

2. SANTÉ PUBLIQUE, EAU ET ASSAINISSEMENT

2.1 Les projets de l'OMS/OPS

Dès le début de la crise, la coopération canadienne a été sensibilisée aux problèmes de santé publique qui risquaient de se poser en Haïti. Travaillant en collaboration, un consultant local du BACC, l'ONG canadienne ICC et l'OMS/OPS, avaient alors établi les bases d'un plan d'intervention d'urgence qui visait à procurer aux structures non-gouvernementales restées fonctionnelles, des moyens de faire face à la situation. Ce plan a servi de base au premier appel international lancé par l'OMS/OPS à la fin décembre 1990 (soit trois mois après le début de la crise); le Canada a répondu positivement à cet appel par une contribution de 1,5 M\$ en janvier 1991.

A l'été 1992, l'OMS/OPS qui a assuré une sorte de leadership dans le dossier Santé tout au long de la crise, lançait un second appel international portant cette fois sur 1) une stratégie nationale d'approvisionnement en médicaments d'urgence, 2) le soutien à des programmes prioritaires en santé publique et 3) l'appui à des interventions en région. A cet appel, était également intégré un petit programme de prévention du choléra rendu nécessaire pour répondre à la menace d'une épidémie qui se faisait alors sentir. Le Canada a accordé à l'OMS/OPS deux nouvelles contributions suite à cet appel (Appui général, Lutte au choléra).

Au cours de l'année 1992, les questions de santé publique ont grandement préoccupé les principaux bailleurs de fonds: un comité inter-Agences a été formé sur le terrain (auquel l'ACDI participe) et a commencé à se réunir pour suivre l'évolution de la situation. L'OMS/OPS a joué un rôle majeur de coordination de ces efforts. A la fin de 1992, un plan d'urgence inter-Agences a été mis au point (concernant les différents secteurs de l'aide humanitaire) et a donné lieu à un appel international conjoint des diverses agences de l'ONU/OEA. Sur la base de la section Santé de cet appel - placée sous la responsabilité de l'OMS/OPS, le Canada a accordé successivement quatre contributions destinées essentiellement à la poursuite des activités déjà amorcées dans le contexte d'une crise qui perdurait. Enfin, en mars 94, le Canada a participé à un programme demandé par l'OMS/OPS (avec une petite subvention de 100,000\$) pour assurer la fourniture de carburant pour des fins humanitaires, suite à l'embargo pétrolier décrété contre Haïti.

Tableau 2: Financements canadiens à l'OMS/OPS

DESCRIPTION	MONTANT	ANNÉE	SOURCE	ÉTAT D'AVANCEMENT au 31/12/93
1. Assistance humanitaire d'urgence en santé OMS/OPS appel I appui général	1 500 000	91-92	bilatéral	terminé rapport final disponible
2. Assistance humanitaire d'urgence en santé OMS/OPS appel II appui général	1 000 000	92-93	bilatéral	terminé rapport final disponible
3. Assistance humanitaire d'urgence en santé OMS/OPS appel II volet lutte au choléra	570 00	92-93	bilatéral	complété à 95% rapport d'étape disponible
4. Plan d'action humanitaire inter-agence section santé appui général à l'OMS/OPS	1 500 000	92-93	bilatéral	complété à 85% rapport d'étape disponible
5. Plan d'action humanitaire inter-agence section santé OMS/OPS - Médic. essen.	1 500 000	93-94	Bilatéral	complété à 70% rapport d'étape disponible
6. Plan d'action humanitaire inter-agence section santé OMS/OPS - maladies trans.	2 500 000	93-94	Bilatéral	complété à 40% rapport d'étape disponible
7. Plan d'action humanitaire inter-agence section santé OMS OPS - poursuite des activités	2 500 000	93-94 94-95	multilatéral 1 M bilatéral 1.5 M	en cours
8. Plan de gestion du carburant pour aide humanitaire OMS/OPS	100 000	93-94	bilatéral	en cours
TOTAL	11 170 000		bilatéral: multilatéral:	10,170,000 1,000,000

