

spécialisée sur la question; il fonctionne à partir de 42 centres-sentinelles et d'un laboratoire de référence. Le système semble efficace; il a, par exemple, été en mesure de détecter l'an dernier la présence du *Vibrio Cholerae* - fort heureusement sous une forme non-épidémique.

Le programme de formation a touché dans un premier temps, 52 professionnels de la santé communautaire. La formation a fait l'objet d'une évaluation par l'OMS/OPS qui a démontré une inadéquation entre le contenu trop théorique et la réalité sur le terrain. Des correctifs ont été apportés pour la seconde phase qui est actuellement en cours.

Des 8 unités de réhydratation prévues, 6 ont été effectivement réalisées et sont opérationnelles. Devant l'absence d'épidémie de choléra, ces unités se sont spécialisées dans les soins aux cas graves de diarrhée affectant les enfants, cas qui sont en recrudescence dans une situation de malnutrition des populations pauvres. L'équipe d'évaluation a visité une unité dans une zone défavorisée de Port-au-Prince (Hôpital Ste-Catherine de Labouré); cette unité est parfaitement fonctionnelle et remplit adéquatement son rôle. Un tableau statistique sur l'évolution des cas de diarrhée est disponible pour une période de plus d'un an, ce qui permet de mieux évaluer la situation dans cette zone.

Le programme de lutte au choléra a donc été réalisé avec satisfaction. Il faut cependant noter que si le pays est un peu mieux équipé pour faire face à une situation épidémique, les quelques ressources existantes n'ont pas la capacité d'intervenir dans une véritable situation d'urgence épidémiologique. Si une telle situation se produisait, il faudrait de l'avis des spécialistes de la question, avoir recours à du personnel et du matériel venu de l'extérieur, pour être en mesure de faire face à la catastrophe humaine qu'une telle épidémie pourrait représenter. Dans une perspective de prévention d'une telle épidémie, il semble que les efforts à court terme doivent porter non pas sur le renforcement des capacités d'intervention du système de santé publique haïtien (où des préalables de bonne gestion, de mobilisation, de concertation doivent être acquis afin de le rendre efficace dans une situation d'épidémie) mais plutôt sur la fourniture d'eau potable et l'assainissement en zones défavorisées.

2.1.3 Soutien aux programmes de lutte aux maladies infectieuses

Ce groupe d'activités constitue le second groupe en importance eût égard au financement canadien: les activités couvertes peuvent être ainsi réparties: 1) support au programme élargi de vaccination (EVA), 2) support aux soins de santé primaires, 3) lutte contre les MTS et le SIDA, 4) lutte contre la tuberculose, et 5) surveillance épidémiologique.

Tableau 10: Financement canadien pour la lutte aux maladies infectieuses

ACTIVITÉS	CONTRIBUTION	MONTANT PRÉVU	DÉPENSES	SOLDE
1 SUPPORT AUX PROGRAMMES PRIORITAIRES EN DIFFICULTÉS PEV, Santé primaire, Tuberculose, SIDA,	APPEL OMS/OPS II	536 975	504 567	32 408
	ACTION HUM. (GÉNÉRAL)	276 200	159 144	117 056
	ACTION HUM. (MALADIES TRANS.)	1 777 417	732 907	1 044 510
TOTAL		2 590 592	1 396 618	1 193 974

* montants en \$US

Les activités du PEV se font surtout à travers PROMESS qui a été doté d'une capacité adéquate de stockage des vaccins et qui en assure la distribution. Une vaste campagne contre la rougeole - visant à assurer une couverture nationale complète - avait été prévue au moment du retour à la vie démocratique; elle a été reportée et les crédits sont toujours disponibles pour la réaliser. L'urgence épidémiologique relative à la rougeole est toutefois passée.

Le programme de soins de santé primaires comprend aussi lui-même plusieurs activités concernant la vaccination. Il est réalisé à travers le réseau des ONG oeuvrant en santé et s'appuie également sur PROMESS pour ce qui est des médicaments. Le programme a, entre autre, fourni du matériel roulant et de l'équipement à des centres opérant dans des régions éloignées.

La majorité des activités de lutte à la tuberculose se font en concertation avec le programme CAT (Cruisade Against Tuberculosis) depuis longtemps établi en Haïti et qui prolonge à travers le pays l'action d'un hôpital spécialisé à Port-au-Prince sur le traitement de la tuberculose (Grace Hospital) supervisé par ICC. La distribution de médicaments se fait à travers le système PROMESS.

