

PD-ARC-441

70209

RAPPORT D'EVALUATION
DU PROJET D'EXTENSION DE PLANIFICATION FAMILIALE
(521-0124)

Un Accord de Projet
entre
le Gouvernement Haitien
et
L'Agence Américaine pour le Développement International (USAID)

Norine C. Jewell, M.P.H.
Jean LeComte, M.D.
Alain Marcoux, Demographe
James Robinson, M.P.A.

Port-au-Prince, Haiti
Octobre 1983

TABLE DES MATIERES

Evaluation du Projet d'Extension de Planification Familiale Octobre 1983

	Page
Remerciements	
Abreviations	
RESUME	1
INTRODUCTION	15
1. Etat du Problème	15
2. Stratégie du Problème	15
3. Méthodes d'Evaluation	16
PLANIFICATION FAMILIALE EN HAITI : RESULTATS ET IMPACT	18
1. Résultats du Programme de FP	18
2. Impact du Programme de FP sur la Fertilité	30
 COMPOSANTES DU PROGRAMME OBJECTIFS DU PROJET D'EXTENSION DE PLANIFICATION FAMILIALE 	
CAPACITE DE GESTION	37
1. Gestion du Programme: Prise de Décision	37
1.1. Fonctions de la DHF	37
1.2. Regionalisation et Intégration: Impact sur la PF	38
1.3. Gestion et comptabilité de la DHF	40
1.4. Recommandations	45
2. Gestion Administrative	46
2.1. Analyse Financière et Recommandations	46
2.2. Gestion Financière et Recommandations	53
2.3. Fonction d'Appui Administratif et Recommandations	58
2.4. Analyse de Coût	64
3. Statistique et Evaluation du programme	65
3.1. Système de Statistique de Service des programmes	66
3.2. Les Besoins du Programme en Statistique	70
3.3. Recommandations	72

0

AMELIORATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES SERVICES DE FP	73
1. Services Institutionnels	73
1.1. Institutions Fixes	73
1.2. Les Cliniques Mobiles	75
1.3. Les FADH	77
1.4. Les Matrones	79
1.5. Recommandations	80
2. Méthodes Contraceptives	85
2.1. Pilules et Condoms	85
2.2. La Stérilisation volontaire	87
2.3. Les Méthodes Naturelles	90
2.4. Recommandations	94
3. Programmation	96
3.1. Contenu de la Programmation	97
3.2. Problèmes	97
3.3. Recommandations	98
4. Supervision	99
4.1 Supervision Qualitative	99
4.2 Recommandations	101
4.3 Supervision Quantitative	101
4.4 Recommandations	102
5. Education	103
5.1. Organisation des Services d'Education Sanitaire	103
5.2. Strategie	106
5.3. Problèmes	106
5.4. Recommandations	107
6. Formation Médicale et Paramédicale	108
6.1. Formation de Base	108
6.2. Formation en Cours d'Emploi	112
7. Approvisionnement en Contraceptifs	115
7.1. Mécanisme d'approvisionnement	115
7.2. Situation sur le Terrain	116
7.3. Contraintes	116
7.4. Recommandations	117
8. Etudes et Recherches	117
8.1. Etudes Fondamentales	117
8.2. Recherches Operationnelles	118
8.3. Responsabilité de la Recnercne Operationnelle	119
8.4. Recommandations	119

EXPANSION DE L'APPUI AU SECTEUR COMMUNAUTAIRE & PRIVE POUR LA PF	121
1. Système de Prestation de Service	121
2. Méthode du Programme	122
3. Opérations de Recherche	125
4. Impact de l'Approche Communautaire	126
5. Contraintes	127
6. Recommandations	127
PROGRAMME COMMERCIAL	131
1. Objectifs, Historique & Résultats	131
2. Demandes Possibles et Défauts des Produits	133
3. Réglementation des Prix	137
4. Options Disponibles	141
5. Recommandations	143
DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE POPULATION	145
Recommandations	148
APPENDICES	150
Biographie	151
Documents Consultés	152
Personnes Interviewés	155
Historique des Analyses Démographiques: Annexe I-V, A. Marcoux	
Donées de Bases sur la Distribution des Services: Annexe I-IV, J. LeConte	

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation présente ses plus vifs remerciements au Dr. Serge Armand, Chef de la Direction d'Hygiène Familiale pour son support et sa collaboration; à Monsieur Guy-Fred Célestin, Chef de la Section de Recherche et d'Evaluation qui a fait tout son possible pour coordonner notre difficile horaire et s'est toujours rendu disponible; à Ms. Sue Gibson qui a procuré à l'équipe une aide complète et valable; à M. Dick Metcalfe, qui en dépit de sa récente arrivée en Haïti en tant que Responsable des Programmes de Population, s'est donné entièrement en vue fournir à l'équipe tout ce qui lui était nécessaire au cours d'une période de travail intense.

