) et les instructions imposées par les autorités nationales pour faire face à la propagation du coronavirus.

**Avec les contributions de l'UNFPA, le gouvernement haïtien et ses partenaires ne sont pas parvenus à mettre en place un système intégré de données nécessaires à la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques publiques nationales.** Les contributions de l'UNFPA au gouvernement haïtien n'ont pas été suffisantes pour mettre en place un système intégré de données devant orienter les cycles d'implémentation des politiques publiques nationales en matière de population et développement. L'UNFPA a seulement initié une série d'activités préparatoires en vue de renforcer le système statistique nationale à travers des actions axées sur la gouvernance, le renforcement de capacité, l'amélioration de la quantité et de la qualité de la production de statistique et la promotion de la culture et de l'utilisation des données statistiques.

**L'UNFPA a obtenu des résultats satisfaisants en matière de renforcement des capacités nationales en matière d'intégration de la dynamique démographique, la santé sexuelle et reproductive et l'égalité de genre dans les politiques sectorielles d'Haïti.** L'UNFPA a fourni au gouvernement haïtien des appuis financiers et techniques ayant permis la production de document de suivi des progrès nationaux en relation avec le Consensus de Montevideo et la CIPD25, la réalisation d'une mission en Afrique sur la capture du dividende démographique, la participation à des conférences latino-américaines et caribéennes sur les progrès et les défis nationaux en matière de population et développement.

- ### 6.1.5 Egalité des sexes et droits de la procréation

**Les progrès liés à l'égalité des sexes et à la lutte contre les VBG ont été limités par le manque de leadership de cette structure dans la mise en œuvre de ses politiques publiques.** L'ensemble des actions mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre les VBG (que ce soit dans le domaine humanitaire, la prise en charge médicale, l'élaboration de normes, la redynamisation de la Concertation Nationale contre les violences faites aux femmes et aux filles, le renforcement des structures départementales) ont souffert de la faible proactivité du MCFDF. Sa présence n'a pas permis de hiérarchiser les actions à mettre en œuvre, les orienter, les questionner et les évaluer au fur et à mesure des résultats dans le respect des politiques publiques en matière de genre.

Toutefois le dynamisme du MCFDF, en regard de son mandat, reste une condition indispensable pour atteindre les objectifs prévus.

**Les stratégies de l'UNPFA ont permis la prise de conscience et l'amélioration des mesures de la prévention contre les VBG mais les mécanismes de protection et de prise en charge médicale méritent d'être renforcés.** Des avancées sont constatées au niveau des activités de prévention et de prise de conscience de la VBG mais les mesures prises pour la protection et la prise en charge médicale des victimes méritent d'être renforcées. Les structures sanitaires accompagnés par l'UNFPA n'ont pas encore complètement incorporé la prise en charge médicale et psychologique comme intégrés aux services fournis. Le système de collectes de données du BP sur les cas de violences prises en charge mérite d'être amélioré. Les conclusions du diagnostic en vue de la mise en place des 24 guichets uniques de prises en charge sont confrontés aux réserves du MSPP qui n'a été impliqué dès le démarrage de l'étude.

## o 6.2 Conclusions stratégiques

***CONCLUSION 1 (C1)***

Le 6ème programme a répondu à des besoins prioritaires pour les femmes et les filles qui n'ont accès à la SSR et la PF qu'au travers des structures publiques de santé ou des ONG, donc les groupes socioéconomiques peu aisés. Il est par construction aligné sur les politiques du MSPP et en appuie sur le terrain la mise en œuvre dans 40 des 87 SONU du pays, ainsi que des normes et protocoles dans la définition desquels l'UNFPA s'est montré influente. Dans le même temps, l'UNFPA ouvre de nouveaux chantiers que la situation des femmes en Haïti requiert de manière urgente : prise en charge complète des survivantes de VBG et grossesses précoces des adolescentes En revanche, le 6ème programme ne donne pas la place qu'elle mérite à l'amélioration des stratégies publiques pour des thèmes tout aussi cruciaux mais politiquement et culturellement sensibles comme l'éducation sexuelle complète des adolescents et leur accès à l'avortement.

- Origine : QE1, QE2, QE5
- Recommandation(s) associée(s) : R1

***CONCLUSION 2 (C2)***

La grande majorité des actions de plaidoyer et d'appui technique auprès des ministères n'ont pas atteints la cible que se donnait le 6ème programme, en accord avec le gouvernement. Il n'y a pas eu d'avancée majeure des politiques et stratégies pour les domaines couverts par le mandat de l'UNFPA. Quelques acquis normatifs (protocoles) ont cependant continué à faire progresser la situation des femmes et des filles. La période de mise en œuvre du 6ème programme a été bousculée par des mouvements sociaux longs et paralysants pour l'ensemble du pays, avec une résurgence de l'insécurité. L'instabilité politique a perturbé des circuits de décision déjà fragiles. La mobilisation contre la pandémie du Covid-19 et les restrictions de déplacement ont fini de détourner les ministères des priorités en matière de SSR, PF, VBG, VIH et P&D. Le blocage au niveau de la DSF de l'adoption de la stratégie des guichets uniques de prise en charge des victimes de VBG est emblématique du fonctionnement des ministères pendant cette période.

- Origine : QE1, QE2, QE3, QE4, QE5
- Recommandation(s) associée(s) : R2

***CONCLUSION 3 (C3)***

Le mandat de l'UNFPA l'installe dans une relation de dépendance vis-à-vis des ministères pour sa programmation et les effets de levier qui sont attendus par le 6ème programme. La capacité du BP à suivre ses résultats et les réalisations de sa stratégie est également très largement liée aux enquêtes pluriannuelles, au recensement et à la remontée des données des structures de santé au niveau national. Même certains produits attendus des activités dépendent dans une plus ou moins grande mesure des ministères, comme par exemple le paiement des frais de stockage, celui des salaires du personnel dans les SONU, y compris les sages-femmes, ou encore la budgétisation des activités des directions départementales, chevilles ouvrières de toutes les stratégies d'accessibilité de l'UNFPA.

Les administrations centrales ont démontré pendant le 6ème programme qu'elles étaient peu fonctionnelles, insuffisamment exposées aux bonnes pratiques internationales, et peu tenues par les engagements pris au niveau international. Le manque de renouvellement des hauts fonctionnaires, leurs profils et la faiblesse de l'autorité hiérarchique, toutes caractéristiques hors de portée de l'UNFPA, en

font des partenaires difficiles pour faire évoluer les stratégies nationales et donc obtenir les effets de leviers sous-jacents aux cibles des indicateurs de réalisation ou d'effet.

- Origine : QE1, QE2, QE3, QE4, QE5
- Recommandation(s) associée(s) : R2

***CONCLUSION 4 (C4)***

Les ONG partenaires de l'UNFPA en SSR/PF sont généralement soutenues depuis plusieurs programmes. Ils continuent à mettre en œuvre leurs activités sans inflexions majeures requises par l'UNFPA. Les produits de leurs activités sont comptabilisés dans les cibles correspondantes. Le BP a eu du mal à renouveler ses partenariats pour les domaines (égalité des genre, VBG, adolescents, fistules obstétricales) pour lesquels le 6ème programme marquait une évolution stratégique ou une augmentation significative de l'ambition de l'UNFPA. Le nombre des ONG capables de répondre aux prérequis de la sélection par l'UNFPA est réduit, certains territoires ou thématiques sont des chasses gardées et la mise en place d'un nouveau partenariat est un processus lent et consommateur d'énergie pour le BP. Dans ces nouveaux domaines, le 6ème programme sera sans doute une période de transition avant de mettre en place des réseaux et des modalités d'appui appropriés.