Les activités de lutte aux MTS et au SIDA sont réalisées par des ONG impliquées sur cette question. Elles portent surtout des questions d'éducation, de sensibilisation et d'information visant les populations. Quelques activités plus spécifiques sont également réalisées: telle l'élaboration d'un guide sur la prise en charge d'un malade, la surveillance épidémiologique et le testage de la qualité du sang disponible pour les transfusions. L'OMS/OPS assure la coordination de ce programme; un rapport périodique fait état des projets réalisés et des activités en planification.

Toutes les activités de cette rubrique sont en fait la poursuite de programmes de santé publique mis en oeuvre par l'OMS/OPS avant le début de la crise. Les crédits reçus de la communauté internationale ont permis leur continuation. Le Canada contribuait déjà au programme de lutte aux MTS et au SIDA; le programme d'urgence a permis de ne pas interrompre ces activités - ce qui aurait eu un effet dramatique vu l'incapacité de l'État d'intervenir efficacement dans ces domaines.

2.1.4 Interventions en région et support aux ONG

Au niveau de la livraison de services à la population, particulièrement en zones défavorisée, la stratégie de l'OMS/OPS a été de travailler avec les ONG qui, malgré la crise, sont demeurées fonctionnelles. Cette stratégie a donné lieu à trois séries d'activités réalisées à partir de trois contributions différentes.

Tableau 11: Financement canadien pour les régions et les ONG

ACTIVITÉS	CONTRIBUTION	MONTANT PRÉVU	DÉPENSES	SOLDE
1. SUPPORT AUX PETITS PROJETS D'ONG	APPEL OMS/OPS I	216 284	213 818	2 466
2. CONSORTIUM NORD-OUEST	APPEL OMS/OPS II	124 000	124 000	0
3. CONSORTIUM GRANDE-ANSE	ACTION HUM. (GÉNÉRAL)	158 200	156 102	2 098
TOTAL		498 484	493 920	4 564

* montants en \$US

La premier groupe d'activités a consisté à donner un support à 16 ONG ou institutions locales qui sont directement impliquées dans les secteurs prioritaires: santé materno-infantile, surveillance et contrôle de la diarrhée et maladies infectieuses, eau et assainissement. Deux objectifs étaient poursuivis : 1) maintien des services en zones éloignées et 2) maintien de ces institutions pour éviter leur fermeture et la dispersion des ressources humaines. Cette stratégie de micro-projets a atteint ses objectifs court terme: à moyen terme, elle a permis de développer une approche plus concertée des problèmes de santé en régions éloignées. C'est ainsi que la stratégie a été graduellement modifiée pour laisser place à celle des "consortia", regroupement d'ONG qui oeuvrent en régions éloignées et qui mettent en commun leurs efforts.

La seconde contribution canadienne a permis de soutenir un premier consortium, celui du "Far West", région du département du Nord-ouest ainsi nommée et connue pour sa

sécheresse et ses conditions de famine endémique. Le projet a permis de regrouper 6 ONG (Interaide, SOE, CAT, CARITAS, CARE, Parole et Action) et leur a donné un appui technique pour réaliser un plan d'action intégré. Le consortium a rendu possible la création d'un dépôt régional de médicaments essentiels approvisionné par PROMESS, l'organisation matérielle pour la vaccination dans les zones éloignées et la distribution de vaccins, la formation de matrones, le support à la gestion des pharmacies, et le soutien au programme de lutte à la tuberculose. Le programme a également jeté les bases d'une nouvelle manière d'agir en santé communautaire - regroupements locaux d'ONG - structure qui se met graduellement en place et qui constitue un premier pas vers une gestion décentralisée efficace.

A partir de la troisième contribution canadienne, une seconde expérience de soutien à un consortium en région éloignée a été démarrée, cette fois dans la Grande Anse. Le consortium s'appelle CONGA, il regroupe les ONG oeuvrant dans la région. Ses activités sont similaires à celui du Far West. Un dépôt de médicaments approvisionné par PROMESS est déjà en fonction. L'agent de suivi du BACC a d'ailleurs réalisé une récente mission dans cette région. Son rapport montre qu'il y a un grand intérêt pour le consortium, que la disponibilité de médicaments essentiels s'est améliorée, que la formation du personnel demeure un problème important et que les structures publiques en santé communautaire de même que les équipements de l'État y sont dégradés au point de n'être plus fonctionnelles. Il faut donc compter sur les établissements mixtes ou sur les structures privées à but non lucratif pour assurer les services à la population.