Toutes les contributions canadiennes à l'OMS/OPS proviennent des budgets bilatéraux à l'exception d'une portion de la contribution #7 qui provient des programmes multilatéraux. Dans le cadre de la présente évaluation, seules les activités ayant été réalisées grâce aux six premières contributions ont été examinées: les activités faites à partir des deux dernières - accordées en 1994 - étaient encore en démarrage. Le Canada a été le principal bailleur de fonds de l'OMS/OPS tout au long de la crise: les fonds canadiens ont constitué un peu plus de 60% des crédits accordés par les

différents bailleurs de fonds. Comme les fonds canadiens ont servi à financer les frais de fonctionnement des plusieurs petits programmes qui sont toujours en opération (interventions en région, maladies transmissibles), il n'est pas étonnant de constater que les dépenses se font de manière plus lente que si ces crédits n'avaient servis qu'à des achats de matériel (comme c'est le cas de subventions d'autres donateurs). Il ne faut donc pas y voir une faiblesse dans la capacité d'absorption de l'OMS/OPS, bien au contraire. Beaucoup de ces petits programmes se réalisent à travers le réseau des ONG locales avec qui l'OMS/OPS a développé de bons rapports.

Tableau 3: Participation canadienne au financement des activités de l'OMS-OPS

DONATEURS	MONTANT ACCORDÉ *	MONTANT DÉPENSÉ	SOLDE	% DÉPEN.	% PARTI.
1 CANADA **	6 793 068	4 928 195	1 824 873	72%	61%
2. CEE	2 385 935	2 359 890	26 045	98%	21.4%
3. ÉTATS-UNIS	786 092	784 912	1 180	99%	7%
4. PAYS-BAS	573 871	573 871	0	100%	5%
5. SUISSE	371 333	371 333	0	100%	3.3%
6. FRANCE	181 818	135 230	46 588	74%	1.6%
7. NORVEGE	89 985	84 645	5 340	94%	.7%
TOTAL	11 182 102	9 238 076	1 944 026	82%	100%

* montants exprimés en \$US

** à l'exclusion des subventions accordées après décembre 93 (2,600,000 \$CAN)

On peut d'ailleurs constater, à partir des données du tableau 4, que les coûts administratifs de l'OMS/OPS portés aux diverses contributions sont très bas - en moyenne 4%. Ces coûts ne reflètent cependant pas totalement la réalité où la proportion des coûts administratifs est beaucoup plus élevée. L'OMS/OPS assume en effet directement -à partir de son budget général - une large part de ses frais d'opération sur le terrain. Il faut donc éviter de faire des comparaisons avec d'autres agences d'exécution du programme canadien qui font état de proportions plus élevées, mais dont tous les frais indirects sont supportés par les contributions.

Tableau 4: Frais d'administration de l'OMS/OPS sur les financements canadiens

PROGRAMMES	DÉPENSES DIRECTES	%	DÉPENSES ADMINIST.	%	DÉPENSES TOTALES	BUDGET PRÉVU	%
1. OMS/OPS APPEL I	1 073 046	85	202 043	15	1 275 089	1 272 619	101
2. OMS/OPS APPEL II	786 567	100	0	0	786 567	818 975	96
3. APPEL II/CHOLÉRA	440 642	100	0	0	440 642	475 575	92
4. ACTION HUM./SANTÉ (GÉNÉRAL)	854 748	92	70 566	8	925 314	1 192 414	78
5. ACTION HUM./SANTÉ (MÉDIC. ESSENTIELS)	721 345	97	25 072	3	746 417	1 140 068	65
6. ACTION HUM./SANTÉ (MALADIES TRANSMIS.)	732 908	97	21 257	3	754 165	1 893 417	40
TOTAL	4 608 778	94	318 938	6	4 927 716	6 793 088	72

* Tous les montants sont en \$US; les données proviennent des rapports de l'OMS/OPS

L'équipe d'évaluation a pu examiner brièvement le système de gestion financière interne de l'OMS/OPS. Le système est tenu en \$US et les dépenses imputées selon les sources financement: on peut ainsi facilement convertir le volume des dépenses dans la devise du donateur et faire le suivi de chacune des contributions. L'information financière est donc très exacte; elle est contrôlée par le siège social et utilisée par les gestionnaires sur le terrain dans leur prise de décision quotidienne. Sur le plan de la gestion, l'OMS/OPS s'est révélée être un partenaire très fiable.

2.1.1 PROMESS et les médicaments essentiels

Dans les six premières contributions accordées par le Canada à l'OMS/OPS, la part allant directement à la fourniture de médicaments essentiels est de 37% (soit 2,539,403\$US). Cet appui se divise en deux parties: la fourniture de trousseaux médicaux d'urgence et les interventions à travers PROMESS.