- Origine : QE2, QE3, QE4, QE5
- Recommandation(s) associée(s) : Rx

***CONCLUSION 5 (C5)***

L'approche intégrée SSR/PF/VGB/VIH/jeunes avec les directions départementales et les SONU ne permet pas de développer suffisamment des stratégies spécifiques ou de mettre en avant une évolution dans la prestation d'un de ces services. Confier par exemple aux SONU la PF des adolescentes les expose à la stigmatisation. De la même manière pour les VBG, voir les DMU en situation d'urgence. Les SONU n'ont ni les moyens ni la vocation à être des structures multifonctionnelles alliant soins, éducation et travail social. Ils n'ont d'ailleurs déjà pas assez de ressources humaines et financières pour assurer correctement leur mission première, et leur motivation pour le travail social ne va pas de soi et est contrainte par des salaires minimes payés irrégulièrement, des conditions de travail difficiles et des horaires à rallonge. L'ancrage institutionnel de l'UNFPA est par ailleurs trop mince et trop personnalisé avec un nombre restreint de partenaires. La pérennité des acquis en est fragilisée.

- Origine : QE5, QE6, QE7, QE8
- Recommandation(s) associée(s) : R3

***CONCLUSION 6 (C6)***

Les domaines du mandat de l'UNFPA sont en train de remonter dans les priorités des bailleurs de fonds internationaux. De la même manière, les difficultés sociales et politiques d'Haïti pendant la période du 6ème programme pourront difficilement être résolues en interne. Concrètement, la dégradation de l'accès des femmes et des filles à la SSR, la PF et de la prise en charge complète des victimes de VBG ne pourra être compensée que par des apports importants de ressources extérieures. L'UNFPA a démontré sa capacité à gérer ses activités, même dans un contexte marqué par des crises successives de nature différentes. Les ONG ne constituent pas une alternative viable pour un défi de cette ampleur. Il est probable que le BP soit dans un futur proche face à l'opportunité et au défi de changer l'échelle de ses activités. La décennie internationale des personnes d'ascendance africaine est une des opportunités dans laquelle l'UNFPA en Haïti doit s'inscrire.

- Origine : QE1, QE7, QE8
- Recommandation(s) associée(s) : R4

# ▪ 7 Recommandations

## ○ 7.1 Recommandations stratégiques

Les recommandations ont été conçues dans la perspective de l'élaboration du programme-pays du 7ème programme.

***Recommandation 1 (R1)***

**Augmenter la priorité donnée à l'autonomisation des adolescentes et leur capacité à être pleinement responsables de leur santé sexuelle et reproductive**

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : C1

Cette recommandation de l'évaluation du 5ème programme doit encore être la priorité de l'UNFPA en Haïti pour le 7ème programme. Les activités engagées avec le 6ème programme sont désarticulées et n'ont pas été déterminantes. L'UNFPA doit élaborer une stratégie cohérente et proportionnée aux enjeux. Elle doit dans le même temps s'engager plus visiblement et volontairement sur des thèmes culturellement et politiquement sensibles, en particulier l'éducation sexuelle complète, l'accès à la PF et à l'avortement des adolescent(e)s, la lutte contre la VBG et la pédophilie.

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 ;
- Référencer pour les méthodes long-terme et la SR ;
- Prendre en charge financièrement les complications 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 mais cette approche doit prendre en compte les aspects de stigmatisation dont sont victimes les jeunes et adolescents quand ils vont dans les SONU. Elle consistera à :

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

L'atteinte de ce résultat implique avant tout de renouveler l'ingénierie programmatique interne de l'UNFPA pour l'adapter aux réalités et adopter des approches intégrées du dividende démographique et de la santé de la femme. Le mandat doit continuer à définir les objectifs mais il faut se rapprocher de la protection sociale ou le développement de la jeunesse pour les atteindre, au-delà du renforcement des collaborations interagences. Il faut par ailleurs et en priorité identifier de nouveaux partenaires qui peuvent intégrer ces nouvelles approches. Une intensification du plaidoyer auprès du MJSAC, du MENFP et du MSPP et la

mise en place d'un curriculum spécifique pour les soignants des SONU et des points PF doivent également être entrepris.

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 ajouté 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.

***Recommandation 2 (R2)***

**Appuyer les administrations centrales (MSPP, MCFDF, MJSAC, MENFP) pour qu'elles donnent aux directions départementales des exemptions pour mobiliser les ressources humaines et financières proportionnées à l'ampleur du défi du taux de mortalité maternelle, des besoins de PF non satisfaits et l'accès à la SSR dans les zones reculées.**

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA, Partenaires techniques et financiers, Primature
- Origine : C2, C3

Les contraintes de l'administration publique en Haïti sont un facteur indépassable de blocage de la stratégie de l'UNFPA. La grille des salaires, leur règlement par le comptable public, le budget public d'investissement, le budget de fonctionnement sont en principe garants de l'équité et de la transparence au niveau national. En Haïti, l'instabilité politique, la pénurie budgétaire, les dysfonctionnements de l'administration centrale sont cependant responsables d'un taux de mortalité maternelle inacceptable et de l'exclusion des moins aisés de la SSR et la PF. L'UNFPA peut soit changer de stratégie, soit convaincre le gouvernement d'ouvrir des espaces de liberté, d'initiative et de flexibilité au niveau des administration déconcentrées.

L'UNFPA sera alors en mesure de mobiliser les partenaires techniques et financiers pour, dans le cadre de projets conjoints, remettre à niveau les SONU B en priorité, et plus tard les SONU C, mieux rémunérer le personnel soignant et en particulier les sage-femmes, améliorer la logistique de l'approvisionnement en constituant des stocks tampons aux différents niveaux et renforcer le suivi des résultats et la redevabilité des structures de santé.

***Recommandation 3 (R3)***

**Identifier et renforcer de nouveaux partenaires spécialisés qui complètent les SONU pour qu'ils pilotent les stratégies innovantes de l'UNFPA, que ce soit le développement de stratégies intégrées (protection sociale, dividende démographique) ou des stratégies spécifiques à un groupe (adolescentes, communautés enclavées, survivantes, personnes handicapées…) ou à une activité (fistule obstétricale, prise en charge psychologique…).**

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA, PE
- Origine : C5

Les SONU remis à niveau doivent rester au cœur du dispositif de SSR/PF, au même titre que les directions départementales. Comme ces dernières au niveau du département, les SONU devraient intégrer une fonction de coordination au niveau local des actions combinées des partenaires spécialisés sélectionnés, appuyés et suivis par l'UNFPA. A leur niveau, les partenaires d'exécution doivent principalement être mobilisés pour

des cliniques mobiles ou des initiatives communales ou communautaires pour donner une inflexion forte à la stratégie de l'UNFPA vers ceux qui sont actuellement laissés à l'écart.

En parallèle, le prochain programme doit poser les bases de nouvelles approches intégrées sur les deux piliers de l'UNFPA à Haïti : le dividende démographique et la santé de la femme. Le BP doit définir une approche plus ambitieuse qui se positionne sur les causes profondes de la mortalité maternelle et la marginalisation de l'apport de la jeunesse à la fabrique du pays au travers non seulement de la collaboration inter-agences mais d'un repositionnement et d'un élargissement du champ d'action de l'UNFPA. Cette évolution implique également un dialogue plus ouvert et plus exigeant sur les politiques sectorielles et le cadre législatif et règlementaire quand il impose des limitations aux attentes légitimes des femmes et des jeunes.