2.1.5 Constats sur l'efficacité, l'efficacités et l'impact de l'OMS/OPS en Haïti

Efficiences

- . L'OMS/OPS a été un gestionnaire exemplaire des fonds canadiens qui lui ont été confiés. Son système de gestion comptable permet de suivre très exactement les dépenses imputées sur chacune des contributions; le contrôle interne est satisfaisant et les rapports produits sont utilisés sur le terrain par les responsables afin de soutenir leurs décisions;
- . L'OMS/OPS a réussi à planifier des activités qui ont répondu aux besoins selon les circonstances et qui ont été adaptés tout au long de la crise dans le but de maintenir un niveau de service minimum en santé publique. L'exemple de PROMESS est particulièrement explicite à cet égard. Le rendement des subventions a été maximisé tout en rendant les produits disponibles en qualité et en quantité suffisantes.
- . L'OMS/OPS a exercé un contrôle constant sur la qualité de ses activités. Elle a réussi à réorienter ses programmes les plus faibles (exemple: la formation pour la lutte au Choléra) et à renforcer ses programmes les plus efficaces

(consortium, PROMESS). Elle a été d'une grande transparence et d'une grande exactitude dans ses rapports avec les bailleurs de fonds - exception faite de la politique de recouvrement des coûts de PROMESS qui aurait gagné à être beaucoup plus explicite dans les requêtes;

L'OMS/OPS est doté sur le terrain d'un personnel expatrié et local de haute compétence; le climat de travail y est excellent et les activités progressent. Les coûts indirects imputés aux contributions canadiennes sont très bas (en moyenne 4%); ils ne reflètent cependant pas la totalité des coûts administratifs. La structure locale de l'OMS/OPS est caractérisée par son dynamisme, le caractère hautement professionnel de ses activités et la qualité de ses relations avec les autres intervenants dans ce secteur.

Efficacité

La réalisation des programmes de l'OMS/OPS est très satisfaisante; le succès est particulièrement grand en ce qui concerne PROMESS qui assure un niveau d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels supérieur à ce qui existait avant la crise. Toutes les régions du pays sont desservies et la demande est toujours en croissance. Le système pratique une politique de recouvrement qui tient également compte de la capacité de payer des bénéficiaires: il peut s'ajuster en conséquence.

L'OMS/OPS a réussi à soutenir le travail des ONG en santé dans des zones éloignées; elle a permis la constitution de consortiums qui sont des expériences très utiles de concertation et qui peuvent jeter les bases d'une nouvelle stratégie décentralisée en santé communautaire.

L'OMS/OPS a réussi à maintenir ses programmes de santé publique - particulièrement ceux reliés à la lutte aux MTS et au SIDA, et à la lutte contre la tuberculose. L'interruption de ces programmes à cause de la crise aurait représenté un recul énorme en santé publique - surtout pour ces maladies où une augmentation des cas est notée.

Dans le cas de la lutte contre le choléra, les activités concernant l'eau potable en zone défavorisée seront probablement les plus efficaces. La formation du personnel permettra une meilleure sensibilisation au problème et quelques-centres (6) auront des équipements minimaux. Le pays n'est toutefois pas équipé (ni en ressources matérielles, ni en ressources humaines) pour faire face à une telle éventualité; il n'existe pas de stratégie nationale concertée.

Impact

L'OMS/OPS produit chaque année une "Analyse de la situation sanitaire en Haïti" qui devient la référence de base en ce domaine. Dans sa dernière livraison (1993) l'OMS/OPS se montre assez pessimiste quant à l'évolution des conditions de santé de la population à cause 1) de l'inefficacité chronique des services publics conduisant à une grande détérioration des équipements et à un affaiblissement de la qualité du personnel, 2) de la pression démographique qui augmente, 3) de la détérioration de l'environnement physique, et 4) de la détérioration des conditions économiques, sociales et politiques. Dans ce contexte difficile, l'OMS/OPS a tenté de favoriser le développement d'une politique de santé publique en s'appuyant sur les ONG et institutions encore viables et en utilisant au mieux les ressources de l'aide humanitaire. Son impact est majeur à ce niveau - surtout grâce à PROMESS qui est devenu la pierre angulaire de cette stratégie.