Tableau 5: Financement canadien pour les médicaments essentiels

ACTIVITÉS	CONTRIBUTION	MONTANT PRÉVU	DÉPENSES	SOLDE
1. DISTRIBUTION DES KITS D'URGENCE	APPEL OMS/OPS I	328 335	304 191	22 144
2. AMÉNAGEMENT ET ÉQUIPEMENT DE PROMESS	APPEL OMS/OPS I	135 000	124 959	10 041
3. APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS ET MATÉRIEL	APPEL OMS/OPS I	300 000	328 820	-28 820
	APPEL OMS/OPS II	158 000	158 000	0
	ACTION HUM. SANTÉ (GÉNÉRAL)	480 000	477 259	2 741
	ACTION HUM. SANTÉ (MÉDIC ESS.)	1 140 068	746 417	393 651
TOTAL		2 539 403	2 139 648	399 757

La distribution des trousse d'urgence découle directement du travail de concertation entre ICC, l'OMS/OPS et un consultant local du BACC, au tout début de la crise. Un des problèmes prioritaires était alors le manque de matériel d'urgence dans les centres de santé identifiés comme fonctionnels pour faire face à des situations découlant des conflits sociaux en cours (émeutes, répression, victimes de tortures, etc.). Le programme visait à doter en trousse d'urgence 24 centres de santé dans des zones stratégiques. Le programme a été complété comme prévu; les trousse ont servi dans des cas de blessures par balles, d'accidents de la route, et de catastrophes majeures - telle l'explosion de la pharmacie Vallières (142 blessés). A la fin du programme, les médicaments non encore distribués (pour une valeur de 52,000\$) ont été intégrés au système PROMESS. Ils sont depuis lors écoulés gratuitement selon les demandes; le stock est maintenant presque épuisé. L'OMS/OPS n'a pas jugé bon de poursuivre avec le concept de trousse d'urgence; les médicaments et le matériel étant dorénavant disponible à PROMESS.

L'idée d'établir une centrale d'approvisionnement en médicaments est antérieure à la crise. Déjà l'OMS/OPS avait réalisé - en concertation avec le Ministère de la santé - une étude technique sur la faisabilité d'une telle structure qui, à l'origine devait être gouvernementale. La crise ayant rendu encore plus aigu le problème de disponibilité des médicaments essentiels - particulièrement dans les régions et zones défavorisées - l'OMS/OPS a repris ce concept en l'adaptant à la situation. L'objectif devient alors l'implantation d'un dépôt ayant la capacité de s'approvisionner en médicaments de

base et de fournir la clientèle du réseau non-gouvernemental demeurée fonctionnelle et souvent seule capable d'intervenir efficacement sur le terrain. L'atteinte de cet objectif nécessitait les actions suivantes 1) l'établissement d'une infrastructure matérielle ayant une capacité suffisante, 2) la mise en place d'un système de gestion adéquat, 3) le développement de rapports harmonieux avec la clientèle.

C'est ainsi qu'a été implanté le projet PROMESS (Programme des Médicaments Essentiels) sous la responsabilité de l'OMS/OPS; environ 65% de ses fonds proviennent des diverses contributions canadiennes. Le Centre est en opération depuis septembre 1992. Il est établi à Port-au-Prince dans un vaste entrepôt loué d'une organisation locale oeuvrant dans le secteur de la santé (CDS) et faisant affaire avec l'OMS/OPS. L'entrepôt a été aménagé aux frais du projet; il est doté d'une chambre froide incluant un espace congelé. Des systèmes de génératrices assurent une fourniture énergétique suffisante et autonome. Le Centre possède une capacité de stockage impressionnante; il suffit actuellement amplement aux besoins; il a été agrandi une première fois et pourrait l'être encore, en cas de nécessité.

L'OMS/OPS a implanté un système de gestion informatisé du projet: ce système touche à la fois les finances, l'inventaire et la gestion des comptes-clients. La gestion est entièrement contrôlée par l'OMS/OPS. Pour superviser ce projet, l'Agence a établi un comité de gestion composé de représentants des bailleurs de fonds et des clients. Ce comité agit à la manière d'un conseil d'administration; il n'est toutefois pas imputable des décisions. Une représentante de l'Ambassade du Canada siège à ce comité. PROMESS ne produit pas, jusqu'à maintenant, d'état financier distinct puisqu'il est un projet intégré à l'administration locale de l'OMS/OPS. Des données sur ses opérations financières sont toutefois facilement disponibles. Le système de gestion implanté est adéquat et assure un bon contrôle sur les opérations.