***Recommandation 4 (R4)***

**Appuyer la remise à niveau des SONU et l'extension aux délaissés de l'accès à la SSR/PF financés par les partenaires techniques et financiers dans le cadre de projets conjoints et exploitant les opportunités de la décennie internationale des personnes d'ascendance africaine et des ressources domestiques d'Haïti.**

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : C6

Le 7ème programme devrait être l'occasion pour l'UNFPA d'atteindre une masse critique pour réduire le taux de mortalité maternelle et généraliser l'accès de tous aux méthodes modernes de contraception. Sur la base d'une stratégie préparée et opérationnalisée pendant la dernière année du 6ème programme, l'UNFPA serait en mesure de drainer des ressources extérieures, humaines (afro-descendants) et financières à la hauteur du défi de la remise à niveau des SONU et l'accès des délaissés à leurs droits pour chacun des domaines couverts par le mandat. Il devrait également s'engager dans une démarche de mobilisation des ressources financières domestiques.

L'UNFPA et le MSPP devraient élaborer un plan de remise à niveau des locaux et des équipements des SONU au niveau national et chercher sur cette base un financement extérieur proportionné. Le niveau de dégradation des locaux et des équipements qu'a atteint les SONU par défaut d'entretien ne pourra être compensé par des actions isolées de l'UNFPA. Le volume de ressources nécessaires aux réparations demande à être calculé mais il est certainement supérieur à ce que peut mobiliser seul l'UNFPA. Il serait justifié d'appuyer le MSPP pour préparer un plan national de remise à niveau et d'utiliser le crédit de l'UNFPA auprès des PTF pour organiser une table ronde et réunir les ressources nécessaires.

## ○ 7.2 Recommandations opérationnelles

### ▪ 7.2.1 Santé maternelle et néonatale

**Recommandation SR1**

Poursuivre l'appui à l'ISFSF et à la création des deux antennes régionales qui contribueront à augmenter la possibilité d'avoir des sage-femmes dans les SONU. La taille du déficit devrait cependant encourager l'UNFPA, le MSPP et les autres parties prenantes de la profession à susciter des partenariats avec des établissements privés de formation. Il faudrait également orienter les formations vers un suivi de l'application des connaissances et techniques transférées.

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA, MSPP, ISFSF, Association SF
- Origine : QE2

Les antennes régionales sont sans doute une partie de la solution mais leur création est espérée depuis des années sans déboucher. L'UNFPA devrait faire évoluer sa stratégie pour intégrer des instituts de formation privées en appuyant le MSPP pour passer des contrats avec des obligations au niveau du curriculum et des conditions de formation, sans doute dans le cadre d'un partenariat avec l'ISFSF. Maintenant que les bases légales existent et qu'une association professionnelle peut contrôler l'exercice de cette profession, il faut mobiliser l'énergie du secteur privé pour satisfaire la demande des ONG internationales, des établissements privés de santé et, pour les jeunes professionnelles, des centres publics de santé.

Il est nécessaire de poursuivre les formations mais pour les transformer en réel renforcement des capacités et en changement des pratiques, il faudrait mettre en place un suivi et un contrôle de leur bonne application dans l'environnement de travail. Le BP devrait identifier le dispositif à mettre en place et le généraliser après l'avoir tester dans 3-4 SONU (publics et privés).

| **Recommandation SR2** |
|---|
| Améliorer et sécuriser l'approvisionnement des médicaments avec des réponses différenciées en fonction de la gravité des désordres qui affectent la chaine logistique et recourir plus largement aux cliniques mobiles et aux initiatives communales et communautaires pour élargir l'accès à la SSR à ceux qui sont délaissés du fait de l'éloignement ou des crises. |

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA et MSPP
- Origine : QE2

Les dispositifs de stockage et de distribution se sont adaptés aux crises des dernières années. Le BP gagnerait à capitaliser sur ces acquis et à les consolider en faisant appel à un logisticien pour éviter que les ruptures de stocks n'affectent à l'avenir les SONU. Dans le contexte d'Haïti, le pré-positionnement a fait ses preuves mais les modalités et les ressources pour sécuriser les stocks et leur utilisation devraient être consolidées. Le pré-positionnement accélèrerait la mise à disposition des médicaments dans les situations de crise humanitaire.

Ce ne sont pas tous les services de santé de la reproduction qui arrivent dans les zones les plus reculées ou difficiles d'accès du pays comme Anse-à-Pitre dans les Sud-Est, les Irois dans la Grand-Anse ou Mole Saint Nicolas dans le Nord-Ouest. Considérant la devise de l'UNFPA qui est de ne laisser personne derrière, ces zones doivent avoir une considération spéciale en multipliant les recours aux cliniques mobiles et aux initiatives communales ou communautaires.

### ▪ 7.2.2 Planification familiale

| **Recommandation PF1** |
|---|
| Améliorer le système de distribution des intrants PF |

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA et MSPP
- Origine : QE2

Les dispositifs de stockage et de distribution se sont adaptés aux crises des dernières années. Le BP gagnerait à capitaliser sur ces acquis et à les consolider en faisant appel à un logisticien pour éviter que les ruptures de stocks n'affectent à l'avenir les points de service. Dans le contexte d'Haïti, le pré-positionnement a fait ses preuves mais les modalités et les ressources pour sécuriser les stocks et leur utilisation devraient être consolidées. Le pré-positionnement accélèrerait la mise à disposition des intrants dans les situations de crise humanitaire.

***Recommandation PF2***

Poursuivre le plaidoyer et l'appui technique auprès du MSPP pour que les textes sur les normes et protocoles de PF soient adoptés et mis en œuvre et en parallèle analyser quelles sont les réticences du personnel des SONU vis-à-vis des méthodes modernes de longue durée et développer en conséquence des actions de sensibilisation.

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : UNFP, MSPP
- Origine : QE2

Les normes et les protocoles sont des outils d'harmonisation important pour tous les partenaires d'exécution de l'UNFPA, ainsi que pour être en mesure de contrôler la qualité des prestations de PF. Le démarche du BP devrait continuer à privilégier la concertation et à faire avancer dans la pratique la démarche axées sur les droits humains.

Le personnel des SONU sont réticents à dédier le temps nécessaire à l'installation des méthodes de longues durées. Il y a sans doute d'autres facteurs interne à l'organisation des SONU qui contribue à la faible diffusion de ces méthodes. L'UNFPA devrait les analyser et définir un plan d'action pour réduire ces obstacles à l'accès des femmes et des filles à des méthodes qui ont fait leurs preuves.

### 7.2.3 Adolescents et Jeunes

Recommandation AJ1

Poursuivre son plaidoyer pour le renouvellement des politiques publiques en développant des évènements et des concertations conjointes aux trois ministères sur la base d'une une théorie du changement mieux adaptée aux blocages culturels et politiques d'Haïti sur la question SSR/PF pour les adolescentes et les jeunes.

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA
- Origine : AJ1

Il est très probable que des plaidoyers individualisés avec chaque ministère ne puissent pas bousculer l'inertie culturelle et corporative des travailleurs sociaux, des médecins et du corps enseignant. La visibilité de ces initiatives individuelles resterait limitée pour les médias nationaux qu'il faut mobiliser pour augmenter la priorité de la SSR/PF des jeunes et adolescents.

La population et les décideurs en Haïti vivent les paradoxes d'une société connectée et dynamique engoncée dans des inerties du sous-développement et du patriarcat. Le BP n'est pas outillé pour décrypter cette complexité, pour en être imprégné. Il serait opportun de recourir à des expertises internationales pluridisciplinaires pour établir un diagnostic opérationnel animer une concertation largement médiatisée

pour non seulement définir une stratégie cohérente mais également participer à ouvrir de nouveaux espaces de dialogue de politique. Les plateformes d'organisations de la jeunesse gagneraient à y être associées.

| Recommandation AJ2 |
| --- |
| Tout en maintenant le contact établi avec le MJSAC, l'UNFPA devrait porter l'effort sur la promotion d'une éducation sexuelle complète dans le système scolaire. |

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA, MENFP
- Origine : AJ4

Il revient à l'UNFPA de démontrer que le curriculum et la pédagogie appliqués à l'éducation sexuelle en Haïti non seulement ne sont pas alignés sur les leçons apprises ailleurs mais que cette approche contribue à perpétuer les grossesses précoces et les VBG. Dans ce domaine comme dans les autres de ce pilier, le 7ème programme devrait se concentrer sur la médiatisation du plaidoyer et la mobilisation de l'opinion publique. Les partenariats existants peuvent être maintenus mais ne sauraient contribuer significativement à l'atteinte des objectifs de l'UNFPA.