2.1.6 L'OMS/OPS: approches et perspectives en santé publique

Avant la nomination récente du gouvernement Jonassaint (non-reconnu par la communauté internationale), l'OMS/OPS avait soutenu les efforts du Ministère de la santé du gouvernement Malval, afin de mettre sur pied un politique de santé communautaire fondée sur la concertation entre les organisation et groupes intervenants à la base. Cette politique de santé publique était, en quelque sorte, le prolongement des actions soutenues par l'OMS/OPS tout au long de la crise et réalisées par ses multiples partenaires. Dans ce dossier, l'OMS/OPS a joué un rôle de leadership et de concertation en ayant le souci de livrer le meilleur service aux populations défavorisées tout en misant sur le renforcement des capacités locales. Cette approche montre qu'il est possible - même à l'intérieur du secteur de la santé (souvent considéré comme "unsustainable") - de réaliser des activités structurantes. L'exemple le plus spectaculaire est celui de PROMESS; il n'est toutefois pas le seul - le système de distribution d'eau des zones défavorisées pourrait avoir les mêmes effets.

Dans une perspective où la situation socio-politique stagne, il faudrait donc chercher à maintenir ces acquis et à rendre le système le moins dépendant possible des aléas de la structure politique. Dans une perspective de sortie de crise et de stabilisation d'un régime démocratique, il faudrait alors tenter de construire le meilleur pont entre les politiques nationales de santé et ce réseau d'intervention à la base. Dans les deux cas, c'est l'OMS/OPS qui peut le mieux assurer l'atteinte de ces objectifs et jouer à la fois ce rôle de coordination des intervenants et de surveillance de la qualité des réalisations. La conception et la mise en oeuvre d'un volet "Santé/Eau et assainissement" d'un programme canadien d'assistance humanitaire structurante devraient lui être confiées.

2.2 Les projets de l'UNICEF

La Direction de l'assistance humanitaire de l'ACDI a répondu à trois requêtes qui lui ont été adressées par l'UNICEF au cours de la crise. Le premier appel a été lancé en avril 1992 et portait sur un programme d'assistance humanitaire d'urgence qui devait toucher 500,000 personnes réparties dans le pays. Ce programme était doté d'un budget total de 5,574,500\$US. Les secteurs d'activités identifiés étaient la santé de base (2,052,800\$), la nutrition (809,000\$), l'eau/assainissement (1,814,700 \$), le suivi-évaluation (62,000\$); les coûts d'administration étaient de 835,000\$. Le Canada a accordé, en juin 1992, une subvention de 1 M\$Can pour la secteur eau/assainissement de ce programme. Bien que les fonds provenaient du programme bilatéral, la Direction de l'assistance humanitaire a procédé en accordant les fonds par subvention et non par accord de contribution.

Tableau 12: Financements canadiens à l'UNICEF

DESCRIPTION	MONTANT	ANNÉE	SOURCE	ÉTAT D'AVANCEMENT
1. EAU/ASSAINISSEMENT	1 000 000	92-93	BILATÉRAL	complétés à 95% rapport d'étape disponible
2. IMMUNISATION D'URGENCE	300 000	92-93	MULTILATÉRAL	terminé rapport final disponible
3. EAU/ASSAINISSEMENT II	500 000	93-94	MULTILATÉRAL	en démarrage
TOTAL	1 800 000			

En avril 1993, la Direction de l'assistance humanitaire accordait, à partir de ses propres fonds, un seconde subvention de 300,000\$ liée à la réalisation du programme élargi de vaccination (PEV) suite à un appel spécial de l'UNICEF en concertation avec d'autres donateurs. Enfin, cette même direction accordait en février 1994, une subvention de 500,000\$ de ses fonds propres, en réponse à un second document d'appel international de l'UNICEF lancé en septembre 1993. Ce document proposaient des activités concentrées dans le secteur eau/assainissement; il était doté d'un budget total de 1,846,520\$US.