Dès le début l'OMS/OPS, de concert avec les donateurs, a établi des principes et modalités de fonctionnement. D'abord, pour avoir accès à PROMESS, un centre de santé doit 1) être sans but lucratif, 2) avoir une politique de subvention pour les clients les plus démunis, 3) avoir de bonnes capacités techniques et administratives et 4) être approuvé par le comité de gestion. L'OMS/OPS a d'ailleurs réalisé, en début de projet, une recension des centres de santé et une pré-évaluation en fonction de critères bien précis. Les autres organisations sans but lucratif non accréditées peuvent aussi avoir accès à PROMESS; il leur faut alors payer les médicaments. Le prix de vente est fixé à 10% de plus que le prix de revient.

Dans sa conception même, PROMESS visait donc à développer un système comportant des éléments de recouvrement de coûts. Cette position a d'ailleurs été portée à la connaissance des donateurs en début de projet et acceptée par ceux-ci. Le bien-fondé en est simple: la grande majorité des centres de santé sans but lucratif en Haïti pratiquent eux-mêmes une telle politique de recouvrement des coûts. La situation la plus courante consiste à faire payer au patient un prix fixe par consultation -

comprenant à la fois les services et les médicaments. Cette politique est généralement assortie d'une possibilité de dérogation (consultation et médicaments gratuits) pour les plus démunis du milieu. Sans une telle pratique, aucun système de santé communautaire ne peut survivre; elle reprend en fait les principes de l'initiative de Bamako. PROMESS n'a pas voulu briser cette dynamique en rendant gratuits tous les médicaments en tout temps. Il a voulu au contraire s'appuyer sur l'acquis, conserver dans le milieu le pouvoir d'achat ainsi accumulé, tout en gardant suffisamment de souplesse pour être en mesure d'augmenter la part de produits subventionnés, si le besoin s'en fait sentir.

Tableau 6: Distribution des médicaments essentiels par PROMESS

PÉRIODE	SUBV.	%	VENTE	%	LIVRAI.	TOTAL
1. 1992 (6 MOIS)	364 195	71	150 043	29	603/53	514 238
2. 1993 (12 MOIS)	904 579	47	994 711	53	3 445/287	1 899 290
3. 1994 (4 MOIS)	383 155	55	309 506	45	1 070/356	692 661
	1 651 929	53	1 454 260	47	5 118/243	3 106 189

* les montants sont en US\$

Le tableau 6 montre le volume total d'affaires de PROMESS au cours de ses 22 mois de fonctionnement. La valeur totale de médicaments distribués dépasse le montant accordé par les bailleurs de fonds. La situation s'explique par le fait que, grâce à ses ventes, PROMESS a réussi à établir un fonds de roulement lui permettant d'augmenter sa capacité. La valeur actuellement estimée de ce fonds de roulement dépasse 1 \$US. On peut, en outre, remarquer que la part relative des médicaments gratuits par rapport aux ventes est plus élevée en 1992. Cela est normal, puisqu'à leur entrée dans le système, les centres de santé ont droit à une pleine livraison gratuite correspondant à 10 semaines de consommation. Cette politique vise à leur permettre de se constituer eux-mêmes un stock.

En 1993, la part des médicaments vendus dépasse légèrement celle des médicaments subventionnés ce qui représente - selon les spécialistes - un état à peu près normal de la situation. En 1994 par contre, la part des médicaments subventionnés a commencé à grimper: ce fait indique une détérioration de la capacité de payer des populations bénéficiaires suite à l'aggravation de la crise. La colonne "livraison" de ce tableau, indique le nombre total de livraison par année et (sous la barre oblique) la moyenne mensuelle. On remarque que cette moyenne est en augmentation constante, ce qui montre que la demande est encore forte et loin d'être stabilisée. Le chiffre d'affaires

augmente aussi, mais dans une proportion moins grande. Ainsi la valeur de chacune des livraisons est moindre maintenant qu'au cours de la première année. Ce fait indique que la majorité des transactions sont actuellement des réapprovisionnements: le centre tend donc à fixer sa clientèle et à stabiliser son marché. Enfin, le centre pratique une politique de distribution passive: les clients viennent prendre livraison de la marchandise à l'entrepôt. PROMESS ne souhaite d'ailleurs pas lui-même établir des postes de distribution décentralisés: il encourage cependant ses clients à se regrouper et à prendre de telles initiatives.