Nous voulons remercier également tous ceux que nous avons interviewés au DSPP, à la DHF et à l'AID, ainsi que le Dr. Serge Toureau, Directeur Général au DSPP, Dr. Adeline Verly, Directeur des Services de Santé Régionalisés, qui ont tout fait pour que l'évaluation serve à une cause pratique. Nos remerciements vont également au Dr. Marc Angrand, Directeur de la Région Nord et au Dr. Josette Bijoux, Directeur de la Région Sud, qui nous ont royalement reçus lors de nos visites.

Abbreviations

BN	:	Bureau of Nutrition
CNP	:	Conseil National de Population
CRS	:	Commercial Retail Sales
DHF	:	Direction d'Hygiene Familiale
DSPP	:	Department of Public Health and Population
FP	:	Family Planning
FPO	:	Family Planning Outreach Project
FY	:	Fiscal Year
GOH	:	Government of Haiti
HFS	:	Haitian Fertility Survey
IHSI	:	Institut Haitien de Statistique et Investigation
JHPIEGO	:	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
MDS	:	Multi-Round Demographic Surveys 1975-77
MCH/FP	:	Maternal Child Health/Family Planning
ONAAC	:	National Organization for Literacy and Community Action
PAHO	:	Pan American Health Organization
R & E	:	Research and Evaluation
UNFPA	:	United Nations Fund for Population Activities
USAID	:	United States Agency for International Development
SNEM	:	National Service of Endemic Diseases

RESUME

1. L'Objet et le Plan de l'Evaluation

Les objectifs principaux du Projet d'Extension de Planification Familiale, qui est financé par l'USAID comprennent l'offre des services en matière de planification familiale par tous les établissements de santé publiques et par les 75% des unités de santé dirigées par les groupes privés et sans but lucratif; l'accès aux contraceptifs au moyen de la distribution communautaire et de la distribution commerciale; et un engagement aux hauts niveaux du Gouvernement à examiner des lignes directrices "en vue d'une politique en matière de population." Le Projet sera financé par l'AID pendant quatre ans (de l'exercice 1981-82 à l'exercice 1984-85) au taux de 9.615 millions de dollars et il est axé sur cinq objectifs programmatiques. Le Programme est fondé sur le Programme National de planification familiale qui est financé par l'USAID depuis l'exercice 1974-75.

Une équipe d'évaluation a été invitée à diriger l'évaluation à la mi-terme, prévue pour la fin de l'exercice 1983, en vue d'examiner: (a) si les objectifs et les extrants se réalisent et (b) si les activités et les tâches sont exécutées selon le Plan d'Exécution du Document de Projet. L'équipe a évalué le Programme comme il a été demandé dans le Statement of Work, axant ses tâches sur les cinq objectifs qui sont décrits dans le Document de Projet comme suit:

1. Renforcer la capacité administrative du DSPP/DHF.
2. Améliorer la qualité et la quantité des services au niveau des cliniques
3. Elargir l'appui communautaire et privé
4. Mettre au point et exécuter le programme commercial
5. Stimuler le développement d'une politique en matière de population.

Les membres de l'équipe ont été sélectionnés pour leur expérience dans quatre différents domaines fonctionnels. Ils devront se concentrer sur les tâches énumérées dans le Statement of Work, notamment:

1. La capacité administrative générale dans le cadre de la régionalisation et de l'intégration;
2. La gestion financière, l'analyse économique, l'économie des moyens.
3. Les statistiques de service, les enquêtes nationales sur la fécondité, les données provenant des recensements, les projections;
4. La Couverture des systèmes sanitaires, extension, la main d'oeuvre requise pour les programmes de formation.