2.2.1 Approvisionnement en eau potable

Le tableau 13 illustre les réalisations de l'UNICEF dans le secteur "eau/assainissement" à partir de la première subvention canadienne; aucune activité n'a encore été mise en oeuvre à partir de la seconde. Ces données proviennent d'un rapport en préparation par l'UNICEF, fourni lors de la mission sur le terrain. L'analyse a révélé plusieurs petites divergences (nature des travaux, coûts, etc.) avec les données apparaissant dans le rapport d'étape précédemment soumis. Le professionnel du BACC chargé du suivi du projet, n'a pas pu avoir accès à ces données au cours de la mise en oeuvre du programme. Des visites sur le terrain du personnel de l'Ambassade avaient d'ailleurs révélé plusieurs lacunes dans la méthodologie d'identification et de planification des projets de l'UNICEF.

Il semble que l'UNICEF, habituée d'intervenir de concert avec les structures de l'État, éprouve des difficultés à opérer dans le contexte de la crise. D'un côté, elle ne veut pas se transformer en agence d'exécution de projets; de l'autre, elle a des difficultés à travailler avec d'autres partenaires, particulièrement dans le secteur non-gouvernemental qui, lui-même, a besoin de renforcement. Son programme "Eau/assainissement" est caractérisé par un manque de planification au départ: l'UNICEF a répondu à différentes requêtes de nature diverse provenant du milieu. Il n'est donc pas étonnant de retrouver dans le programme, une mosaïque de projets d'envergures différentes et se situant dans différentes régions plutôt qu'une stratégie d'intervention cohérente axée sur des besoins prioritaires.

Si les aspects techniques de ces projets sont généralement bien réalisés, il en va autrement des aspects sociaux. Les sites visités par l'équipe d'évaluation montrent d'évidentes lacunes à cet égard: faiblesse des comités locaux, problèmes d'exaction et de contrôle, rapports douteux entre la collectivité locale et le partenaire identifié. C'est ainsi que l'UNICEF, sans grand discernement, a financé des organisations communautaires d'allures suspectes qui sont caractérisées par des affinités ouvertement avouées avec les valeurs et modes d'opération du duvaliérisme le plus radical. Ces faits troublants, joints à la pauvreté générale des dimensions sociales des projets en Haïti, ne correspondent ni à l'image de marque de l'UNICEF dans le milieu de la coopération, ni aux intérêts de la coopération canadienne.

La nouvelle direction locale de l'UNICEF s'est montrée très sensible à ces problèmes et reconnaît qu'elle a eu des difficultés à trouver un juste équilibre dans le contexte très particulier de la crise haïtienne. Dans le secteur "Eau/assainissement", le budget de la dernière subvention fait d'ailleurs porter de plus grands efforts sur les dimensions sociales. Il ne sert en effet à rien de doter les zones défavorisées d'équipements sans qu'il n'y ait une organisation communautaire viable et efficace, capable de refléter les intérêts réels de la population qui y habite. Une approche concertée avec les autres intervenants - particulièrement en milieu urbain - demeure aussi une lacune générale de ces programmes.