### ▪ 7.2.4 Population et développement

| Recommandation PD1 |
| --- |
| Poursuivre l'appui à l'IHSI pour que les données du RGPH soient disponibles et mises en perspectives pour la SSR (des adolescentes) et l'égalité FH (grossesses précoces, avortement, VBG) |

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre : IHSI/DSF, UNFPA
- Origine : PD1

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 mettre en concurrence des institutions susceptibles d'assurer un contrôle de qualité sur les productions. Une thématique centrale à développer est l'alimentation d'un plaidoyer SSR/PF/éducation sexuelle pour les adolescentes et pour l'approche par les droits humains.

L'UNFPA devrait engager la mise en œuvre des actions de renforcement de capacité des ministères visant à mettre en place un système intégré de données et mettre en œuvre les engagements pris avec le Consensus de Montevideo et la CIPD25, notamment sur le dividende démographique.

### ▪ 7.2.5 Egalité des sexes et droits de la procréation

| Recommandation ES1 |
| --- |

Redéfinir le partenariat avec le MCFDF tout en appuyant l'autonomisation des structures déconcentrées départementales. Promouvoir des partenariats multiformes pour la prise en charge des survivantes de VBG et renforcer les actions visant l'autonomisation économique des femmes.

- Niveau de priorité : Elevé
- Responsable de la mise en œuvre : BP, MCFDF
- Origine : QE4

Le MCFDF s'est avéré sur la période plus un facteur de blocage et de crispation qu'un outil pour la défense des droits des femmes, essentiellement du fait de jeux politiques qui sont hors du contrôle de l'UNFPA. 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 en vue d'assurer l'autonomisation des structures déconcentrées. L'UNFPA devrait également continuer à soutenir le développement des partenariats multiformes avec différentes organisations, plateformes et d'autres structures étatiques en vue de faciliter la mobilisation de ressources et l'intégration des interventions nécessaires à la promotion de l'égalité des sexes et la lutte contre la violence faite aux femmes. Ainsi des structures autonomes de l'Etat comme l'OPC ou des associations comme la CIPUH (la Cellule d'Intervention Psychothérapeutique d'Urgence d'Haïti) pourraient être associés au mécanisme de prise en charge des survivantes.

Il serait souhaitable d'accompagner le gouvernement haïtien à respecter ces engagements et l'agenda post CIPD. Ce qui sous-entend une attention systématique à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes et une préoccupation vitale pour l'UNFPA de continuer à être cet ardent défenseur et ce soutien pour tous les partenaires, y compris les gouvernements, les ONG, la société civile et en particulier les jeunes organisations féministes émergeantes pour que l'égalité des sexes ait une place centrale. Cela passe nécessairement par le développement d'une approche holistique, culturellement sensible, et sensible au genre et basée sur les droits humains. Celle-ci peut aussi commencer par exemple par la promotion des changements des normes sociales chez les filles ; l'autonomisation économique ; la promotion de l'équilibre entre le triple rôle (rôles reproductifs et productifs, gestion communautaire) selon le genre dans le ménage pour faire progresser l'égalité des sexes aussi bien dans la santé que dans les droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

*Recommandation ES2*

Appuyer la dynamisation d'un observatoire sur les violences basées sur le genre

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

Des actions de plaidoyer devraient être mises en œuvre pour favoriser la mise en place d'un observatoire des violences faites aux femmes pour y apporter des réponses concrètes et construites de manière partenariale. Cette plateforme aurait pour mission de favoriser l'échange entre les générations de féministes, faciliter une meilleure coordination des actions en matière de lutte contre les violences faites aux femmes et permettre l'accès à de données fiables en vue de l'élaboration de politique publiques qui répondent à la complexité des violences basées sur le genre dans le contexte national. Cette structure pourrait travailler au développement et à la diffusion au niveau national d'une connaissance quantitative et qualitative harmonisée des phénomènes de violence basées sur le genre, leur fréquence, leurs caractéristiques, des besoins des victimes et des réponses qui y sont apportées. Elle aurait également pour mission de favorise également la diffusion des bonnes pratiques en matière d'accueil et de prise en charge des femmes victimes de violences.

### ▪ 7.2.6 Crises humanitaires

| Recommandation CH1 |
| --- |
| Améliorer le leadership de l'UNFPA dans la prise en compte du genre en contexte humanitaire à travers le renforcement du sous-groupe VBG et la mise à disposition des données démographiques désagrégées par sexe continuellement mises à jour pour la préparation et la réponse aux crises |

- Niveau de priorité : Normale
- Responsable de la mise en œuvre :
- Origine : QE5

Le sous-secteur VBG a fait ces preuves et a répondu à un besoin dans le domaine à travers entre autres sa capacité de mobilisation de fonds. L'UNFPA devrait continuer à tirer des enseignements et les outils des autres groupes thématiques et se renforcer pour devenir un modèle pour l'exercice de ses responsabilités de coordination à l'échelle départementale et nationale.

Comme dans le 5ème programme, l'une des faiblesses de l'UNFPA réside dans sa faible expertise en matière de traitement de données démographiques pour mieux mesurer et contextualiser ces interventions en matière humanitaire. Ce problème doit être soulevé et des solutions appropriées en vue d'améliorer le positionnement stratégique de l'UNFPA à l'intersection de la santé sexuelle et reproductive, de la VBG et son chevauchement développement-humanitaire.

| ***Recommandation CH2*** |
| --- |
| **Préparer dès à présent la réponse aux effets sur les SONU de la crise politique en cours** |

- Niveau de priorité : Elevée
- Responsable de la mise en œuvre : UNFPA, DPC, SNU
- Origine : QE5

Il serait souhaitable que les procédures accélérées, le personnel de renfort et des produits essentiels d'urgence soient renforcées pour aborder une situation humanitaire qui semble être appelée à perdurer.