Pour exécuter l'évaluation, les membres de l'équipe ont lu tous les documents pertinents; interviewé le personnel aux bureaux centraux de la Division et du DSPP, aux régions nord et sud, à l'USAID, aux projets de santé et d'assistance technique s'y rattachant, et aux autres organismes donateurs; visité des services sur le terrain; compilé et analysé des données financières et de service; et tenu des réunions y donnant suite pour justifier les résultats avant de préparer leur rapport et tenir le "de-briefing".

2. Les Réalisations du programme de Planification Familiale de 1971 à 1983

La Division d'Hygiène Familiale a été fondée en 1971 au sein du Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP), avec le mandat de fixer une politique en matière de santé materno-infantile et de planification familiale (PMI/PF), y compris la supervision et la coordination de toutes les activités exécutées dans les secteurs public et privé. Au cours des années 1970, la Division a fonctionné d'une façon semi-autonome à cause des sources importantes de financement externe dont elle jouissait (UNFPA/PAHO, l'USAID et des organismes privés), de l'infrastructure relativement plus faible du DSPP et d'un système d'appointements supplémentaires qui a permis la supervision directe des fournisseurs des services. Les attributions de la Division, depuis 1977, ont été intégrées de plus en plus au DSPP et/ou décentralisées aux bureaux régionaux et de district, et elle fonctionne, donc, d'une façon de plus en plus interdépendante dans le secteur de la santé publique, se concentrant surtout sur la normalisation, sur l'analyse des données et la planification et sur la provision des fournitures. En général, les services de planification familiale ont été acceptés par la population et appuyés par le secteur public, malgré une opposition occasionnelle et faible de la part de l'Eglise Catholique et de certains groupes de nature religieuse. Les services sont institutionnalisés à travers le pays dans plus de 180 hôpitaux, cliniques et dispensaires; des normes de soins uniformes servent de base à un programme national de normalisation; il a été développé un cadre de personnel technique expérimenté grâce à une formation à court-terme et à long-terme en Haïti ainsi qu'à l'étranger, lequel personnel occupe actuellement des postes à tous les niveaux des services médicaux, de l'éducation et de la gestion; il a été créé de nouvelles catégories de personnel, y compris plus de 150 travailleurs payés qui ont été intégrés au système de santé publique, dont les attributions principales comprennent le recrutement, l'éducation et la distribution des contraceptifs au niveau de la communauté; plusieurs centaines de volontaires et 550 agents de santé participent à l'exécution d'un programme de service au niveau communautaire qui grandit rapidement; presque 7.000 matrones ont été formées, sont supervisées et pourvues de fournitures de base, et réfèrent chaque année des milliers d'hommes et de femmes à la planification familiale; d'après la documentation de l'équipe d'évaluation, les besoins des femmes vulnérables qui risquent de tomber enceintes sont satisfaits au taux approximativement de 8,5% et de 12%; les hommes utilisent les services de planification familiale en très grand nombre par rapport aux programmes dans les autres parties du monde, et en plus grand nombre que les femmes enregistrées; un programme de communication, d'information et d'éducation a assuré une couverture de publicité à la radio, à la télévision et dans les journaux, et a distribué une grande variété de matériaux à travers le pays pendant plus de huit ans; des sessions de recyclage et des ateliers ont fourni une orientation de base en matière de planification familiale à des milliers

de travailleurs sanitaires et dans les services humains, ainsi qu'a des secteurs-cibles de la population tels que les chauffeurs de taxi, la presse, les leaders communautaires, les professeurs et d'autres; un programme de stérilisation volontaire a été créé et a augmenté le nombre de clients d'un à deux mille chaque année; et un système d'appui administratif est en place, qui fournit le transport et les fournitures.