Tableau 13: Eau et assainissement/Réalisations de PUNICEF

LOCALISATION	SECTEUR EAU	US\$	SECTEUR ASSAINISSEMENT	US\$	ÉTAT D'AVANCEMENT
NORD-OUEST					
1. Dispensaires de la zone Nord-Ouest (14)	const. 12 réservoirs réhab. 2 réservoirs	54 072	-	-	réalisé à 90%
2. Passé-Catabois	réhab système adduc.	7 802	200 latrines familiales	15 628	réalisé à 100%
3. St-Louis du Nord	-	-	50 latrines familiales 2 blocs sanitaires	14 507	réalisé à 100%
4. Gros-Morne	const. 6 forages équip pour 10 forages	-	200 latrines familiales	12 628	réalisé à 100%
5. Jean-Rabel/Môle St-Nicolas	équip pour 2 forages	200	220 latrines doubles	28 250	réalisé à 100%
6. Sources-Chaudes	réhab. système adduc.	2 200	7 latrines familiales 2 latrines communau.	1 200	réalisé à 60%
7. Anse-Rouge	construc système adduc. forage	100 800	-	-	réalisé à 98%
8. Bombardopolis	construc. 2 forages équipés	9 038	-	-	réalisé à 98%
PLATEAU-CENTRAL					
9. Boucan Carré	réhab. et construc. système adduc.	20 115	20 latrines	1 000	réalisé à 100%
10. Cerca-La-Source	réhab. système adduc.	36 536	-	-	réalisé à 98%
11. Tirozo/Latine/Blassou	const. système adduc.	66 731	-	-	réalisé à 98%
12. Messade	const. réservoir	23 000	-	-	réalisé à 100%
GRAND-GOAYE					
13. Dana/Diny/Meilleur	réhab. système adduc. construc. 16 forages	69 400	150 latrines familiales 10 blocs sanitaires	21 159	réalisé à 100%
PORT-AU-PRINCE					
14. Villa Rosa	construc. 2 réservoirs et 3 bornes fontaines	15 301	-	-	réalisé à 100%
15. Morné l'Hôpital/zones marginales PAP	réparation de réservoirs et install. de châteaux d'eau	38 122	1 bloc sanitaire	600	réalisé à 100%
16. Sous-Rail/Carrefour	construc. 2 réservoirs	17 000	-	-	réalisé à 100%
17. Bas-Fonds Philomène	construc. 1 réservoir	10 000	-	-	réalisé à 100%
					-
SOUS-TOTAL		500 499		94 998	595 497
Formation, encadrement, administration		179 372		44 643	224 215
TOTAL		679 871		139 641	819 512

2.2.2 Campagne de vaccination

Le financement canadien accordé à l'UNICEF pour soutenir le PEV, a été utilisé pour réaliser l'Initiative de Vaccination des Maires. Il s'agit d'une initiative qui avait comme objectif d'accroître de façon significative la couverture immunitaire des enfants et des mères de quatre municipalités de la zone de Port-au-Prince. Le constat à l'origine de ce programme d'urgence était le suivant. D'abord, la couverture immunitaire concernant la rougeole avait considérablement diminuée au début des années 90. Le taux de mortalité infantile dû à la rougeole est, en effet, passé de 1% en 91 à 14% en 92, ce qui est symptomatique d'une sévère épidémie en nette progression devant la diminution de la couverture immunitaire. Des diminutions importantes de la couverture épidémiologie concernant d'autres affectations, étaient également signalées (OPV3: -13%, DPT3: -13%).

L'objectif de la campagne était donc d'améliorer la couverture immunitaire concernant ces maladies dans les zones les plus peuplées de la capitale. La campagne avait également comme autres objectifs d'administrer la seconde dose du vaccin anti-tétanique aux mères et de procurer aux personnes une dose de vitamine A. La stratégie d'intervention visait à doter les postes sanitaires de ces zones en équipements et matériel (chaîne de froid, seringues, etc.) suffisant pour assurer la logistique de la campagne. Compte tenu des difficultés de mobilisation des populations à cette époque, deux municipalités seulement (Delmas et Carrefour) ont participé à l'opération qui s'est déroulée en trois séances d'une journée.

Tableau 14: Campagne de vaccination/Réalisation de l'UNICEF

NATURE DES DÉPENSES	MONTANT	COUVERTURE IMMUNITAIRE	% AVANT	% APRÈS
1. Matériel PEV	180 152	1. DPT3/OPV3(Carrefour)	10%	84%
2. Récipients vaccins	3 013	2. Rougeole(Carrefour)	10%	66%
3. Vaccins	22 690	3. DPT3/OPV3(Delmas)	7%	35%
4 Vitamine A	11 920	4. Rougeole(Carrefour)	4%	43%
SOUS-TOTAL	217 775	5. TT2 des mères	19%	31%
5. Coûts d'opération	6 843			
TOTAL	224 618			

Le tableau 14 montre l'état des réalisations de ce programme de l'UNICEF. Les données concernant la couverture immunitaire proviennent d'une enquête effectuée par l'UNICEF suite à cette opération; ils indiquent une nette amélioration de la situation et un niveau satisfaisant d'atteinte des résultats. Ces résultats sont jugés crédibles par l'expert en santé publique du BACC. L'opération peut donc être considérée comme un succès.