# 2 Annexes

- **Annexe 1 : Matrice d'évaluation**

| **QE1 : Dans quelle mesure le 6ème 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 ?** | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **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** | ▪ 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<br>▪ 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<br>▪ Degré de focalisation sur les zones de forte concentration des besoins ; Cohérence entre les cibles et les PE et les besoins identifiés ;<br>▪ Cohérence avec les politiques sectorielles et les besoins identifiés d'évolution de ces politiques pour atteindre les objectifs du programme ;<br>▪ Existence d'une réflexion stratégique sur la cohérence entre les moyens humains et financiers disponibles et l'atteinte de résultats durables | ▪ Cadre règlementaire, politiques sectorielles, plans de développement<br>▪ Personnel du BP, PE, gouvernement, bénéficiaires finaux, agences SNU, autres bailleurs, humanitaires | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le MPC et les ministères sectoriels<br>▪ Entretiens avec les agences du SNU et les principaux autres bailleurs du secteur<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux, notamment dans les zones affectées par les crises humanitaires |
| **CJ1.2 : Les stratégies d'intervention des 4 résultats du programme sont cohérentes avec les priorités du Cadre** | ▪ Degré d'alignement des objectifs et résultats du CPAP et des PTA des 4 résultats avec les objectifs et les priorités du CSI<br>▪ Planification d'activités de renforcement de capacité dans chacun des composants du CPAP | ▪ Cadre Stratégique Intégré (2017-2021) et du plan stratégique de l'UNFPA | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Stratégique Intégré (2017-2021) et du plan stratégique de l'UNFPA** | ▪ Mesure de la prise en compte transversale de l'égalité des genres dans les activités programmées<br>▪ Mesure de la prise en compte transversale des adolescents et des jeunes dans les activités du programme | ▪ Personnel du BP, agences SNU | ▪ Entretiens avec les agences du SNU |
| **CJ1.3 : Les stratégies d'intervention des 4 résultats du programme sont cohérentes avec les politiques et stratégies sectorielles nationales et le sont restées** | ▪ Degré de cohérence des objectifs et des stratégies de chaque composante avec le cadre de politique nationale et politiques et plans sectoriels<br>▪ Degré et effectivité de la participation des partenaires nationaux dans la définition (initiale et révisée éventuellement) des objectifs et des stratégies du CPAP<br>▪ Existence d'évolutions dans les objectifs et les stratégies du CPAP qui peuvent être liées à des changements du cadre de politique du gouvernement | ▪ Cadre règlementaire, politiques sectorielles, plans de développement<br>▪ Personnel du BP<br>▪ Gouvernement<br>▪ Principaux autres bailleurs du secteur | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le MPC et les ministères sectoriels<br>▪ Entretiens avec les agences du SNU et les principaux autres bailleurs du secteur |
| **QE2 : 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 ?** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **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** | Effet : Les services intégrés de santé en matière de sexualité et de procréation (planification familiale, santé maternelle et lutte contre le VIH) qui sont soucieux de l'égalité des sexes et répondent aux normes relatives aux droits de l'homme pour ce qui est de la qualité des soins et de l'égalité d'accès sont plus courants et plus utilisés<br>Indicateurs :<br>▪ Pourcentage des naissances institutionnelles<br>*Niveau de référence : 36 % ; Niveau cible : 50 %* | ▪ EMMUS<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ MSPP (politiques, normes, système d'inspection)<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Focus groupes<br>▪ Visites de centre SMN<br>▪ curriculae | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/SMN<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ Proportion de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) dont les besoins en planification familiale sont satisfaits grâce à l'utilisation de méthodes modernes<br><br>*Niveau de référence : 31 % ; Niveau cible : 45 %*<br><br><u>Produit 1.1 : Renforcement des capacités du système national de santé à fournir des services de santé maternelle et néonatale complets de qualité, y compris dans les situations de crise humanitaire.</u><br>▪ Pourcentage de soins obstétricaux et néonatals d'urgence dispensés par des sages-femmes<br><br>*Niveau de référence : 37 % ; Niveau cible : 60 %*<br>▪ Directives concernant les interventions et la surveillance de la mortalité maternelle mises en œuvre dans les quatre départements identifiés par l'UNFPA<br><br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br>▪ Stratégie nationale de traitement de la fistule obstétricale adoptée<br><br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br>▪ Pourcentage de soins obstétricaux et néonatals d'urgence conformément aux protocoles qui définissent la qualité des soins<br><br>*Niveau de référence : 31 % ; Niveau cible : 100 %*<br><br><u>CPAP (stratégies) :</u><br>(a) Degré de renforcement des compétences des prestataires de santé dans la fourniture de soins obstétricaux et néonatals d'urgence ; | | groupes avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | (b) Degré de renforcement de la profession de sage-femme en Haïti par le biais d'une règlementation des politiques, de l'éducation, des prestations de services et d'associations professionnelles ;<br>(c) Degré de réalisation d'une assistance technique au ministère de la Santé en vue d'améliorer le système d'intervention et de surveillance de la mortalité maternelle, y compris en menant des audits sur la mortalité maternelle ;<br>(d) Taux d'approvisionnement des maternités, y compris les nouveaux services de soins obstétricaux et néonatals d'urgence en équipements, matériels et produits de santé ;<br>(e) Nombre d'actions de promotion des interventions communautaires, y compris les campagnes de sensibilisation sur la santé sexuelle et procréative et les services connexes ;<br>(f) Nombre d'actions de promotion des bonnes pratiques dans les services de santé maternelle gérés par des sages-femmes, tels que Clinique Sourire et autres centres susceptibles d'être développés ;<br>(g) Nombre d'actions de promotion des échanges de coopération Sud-Sud avec d'autres pays qui mettent en œuvre des programmes de formation au métier de sages-femmes ;<br>(h) Existence et ressources d'un programme de réparation chirurgicale de la fistule obstétricale et la réinsertion sociale des victimes ;<br>(i) Degré de renforcement des capacités des prestataires de services de santé à mettre en œuvre le dispositif minimum d'urgence (DMU) dans des situations de crise humanitaire.<br><br><u>Triangulation :</u><br>▪ Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation) | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ 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)<br>▪ Mesure dans laquelle les compétences internes au bureau permettent d'assumer un leadership ou d'apporter une valeur ajoutée thématique | | |
| **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** | <u>Produit 1.2 : Renforcement de la capacité nationale à accroître l'offre et la demande en moyens de contraception modernes, en particulier chez les adolescents et les jeunes.</u><br>▪ Pourcentage de dispensaires offrant des services de planification familiale sans ruptures de stock au cours des six derniers mois<br>*Niveau de référence : 52 % ; Niveau cible : 70 %*<br>▪ Pourcentage de dispensaires offrant des services de planification familiale, qui intègrent des méthodes de contraception réversibles durables<br>*Niveau de référence : 62 % ; Niveau cible : 80 %*<br>▪ Nombre de nouveaux utilisateurs de méthodes de planification familiale modernes dans les zones bénéficiant d'un soutien de l'UNFPA<br>*Niveau de référence : 0 ; Niveau cible : 13 379*<br><br><u>CPAP (stratégies) :</u><br>a) Degré de renforcement de la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs et des médicaments de santé reproductive de première nécessité afin d'éviter des ruptures de stock ;<br>(b) Degré d'élargissement de l'offre en contraceptifs en intégrant des méthodes durables réversibles, en formant les prestataires, en offrant un accompagnement adapté et en menant des campagnes d'information au sein des communautés, en mettant l'accent sur les adolescents et les jeunes ; | ▪ EMMUS<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ MSPP (politiques, normes, système d'inspection)<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Focus groupes<br>▪ Visites de centre SMN<br>▪ curriculae | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | (c) Nombre de textes adoptés et diffusés que contribuent à l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles et de normes de planification familiale, tout en garantissant une approche axée sur les droits de l'homme.<br><br>Triangulation :<br>▪ Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation)<br>▪ 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)<br>▪ Mesure dans laquelle les compétences internes au bureau permettent d'assumer un leadership ou d'apporter une valeur ajoutée thématique | | |
| **JC.2.3 : La mise en œuvre de la stratégie de l'UNFPA en santé reproductive a ciblé les plus fortes concentrations de groupes vulnérables ou fragilisés précédemment sans accès à ces services** | ▪ Existence d'une stratégie différenciée d'accès aux groupes vulnérables ou fragilisés temporairement<br>▪ Cohérence des zones d'intervention des PE avec les zones de concentration des groupes-cibles ; Pourcentage de couverture de besoins<br>▪ Existence d'une coordination entre PE pour atteindre la masse critique en termes de réponse aux besoins ou de leadership thématique | ▪ EMMUS<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Focus groupes<br>▪ Visites de centre SMN | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux |
| **CJ.2.3 : Les effets auxquels les activités de santé reproductive et de planification familiale** | Triangulation :<br>▪Durabilité sociale : Degré d'appropriation par les communautés des messages PF et solutions | ▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Focus groupes<br>▪ Visites de centre SMN | ▪ Analyse documentaire |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **appuyées par l'UNFPA ont contribué sont durables socialement, financièrement et institutionnellement.** | contraceptives promues par l'UNFPA (notamment auprès des jeunes et des adolescents)<br>▪Durabilité financière : évolution des budgets consacrés par le MSPP au fonctionnement des services PF dans les structures de santé<br>▪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 | | ▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux |
| **EQ3 : Dans quelle mesure les activités appuyées par l'UNFPA ont contribué à augmenter la priorité accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, dans les politiques et les programmes nationaux de développement visant la mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation.** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ 3.1 – Les ministères chargés des adolescent(e)s et des jeunes ont développé des politiques et programmes dédiés, ainsi que des campagnes de sensibilisation** | Réalisation 2 : Dans les politiques et programmes nationaux de développement, la priorité est davantage accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, notamment moyennant la mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation<br>Indicateur : Existence d'un plan/d'une stratégie national(e) 2017-2021 pour les adolescents et les jeunes<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br><br>Produit 2.1 : Renforcement des capacités du gouvernement et des organisations de la société civile à accroître les aptitudes des adolescents et des jeunes à la vie quotidienne, en particulier chez les jeunes adolescentes susceptibles de tomber enceintes et exposées au risque d'infection par le VIH et aux mariages précoces. | | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MPC<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | CPAP (Stratégies)<br>(a) favoriser le développement de politiques et de programmes propices à la prévention des mariages précoces, des grossesses chez les adolescentes et des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris par le VIH, en garantissant l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative et à une éducation sexuelle complète ;<br>(b) favoriser également la mise en place de campagnes de sensibilisation, d'information et de communication sur la santé sexuelle et procréative et de services de conseils en matière de VIH pour les adolescents et les jeunes ;<br>(c) favoriser enfin la mise en place de plateformes participatives pour promouvoir l'investissement dans l'éducation et la santé des adolescents et des jeunes.<br><br>Triangulation :<br>▪ Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation) avec les ministères en charge des adolescent(e)s et jeunes<br>▪ Degré de leadership de l'UNFPA dans les évolutions positives de la politique de santé vis-à-vis des adolescent(e)s et jeunes, dans sa mise en œuvre et dans son contrôle (qualité)<br>▪ Mesure dans laquelle les compétences internes au bureau permettent d'assumer un leadership ou d'apporter une valeur ajoutée thématique | | |
| **JC.3.3 : La mise en œuvre de la stratégie de l'UNFPA en santé reproductive et en PF a ciblé les plus fortes** | ▪ Existence d'une stratégie différenciée d'accès aux jeunes (scolarisés et non scolarisés), aux adolescent(e)s, aux groupes vulnérables ou fragilisés temporairement | ▪ EMMUS<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **concentrations de jeunes et d'adolescent(e)s** | ▪ Cohérence des zones d'intervention des PE avec les zones de concentration des groupes-cibles ; Pourcentage de couverture de besoins<br>▪ Existence d'une coordination entre PE pour atteindre la masse critique en termes de réponse aux besoins ou de leadership thématique<br>▪ Pourcentages des adolescent(e)s dans les bénéficiaires des services de PF dans les zones d'intervention de l'UNFPA | ▪ Focus groupes<br>▪ Visites de centre SMN | ▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux |
| **CJ.3.3 : Les effets auxquels les activités pour les adolescents et les jeunes appuyées par l'UNFPA ont contribué sont durables socialement, financièrement et institutionnellement** | ▪ Durabilité sociale : Degré d'appropriation par les administrations centrales et locales de la nécessité de prioriser les adolescent(e)s et les jeunes promues par l'UNFPA<br>▪ Durabilité financière : évolution des budgets consacrés par le MSPP aux adolescent(e)s et aux jeunes dans les structures de santé<br>▪ Durabilité institutionnelle : degré de renforcement des capacités en conseils et techniques ciblant les adolescent(e)s et les jeunes au niveau de la programmation, la budgétisation et de la mise en œuvre de la stratégie du MSPP | | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MPC<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |
| **EQ4 : 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 ?** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ 4.1 – L'UNFPA a contribué à développer un système intégré de données pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques dans ses** | Effet : Les politiques nationales et les programmes internationaux de développement sont renforcés grâce à l'intégration d'une analyse reposant sur des observations factuelles de la dynamique démographique et de ses liens avec le développement durable, la santé sexuelle et | ▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **domaines d'intervention, en particulier avec la mise à jour du RGPH** | reproductive et les droits génésiques, le VIH et l'égalité des sexes.<br>Indicateurs :<br>▪ Au moins un recensement de bonne qualité a été traité, analysé et diffusé conformément aux recommandations internationales<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br>▪ Existence d'une politique démographique nationale qui intègre les défis liés aux adolescents/jeunes, à la santé sexuelle et reproductive et au genre<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br><br>Produit 4.1 : Renforcement des capacités du système national de statistiques à produire, analyser et diffuser des données désagrégées de grande qualité issues du recensement, mais aussi d'enquêtes pour cartographier les inégalités sociodémographiques et planifier les actions humanitaires.<br>▪ Communication des résultats finaux validés et diffusés du cinquième recensement de la population et du logement<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br>▪ Renforcement des capacités institutionnelles à analyser et utiliser les données désagrégées pour élaborer des politiques publiques à partir d'observations factuelles en lien avec le dividende démographique<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br><br>CPAP (stratégies) :<br>(a) apporter un appui technique et logistique à l'Institut Haïtien des Statistiques et d'Informatique (IHSI) pour la | ▪ Visites de centre de formation | ▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MPC<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | planification, la coordination, la gestion, l'affectation des ressources et la mise en œuvre du projet général de recensement de la population et du logement ;<br>(b) mettre en place une équipe internationale d'assurance qualité et un processus de réalisation du recensement ;<br>(c) assister le IHSI dans l'analyse, la production et la diffusion des résultats du recensement ;<br>(d) renforcer les capacités sectorielles à utiliser les données afin de mettre en place des mesures à partir d'observations factuelles en forma nt une partie du personnel du ministère ;<br>(e) renforcer les dispositifs de production et de collecte de données pour l'enquête démographique et de santé (EDS) et l'enquête sur la santé reproductive des femmes.<br><br><u>Triangulation</u> :<br>▪ Degré de leadership technique de l'UNFPA dans le dialogue de politique à différents niveaux (politique P&D, programmation des grandes enquêtes) | | |
| **CJ4.2 – 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** | <u>Produit 4.2 : Renforcement des capacités nationales à formuler et mettre en œuvre des politiques axées sur les droits qui intègrent des données factuelles à propos de la dynamique des populations, et du dividende démographique en particulier, et de son lien avec le développement durable, dans les politiques publiques et les prises de décisions.</u><br>▪ Les indicateurs du Consensus de Montevideo sont intégrés et liés au mécanisme de suivi des ODD au niveau national<br>*Niveau de référence : Non ; Niveau cible : Oui*<br>▪ Nombre de documents de recherche sur les liens entre la dynamique de la population et le développement durable, appuyés par l'UNFPA et pris en compte dans le processus décisionnel | ▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Visites de centre de formation | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MPC<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *Niveau de référence : 5 ; Niveau cible : 15*<br><br>CPAP (stratégies) :<br>(a) fournir une assistance technique au gouvernement pour concevoir un plan d'exécution du Consensus de Montevideo et opérationnaliser les 16 indicateurs des ODD, soutenus par l'UNFPA ;<br>(b) produire des données probantes liées à la dynamique des populations et au dividende démographique en particulier, y compris en adoptant des méthodologies innovantes ;<br>(c) développer des stratégies de plaidoirie en concertation avec les autorités nationales et locales sur les défis et les opportunités que présente le dividende démographique.<br><br><u>Triangulation</u> :<br>▪ Amélioration de la prise en compte P&D dans les documents de politiques, leur programmation et leur suivi | | |
| **CJ.4.3 - Les résultats auxquels les activités de P&D appuyées par le UNFPA ont contribué sont durables financièrement et institutionnellement, en particulier en termes de développement des capacités.** | ▪ Position hiérarchique et stabilité des bénéficiaires de la formation P&D | ▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Visites de centre de formation | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MPC<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |

| **EQ5 : 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 ?** | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ.5.1 – 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** | ▪ Degré de consolidation du leadership du MCFDF et ses capacités techniques, dans la coordination stratégique et opérationnelle de la prévention et la réponse à la VBG<br>▪ Introduction de la budgétisation sensible au genre<br>▪ Nombre de formations dont le personnel du bureau à bénéfice<br>▪ Durée moyenne du maintien en poste après la formation | ▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les ONG femmes et VBG<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MCFDF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |
| **CJ.5.2 – 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 humanitaire** | <u>Produit 3.1 : Augmentation des capacités nationales à fournir des services multisectoriels en faveur de la prise en charge et de la prévention de la violence sexuelle et sexiste, en particulier pour les femmes et les filles, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires</u><br>▪ Nombre d'acteurs qui plaident pour un « guichet unique » dédié aux victimes de violences sexuelles et sexistes, y compris dans le cadre de situations humanitaires.<br>*Niveau de référence : 50 ; Niveau cible : 300*<br>▪ Pourcentage d'établissements de santé qui intègrent un guichet unique à l'intention des victimes de violences sexistes<br>*Niveau de référence : 0 ; Niveau cible : 50 %*<br>▪ Pourcentage de victimes survivantes de violences sexuelles et sexistes, identifiées par le programme | ▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les ONG femmes et VBG<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MCFDF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les bénéficiaires finaux |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de l'UNFPA qui ont bénéficié du service et ont été réhabilitées<br><br>*Niveau de référence : 0 ; Niveau cible : 70 %*<br><br><u>CPAP (stratégies)</u> :<br>(a) fournir des conseils stratégiques au ministère de la Condition féminine en vue de l'examen du Plan national sur la violence contre les femmes et du suivi des accords internationaux connexes ;<br>(b) renforcer le dialogue national sur la prévention de la violence contre les femmes pour permettre une plus grande coordination des interventions et de la riposte ;<br>(c) renforcer les capacités des prestataires de soins de santé pour pouvoir assurer le suivi médical et psychosocial des survivants, tout en renforçant les mécanismes d'orientation ;<br>(d) renforcer les capacités nationales minimales d'intervention et de riposte à la violence sexiste dans des cas d'urgence survenant dans les régions de crise humanitaire à haut risque et dans les zones frontalières.<br><br><u>Triangulation :</u><br>▪ 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 ;<br>▪ Existence de formations spécifiques et de diffusion de l'information ;<br>▪ Degré de coordination/chevauchement du système de prise en charge holistique des services de prévention et de réponse aux VBG ;<br>▪ Degré de renforcement des structures d'accueil des jeunes filles victimes de VBG. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ Preuves de l'existence d'un dialogue de politique à différents niveaux (politique sectorielle, programmation, M&E, inspection, formation)<br>▪ 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) | | |
| **QE6 : Dans quelle mesure l'UNFPA, avec ses partenaires, a été capable de (ou prêt à) répondre aux crises pendant la période couverte par le 6ème programme ?** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ.6.1 – La capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins de qualité en SR en situation de crise (ou post-crise) a été améliorée** | ▪ Mesure de la participation de l'UNFPA aux groupes de travail et de coordination des réponses en cas de catastrophes ou de crise<br>▪ Mesure dans laquelle l'UNFPA a mis en place des partenariats avec le gouvernement et les autres acteurs pour avoir une réponse coordonnée<br>▪ Mesure dans laquelle la SR et les MISP sont intégrés aux plans nationaux de préparation et réponse aux catastrophes et crises<br>▪ Estimation de la couverture des besoins de kits SR et autres distribués pendant les crises<br>▪ Degré auquel les formations et le renforcement des capacités ont amélioré la qualité des services SR/PF/VBG pendant les crises | ▪ Cadre Stratégique Intégré (2013-2016) et du plan stratégique de l'UNFPA<br>▪ Personnel du BP, agences SNU<br>▪ Plans de contingences du gouvernement<br>▪ Plans de contingences du BP<br>▪ Documents OCHA/MINUSTAH | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le MPC et le ministère de l'Intérieur (protection civile)<br>▪ Entretiens avec les agences du SNU, la MINUSTAH, OCHA et OMI<br>▪ Entretiens semi-directifs et focus groupes avec les bénéficiaires finaux, notamment dans les zones affectées par les crises humanitaires |
| **CJ.6.2 – 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** | ▪ Degré auquel les formations et le renforcement des capacités ont amélioré la qualité des services SR/PF/VBG pendant les crises | | |
| **CJ 6.2 – Les capacités nationales à intégrer les données démographiques** | ▪ Existence d'un partenariat entre l'IHSI et la Protection Civile pour définir les besoins | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **aux plans de contingence ont été renforcées** | ▪ Degré de disponibilité et d'utilisation des données sur les victimes de catastrophes et de crises dans les plans de réponse nationaux | | |
| **CJ.6.3 – 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** | ▪ Degré de rapidité de la réponse du bureau de pays et de mise en œuvre de la transition vers le développement<br>▪ Degré de justification des réallocations de fonds dédiés aux urgences humanitaires pour des activités liées au développement<br>▪ Quels sont les effets sur les groupes-cibles en SR et VBG | | |
| **QE7 : 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 ?** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ7.1 : Les partenaires d'exécution de l'UNFPA et leurs bénéficiaires ont reçu dans les temps impartis un niveau de ressources proportionné aux actions envisagées** | ▪ Cohérence entre ressources (financières et appui technique) programmées et ressources effectivement mises en œuvre<br>▪ Degré de respect du calendrier initial de mise à disposition des ressources financières | ▪ Données ATLAS (PTA successifs et flux financiers)<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Rapports annuels de ministères partenaires | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP/MCFDF/MPC |
| **CJ7.2 : Les ressources apportées par l'UNFPA ont eu des effets de levier, notamment pour aménager des stratégies de sortie** | ▪ Preuve que les ressources de l'UNFPA ont mobilisé des ressources additionnelles du gouvernement ;<br>▪ Preuve que les ressources de l'UNFPA ont mobilisé des ressources additionnelles des autres bailleurs de fonds | ▪ Données ATLAS (PTA successifs et flux financiers)<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Rapports annuels de ministères partenaires | ▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP/MCFDF/MPC |
| **CJ7.3 : 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** | ▪ Adéquation des procédures administratives et financières de l'UNFPA pour la bonne mise en œuvre des activités<br>▪ Adéquation des critères de sélection des PE<br>▪ Gains liés à l'exécution directe | ▪ Données ATLAS (PTA successifs et flux financiers)<br>▪ Système de M&E<br>▪ Revues semestrielles<br>▪ Entretiens semi-directifs<br>▪ Rapports annuels de ministères partenaires | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens semi-directifs aves les PE/PF<br>▪ Entretiens semi-directifs avec les services du MSPP/MCFDF/MPC |
| **QE8 : 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 ?** | | | |
| **Critères de jugement** | **Indicateurs** | **Sources d'information** | **Méthodes et outils de collecte de l'information** |
| **CJ8.1 : Le bureau d'Haïti a activement contribué aux groupes de travail et à des initiatives conjointes dans le cadre de l'UNCT** | ▪ Participation active de l'UNFPA aux groupes de travail du SNU<br>▪ Rôle de leader assumé dans les groupes de travail pour les domaines correspondant au mandat<br>▪ Volume des échanges d'information entre les agences du SNU<br>▪ Existence d'activités conjointes programmées<br>▪ Existence de programmes conjoints mis en oeuvre | ▪ PV des groupes de travail de l'UNCT<br>▪ Documents de programmation des initiatives conjointes<br>▪ M&E reports des projets des | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens avec les agences du SNU |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | initiatives conjointes | |
| **CJ.8.2 : Le bureau d'Haïti a contribué à éviter les duplications et a promu les synergies dans le cadre de l'UNCT** | ▪ Nature de la contribution de l'UNFPA à l'élaboration du cadre stratégique intégré<br>▪ Prorata auquel le mandat et les priorités de l'UNFPA sont reflétées dans le CSI<br>▪ Preuve de duplications ou d'absence de duplication entre les interventions de l'UNFPA et celles des autres agences du SNU<br>▪ Preuves que des synergies ont été recherchées de manière active dans la mise en œuvre des programmes des autres agences du SNU | ▪ CSI<br>▪ CPAP<br>▪ UNCT<br>▪ UNFPA Country Office<br>▪ Rapports M&E des programmes conjoints | ▪ Analyse documentaire<br>▪ Entretiens semi-directifs avec le Bureau<br>▪ Entretiens avec les agences du SNU |