Tableau 7: Bénéficiaires de PROMESS

DÉPARTEMENT	RECENSÉ	BÉNÉFICIAIRE	%	PRODUITS SUBVENTIONNÉS	%
1. ARTIBONITE	78	38	39	1. VITAMINE A	3
2. CENTRE	45	25	55	2. VACCINS	46
3. GRANDE-ANSE	55	48	87	3. TB	22
4. NORD	50	28	56	4. AUTRES	29
5. NORD-EST	21	10	47		
6. NORD-OUEST	56	38	68		
7. OUEST (PAP)	175	76	43		
8. SUD	54	31	57		
9. SUD-EST	39	19	49		
TOTAL	573	313	54		

Le tableau 7 montre l'étendue de la couverture nationale de distribution de médicaments assurée par PROMESS. La première colonne indique le nombre de centres recensés par département; la seconde, le nombre de ces centres qui sont actuellement des clients de PROMESS. La couverture est actuellement à 54%; selon les spécialistes, elle était à peine de 15% avant la crise et assurée en totalité par des entreprises privées. PROMESS ne distribue que des médicaments génériques; son inventaire contient des médicaments essentiels selon la liste officielle de l'OMS/OPS et du matériel médical (en tout plusieurs centaines d'articles). Les vitamines A, les vaccins et les médicaments contre la tuberculose ne sont pas vendus; ils représentent 71% des médicaments gratuits. Les autres médicaments gratuits sont en général liés aux maladies infectieuses (antibiotiques, etc.).

PROMESS a donc réussi à rendre des médicaments essentiels disponibles à la majorité de la population haïtienne, et ce, à un niveau supérieur à ce qui existait avant la crise. Le système mis en place n'est pas encore auto-porteur, mais pourrait le devenir: il assume déjà une part importante d'autofinancement. PROMESS est doté de systèmes de gestion efficaces; il est également ouvert à la participation du milieu. Il détient tous les atouts pour devenir, à moyen terme, une structure autonome au service de sa clientèle du réseau à but non lucratif. Compte tenu du contexte difficile de déstructuration des services publics et des multiples contraintes aux opérations sur le terrain, PROMESS est donc une réalisation majeure dont l'OMS/OPS doit être fière. Il est une contribution stratégique de premier plan à la santé communautaire en Haïti et une éloquente démonstration qu'il est possible - même en temps de crise et avec des structures locales affaiblies - de réaliser des initiatives qui peuvent être durables et servir de base à des projets de reconstruction. En matière d'approvisionnement en médicaments essentiels, Haïti sera probablement mieux équipé au sortir de la crise qu'il ne l'était à son origine. Si l'OMS/OPS s'était limitée à faire de la distribution gratuite de médicaments - sans considération pour les besoins réels du milieu - jamais un tel résultat n'aurait pu être atteint. PROMESS demeure un exemple d'aide humanitaire structurante dans le domaine de la santé.

Plusieurs critiques ont été adressées à PROMESS. La plus forte est venue de missionnaires catholiques canadiens qui souhaitent obtenir les médicaments gratuitement, malgré le fait que la majorité d'entre eux pratiquent une politique de recouvrement des coûts (selon le principe décrit plus haut). Des rencontres ont eu lieu: plusieurs centres de santé congrégationnistes sont maintenant de fidèles clients de PROMESS. L'OMS/OPS aurait cependant eu avantage à être beaucoup plus explicite sur ses politiques dès le début. Si tous les intervenants en sont convaincus sur le terrain, elles n'apparaissent pas très clairement dans ses documents d'appel où le lecteur a l'impression que tous les médicaments sont distribués gratuitement.

De même, l'OMS/OPS aurait avantage à améliorer ses communications avec les organisations missionnaires et à leur offrir plus explicitement la possibilité de s'intégrer au Comité de gestion. Les missionnaires ont des habitudes bien ancrées, dont celle de recevoir directement des pays donateurs des médicaments gratuits. On ne peut cependant pas construire sur cette base un système de santé communautaire local viable: beaucoup en sont conscients. D'autre part, beaucoup de missionnaires oeuvrent dans des régions ou zones très défavorisées où ils sont confrontés à la grande pauvreté de la population; PROMESS doit être capable de répondre adéquatement à leurs besoins.