2.2.3 Constats sur l'efficacité, l'efficacités et l'impact des projets de l'UNICEF

Efficiences

- . Les coûts administratifs des programmes de l'UNICEF réalisés à partir des financements canadiens sont relativement bas (surtout en ce qui concerne le programme vaccination) et conformes aux budgets présentés.
- . La capacité de la section "santé" de planifier et de mettre en oeuvre des activités de vaccination est jugée très satisfaisante. Cette section a probablement un potentiel supérieur d'intervention; elle pourrait absorber une part plus grande d'activité en concertation avec l'OMS/OPS;
- . La capacité de gestion de projets de la section "Eau et assainissement" semble beaucoup plus faible. Elle doit pouvoir démontrer un niveau accru d'analyse des dimensions sociales des projets, de concertation avec les autres intervenants et d'encadrement du développement communautaire.
- . Contrairement à l'OMS/OPS, l'UNICEF n'a pas réussi à mettre sur pied des stratégies d'intervention propres au contexte de la crise, notamment par des partenariats adaptés aux besoins du secteur non-gouvernemental.

Efficacités

- . Les réalisations techniques des projets du secteur "Eau et assainissement" sont satisfaisantes, en qualité et en quantité. Les dimensions sociales de ces projets sont cependant généralement déficientes; elles concernent 1) l'analyse sociale du milieu, 2) la formation des responsables locaux, et 3) l'encadrement du développement communautaire. Dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement, la qualité des services rendus à la population dépend autant sinon plus de la dimension sociale que de la dimension technique.
- . Le programme de vaccination a été réalisé dans 2 des 4 municipalités prévues. Ses composantes ont été celles qui avaient été planifiées; l'UNICEF a fait un réel effort de suivi de ces activités.

Impact

- . Bien que techniquement fonctionnels, aucun des 4 sites des projets urbains visités n'étaient en opération. Des usagers ont signalé divers problèmes de fonctionnement, tous liés aux aspects sociaux (contrôle de l'eau, comité local, personnel, etc.). Le site rural visité était quant à lui en opération et la qualité technique des travaux (avec de légers défauts aux robinets et raccordements) était satisfaisante. La nature et les valeurs des organisations "communautaires" impliquées - se réclamant ouvertement du duvaliérisme - donnaient à réfléchir sur l'impact social.
- . L'UNICEF a mesuré l'impact de son projet de vaccination en terme d'amélioration de la couverture immunitaire pour les deux zones visées. L'impact n'est pas négligeable compte tenu de l'envergure modeste du projet. Il ne correspond toutefois qu'à une faible partie des activités nationales du PEV qui n'ont pu être réalisées - suite entre autres, à l'annulation et au report de la campagne nationale de vaccination contre la rougeole. Dans ce dossier, l'UNICEF a quand même réalisé sa partie.
- . Malgré les difficultés, l'UNICEF a quand même collaboré dans la mise en oeuvre de projet "Eau/assainissement" avec une dizaine d'ONG locales, canalisant ainsi des ressources vers ces organisations de la société civile.

2.2.4 L'UNICEF: approches et perspectives

Si la réalisation du secteur "Santé" de l'UNICEF a été satisfaisante, celles du secteur "Eau/assainissement" est plutôt décevante. D'une part, la planification des activités laisse à désirer: l'UNICEF aurait eu avantage à établir des priorités sectorielles et géographiques pour répondre mieux aux conditions générées par la crise. De plus, la concertation avec les autres donateurs a fait défaut (dans une zone urbaine défavorisée, on trouve - à dix mètres de distance l'un de l'autre - deux réservoirs neufs, de capacité similaire, construits par deux projets différents). Si les constructions techniques sont satisfaisantes, l'organisation sociale entourant le projet ainsi que plusieurs systèmes reliés aux ouvrages (approvisionnement par camions des réservoirs par exemple) sont très problématiques; s'ils ne sont pas corrigés, ils risquent de devenir autant de facteurs d'échec des projets - donc de perte des investissements. La nouvelle direction de l'UNICEF est consciente de ces problèmes qu'elle souhaite corriger. Dans leur forme actuelle, ses modes d'opération demeurent cependant vulnérables. L'équipe d'évaluation est d'avis qu'il est préférable de ne pas considérer l'UNICEF comme le canal privilégié d'intervention dans le secteur "Eau/assainissement". Mieux vaudrait à court terme, laisser l'UNICEF entreprendre et terminer les travaux prévues à la dernière subvention et, à la lumière de ses réalisations, ré-évaluer ses capacités avant de lui accorder de nouvelles subventions.