## o **Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées**

| *Prénom et nom* | *Poste* | *Institution* |
|---|---|---|
| Elvire Eugene | Coordonnatrice | AFASDA |
| Same Lourdes | Cheffe de projet | AFASDA, Projet Spotlight Nord/Cap-Haitien |
| Dr Pierre Despagnes | Responsable Suivi-Évaluation au niveau du BPDirecteur | CDS |
| JEAN-FRANCOIS Jacob Eliezer Jonas<br>Dr Peterson TATOUNE, | Chargé de Programme Population et Développement<br>Directeur Médicale | Centre de santé à lit Notre Dame de Chansolme |
| Mohamed Laghdaf Cheikh MalainineFitho GENIUS | Chief Technical Adviser - Census<br><br>Administrateur | Centre de santé de Cavaillon |
| Charlot Jacquelin Junior<br>Dr HAROLD Scutt | Directeur Général<br>Médical | MJSAC<br>Centre de Sante de Petite Place Cazeau |
| Esperancia GUERRIER | Infirmière-responsable | Centre de Sante de Port- Salut |
| LAMMARRE Antonese | Infirmière sage-femme | Centre de Sante de Port- Salut |
| Dr Djenane Ledan | Directrice | CPFO |
| Erold Joseph<br>Silvera Guillaume | Directeur santé scolaire Départemental | MENFP<br>DPC |
| Dr Angelot Duvelson | Directeur Départemental | DSGA |
| Dr Jacques Laroche | Directeur Départemental | DSNI |
| Dr Leande Marie- Carline THELISCA | Assistante Directeur Départemental | DSNO |
| Dr Jean Bernard Février | Directeur Départemental | DSS |
| Dr Newton Jeudy | Directeur Départemental | DSSE |
| Madame Falene | Présidente du comité | Espace Sur pour les Femmes de Baie de Henne |
| Betty Plancher, | Membres du comité, | Espace Sur pour les femmes de Mole Saint Nicolas |
| Marie-Ange Noel | Directrice | Fanm Deside Jacmel |
| Nadia Lafleur et Ludgine Dauphin | Membres | Fanm Deside Jacmel, |
| Dr. Fritz Moise | Directeur | FOSREF |
| DR ROMELUS Huberman | Directeur Médicale | Hôpital les Irois |

| *Prénom et nom* | *Poste* | *Institution* |
|---|---|---|
| Myriam Narcisse<br>Quettely Chevalier | Directrice INSFSF | HAGNINSFSF |
| Nehemie Gustave<br>Dr Johanne MAITRE. | COPH<br>Responsable Maternité | Présidente de la Maternité de la croix des Bouquets. |
| Stanley Augustin<br>RESIA PIERRE PIERRE | Président<br>Infirmière en Chef | OJH Maternite Petite Place Cazeau |
| Ditchly Saint Victor, du | Coordonnatrice départementale | MCFDF |
| Seroeutte Devalcy | Coordonnatrice départementale | MCFDF |
| Dr Reynold Grand'Pierre | Directeur DSF | MSPP |
| Dr Jean Jumeau Batsch | Directeur | SHOG |
| Lise Marie Déjean | Directrice Exécutive | SOFA |
| Judicael ELIDJE | Représentant adjoint | UNFPA |
| Ndundula Robert Ngalula | Coordonnateur Sante | UNFPA |
| Vardine Jean-Baptiste | Représentant Assistant | UNFPA |
| Vavita Leblanc | Chargés de programme SR | UNFPA |
| Yves Sassenrath | Représentant Résident | UNFPA |
| Yves Thermidor | Chargés de programme SR | UNFPA |
| Frisner Pierre | M&E | UNFPA |
| Marie Lucy Chaudy | Responsable Bureau Régional Sud | UNFPA des Cayes |
| Marie Josée Desrosiers Salomon | Chargée de programme Genre &Droits Humains | UNFPA |
| Rose-Myriam Origène | Chargé de Suivi-Évaluation | UNFPA des Cayes |

## Annexe 3 : Liste des documents consultés


- Directives Techniques de la Surveillance des Décès Maternels et Réponses (SDMR) Direction de la Santé de la Famille, juillet 2018.
- Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) Haïti 2016-2017.
- Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017, Rapport de synthèse.
- Enquête sur la disponibilité des intrants-RAPPORT FINAL SR 2018.
- Enquête sur les produits et services de santé reproductive et sur la satisfaction des clients de la PF dans 147 institutions sanitaires des 10 départements d'Haïti, 2018.
- Étude de Base du Projet Conjoint Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI) dans 4 Unités d'Arrondissement de Santé des Départements Sanitaires Sud et Grand'Anse d'Haiti, MSPP/DSS/DSGA, 2018.
- Haiti CPD - FINAL – 15 Nov 2016.
- Haiti Spotlight Country Programme final for OSC.
- Les Progrès de la République d'Haïti sur la Mise en Œuvre et le Suivi du Consensus de Montevideo, Rapport final, Mars 2018.
- Perceptions of isolation during facility births in Haiti - a qualitative study Alka Dev, Chelsey Kivland , Mikerlyne Faustin , Olivia Turnier , Tatiana Bell and Marie Denise Leger. Reproductive Health (2019).
- Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018–2030.
- Plan Stratégique de la Sante Infantile 2014 2019
- Plan stratégique national de santé sexuelle et reproductive 2019-2023, mars 2019.
- Rapport du Monitoring des SONU, 2018 et 2019.
- Rapport Statistique 2018, Ministère de la Santé Publique et de la Population, novembre 2019
- Renforcement de la profession sage-femme pour sauver des vies et promouvoir la sante des femmes, des filles et des nouveau-nés en Haïti, janvier 2018 - décembre 2022.
- Renforcer la profession et la pratique des sages-femmes en Haiti, Plan de Mise En Œuvre 2018-2022 Plan de Travail 2018-2019.
- Renforcer la profession et la pratique Sage-Femme en Haïti-Saj Fanm Pou Fanm. Rapport Annuel 2019, (Janvier-Décembre 2019)
- UNFPA Annual Report – Haiti, 2017, 2018, 2019, et 2020.
- UNFPA Evaluation Handbook, 2019 edition.
- UNFPA strategic plan, 2018-2021 - FINAL – 17 July 2017.