Il faut comprendre que le fonds de roulement accumulé par PROMESS représente en fait la contribution collective des bénéficiaires du programme à l'amélioration de leur propre système de santé communautaire. L'effort devrait donc porter sur l'administration de ce fonds - qui est, somme toute, l'argent de pauvres qui ont une faible capacité de payer - afin que celui-ci serve uniquement leurs intérêts. Le défi pour

l'OMS/OPS est de bien déterminer qui peut défendre adéquatement ces intérêts autour de la table du comité de gestion de PROMESS.

Les autres critiques sont mineures: elles portent 1) sur la nature même des produits génériques (plusieurs usagers ne retrouvant pas le nom commercial familier), 2) sur la politique de distribution passive (les clients doivent se rendre à PAP pour prendre livraison de leurs commandes), 3) et sur les lenteurs administratives du début entre le moment de la commande et celui de la livraison (la situation s'est améliorée depuis).

L'avenir de PROMESS est donc de devenir une structure autonome; il y a cependant lieu d'être prudent dans cette transformation. Jusqu'à présent l'OMS/OPS protège tout autant qu'elle ne contrôle cette structure. Cette vigilance devra continuer à être exercée encore quelque temps - jusqu'à ce que la sortie de crise rétablisse de bonnes conditions pour le développement d'institutions locales. Le capital de PROMESS est très important (l'inventaire est évalué à 2 M\$US) et plusieurs partenaires locaux actuels ne sont pas dégagés d'intérêts et aimerait sans doute s'approprier ce précieux actif.

2.1.2 Eau/assainissement et prévention du choléra

Dans cette section, ont été regroupées les activités relatives à la fourniture en eau potable et à l'assainissement financées par le Canada et réalisées par le service technique de l'OMS/OPS. Ces activités ont été surtout financées à partir de la première contribution et de celle pour la lutte au choléra. Outre des activités concernant l'eau et l'assainissement, cette dernière contribution comprenait également des activités de formation, de suivi épidémiologique et d'équipement de centres de ré-hydratation. Des crédits tirés de la subvention à la poursuite des activités (contribution #7) ont également servi à compléter ces activités.

Tableau 8: Financement canadien pour l'eau/assainissement et la lutte au choléra

ACTIVITÉS	CONTRIBUTION	MONTANT PRÉVU	DÉPENSES	SOLDE
1. EAU/ASSAINISSEMENT	APPEL OMS/OPS I	110 000	101 258	8 742
2. UNITÉS DE RÉHYDRATATION ET FORMATION (CHOLÉRA)	APPEL OMS/OPS II CHOLÉRA	208 575	198 554	10 021
3. SURVEILLANCE ÉPIDEM.		47 000	27 142	19 858
4. EAU/ASSAINISSEMENT ZONE URBAINE		220 000	214 946	5 054
5. RENOUVELLEMENT DES VOLETS PRÉCÉDENTS	ACTION HUM. (GÉNÉRAL)	189 000	69 040	119 960
TOTAL		774 575	610 940	163 635

Les activités "Eau/assainissement" se divisent en deux groupes. Le premier a été réalisé dans le cadre de la contribution #1; il est constitué de 11 petits projets qui se situent davantage du côté de l'assainissement que de l'approvisionnement en eau. Le principal projet fut l'achat et la distribution de produits chlorés pour l'eau potable. La majeure partie de ces produits a été effectivement distribuée; le reste est stocké à PROMESS et est disponible sur demande. Tous les travaux de cette phase sont terminés et ont été jugés satisfaisants.

Le second groupe d'activités est relatif à l'approvisionnement en eau de La Saline, zone défavorisée de Port-au-Prince. Il s'agit de la construction de 5 réservoirs (50,000 gallons chacun avec enclos fermé, bâtiment pour le gardien et la distribution), de l'équipement pour approvisionner ces réservoirs (camions-citernes) et des frais pour en démarrer l'exploitation. La construction de latrines dans le secteur a également été prévue. Ce projet est en fait un portion d'un plan plus vaste; d'autres activités analogues ont été réalisées par l'OMS/OPS à partir d'autres financements. L'objectif de départ était d'assurer aux zones potentiellement le plus atteintes par une épidémie de choléra, un approvisionnement suffisant en eau chlorée. Les réservoirs sont en métal: ils sont fabriqués localement, puis installés sur les sites pour lesquels la population de la zone a fourni le terrain.

Le projet est placé sous la responsabilité d'une ONG locale (dans le cas du financement canadien : CDS) qui assure l'approvisionnement des réservoirs et la distribution aux bénéficiaires. L'approvisionnement se fait par camion-citerne fourni par le projet. La distribution est assurée par un comité local sous la supervision de l'ONG: l'eau est vendue à un prix modeste - 3 gourdes/5 gallons - inférieur aux tarifs pratiqués dans la zone. Le produit de la vente sert à la constitution d'un fonds de roulement suffisant pour le ré-approvisionnement et l'entretien.

L'équipe d'évaluation a visité tous les sites et vérifié l'achat des équipements. Tous les travaux sont complétés; le système devait être inauguré et mis en fonction sous peu. L'encadrement social semble adéquat et le système de distribution d'eau bien compris par les bénéficiaires. Il est à prévoir que ce système constituera une amélioration importante de la qualité de vie et de la santé publique de ces quartiers. Compte tenu de sa capacité et de son rapport qualité/prix, il pourrait être considéré comme un modèle à implanter dans d'autres quartiers. Malgré les difficultés techniques (concernant entre autre la soudure à cause du manque d'électricité), le système a été réalisé sur une courte période: il a la capacité de desservir 2,000 familles/jour par réservoir, soit plus de 50,000 personnes dans la zone, pour un investissement de 340,000\$US. Cette réalisation montre, qu'en augmentant un peu l'effort de ce côté, on pourrait résoudre le problème de l'approvisionnement en eau des bidonvilles de la capitale.

Tableau 9: Eau et assainissement/Réalisations de l'OMS/OPS

DESCRIPTION	SECTEUR EAU	SECTEUR ASSAINISSEMENT	ÉTAT D'AVANCEMENT
PETITS PROJETS DIVERS			
1. Distribution 51 tonnes HTH *	47 750		HTH acquis, distribution en cours
2. Éval. réhabil. 5 systèmes AEP, dépt. Sud-Est *	8 000		achevé
3. Constr. 100 latrines fam. + 2 publ., St-Michel de l'Atl. *		20 000	achevé
4. Contr. 100 latrines familiales, dépt. Artibonite *		15 000	achevé
5. Contr. et réhab. latrines Hôp. Carrefour *		1 450	achevé
6. Réhab. système AEP, dispen. La Providence PAP *	900		achevé
7. Réhab. latrines, Hôp. Bon Samaritain/Roseaux *		355	achevé
8. Réhab. source Tête-de-l'eau, PAP *	8 113		achevé
9. Réhab. égouts, Hôp. Père Damien (sidéens) PAP *		10 542	achevé
10. Réhab. AEP/égouts, CS. La Chapelle, Artibonite *	4 290		achevé
11. Réhab. AEP/égouts, CS. Desarmes, Artibonite *	7 302		achevé
APPROVISIONNEMENT EN EAU (5 RÉSERVOIRS) LA SAUNÈ/PORT-AU-PRINCE			
1. Ach. matériel roulant (2 camions-citernes, 1 véh.) **	128 835		matériel acquis, en fonction
2. Frais d'exploitation **	49 000		en cours
3. Matériel divers **	39 983		matériel acquis, en utilisation
4. Aménagement des 5 sites ***	125 239		travaux achevés
5. Dotes et siège de latrines pour la zone **		5 000	travaux achevés
Sous-total	348 258	5 000	
TOTAL	422 742	52 347	475 089

* financement à partir de la contribution ACDI/APPEL OMS-OPS I

** financement à partir de la contribution ACDI/APPEL OMS-OPS II-CHOLÉRA

*** financement à partir de la contribution ACDI/Action Humanitaire (GÉNÉRAL)

Les autres activités financées par le Canada dans le cadre du programme de lutte au choléra ont été 1) l'implantation d'unités de réhydratation dans des centres de santé déjà existant, 2) la réalisation d'un programme de formation et 3) l'appui à la surveillance épidémiologique. Ce dernier aspect a été confié à une ONG locale (IHE)