Les réalisations des deux dernières années sont reflétées dans le résumé ci-dessus, et les détails plus précis sont inclus dans ce rapport. L'accent durant cette période a été mis sur des efforts répétés pour utiliser effectivement les agents communautaires, en particulier dans la zone de Port-au-Prince où la supervision avait été relâché; le développement du programme de stérilisation, incluant la formation à l'étranger, en vue d'entreprendre la formation dans le pays de grand nombre de médecins et la restauration des structures; l'élargissement du corps des collaborateurs volontaires au programme communautaire en particulier dans des districts comme Hinche, Belladère et Miragoâne; la continuation des programmes de formation et des séminaires, ce qui est loin d'avoir atteint les objectifs; dans les années 1980-81-82, le nombre total de femmes consultées était de 60.000, 65.000 et 83.000. Au cours des deux dernières années, il y a eu 200.000 et 240.000 de visites féminines respectivement, 52.000 et 65.000 nouveaux accepteurs mâles, 8.6 millions et 11 millions de condoms ont été distribués, et le nombre d'établissements qui, selon leurs rapports, offrent des services de planification familiale a augmenté de 161 à 189.

3. Situation Actuelle et Résultats

La demande pour et le besoin en services de planification familiale en Haïti est élevé comme le montre le niveau d'acceptation par la communauté des contraceptifs quand ils leur sont facilement accessibles et quand on leur fait une démonstration du mode d'emploi. Le nombre d'avortements provoqués et l'abandon de nouveaux-nés dans les hôpitaux. La réaction enthousiaste des hommes aux services de planification familiale s'avère intéressante; ils participent également en plus grand nombre que dans la plupart des autres pays. L'évaluation s'est concentrée sur la capacité du PEPF de satisfaire ces exigences, tant son plan que sa performance continue.

Les sept priorités actuelles du secteur de santé publique comprennent la planification familiale, ainsi que la nutrition, la diarrhée et l'immunisation des enfants. L'un des accents principaux du DSPP et des organismes donateurs continue à être l'extension des services en zones rurales, selon le thème: "La Santé pour tous en l'an 2000". C'est dans ce contexte que le Projet d'Extension de Planification Familiale a été évalué.

3.1 Capacité Administrative

Les attributions de la Division d'Hygiène Familiale ont été remarquablement modifiées par la décentralisation des responsabilités pour l'exécution des services aux quatre bureaux régionaux et de l'intégration de nombreuses fonctions (l'éducation, la formation, la planification, la collecte des données) à d'autres Divisions du DSPP. En outre, la Division incorporera bientôt le Bureau de Nutrition et aura une section de démographie à part

toutes les modifications dans les rôles et les fonctions du DHP ont un impact direct sur les activités du Projet d'extension de Planification Familiale, lesquelles modifications sont décrites en détail plus loin.

En même temps que la régionalisation et l'intégration progressent depuis ces quelques dernières années, le transfert récent du personnel et de l'appui de la Division à d'autres secteurs du DSPP et des régions a accéléré les changements effectués dans les responsabilités et la capacité administratives. En général, les attributions de la planification et de l'évaluation, de la normalisation, des recherches opérationnelles, de la supervision et de la formation, de l'appui en matière de logistique, de la gestion financière et de la direction et du leadership en général, ne sont plus concentrées dans quelques bureaux, mais sont plutôt dispersées à travers le Département et jusqu'aux niveaux régionaux et de district. Une évaluation de la capacité administrative de la Division en ce qui concerne les attributions qui lui restent révèle que la Direction est en général adéquate sauf dans les domaines de recherches et d'évaluation (voir ci-dessous). Une évaluation révèle de nombreux points forts, mais elle révèle également la nécessité de faire des démarches en vue de consolider un processus de prise de décision fragmenté qui lie toutes les responsabilités dans le domaine de planification familiale et assure la comptabilité et l'utilisation efficace des ressources affectées au PEPF.

Les activités administratives, la comptabilité financière surtout, sont bien définies et exécutées par le personnel de la Division. Les systèmes de transport, de personnel, de stockage et d'approvisionnement fonctionnent très efficacement, et les problèmes sont occasionnés pour la plupart par des facteurs qui sont hors des attributions du Directeur de la Division. Un problème grave concerne le déboursement insuffisant des fonds, et la délégation des responsabilités administratives aux bureaux régionaux, dans le domaine des finances surtout, constitue un problème éventuel.

Le système de statistique de service comprend la compilation annuelle des rapports statistiques mensuels provenant de 180 établissements et des centaines d'agents communautaires et de santé, avec l'analyse limitée de certaines contre-classifications et des objectifs visés. De nombreux statisticiens et employés aux niveaux central, régional et du district font de grands efforts pour traiter les données d'une façon qui sera de la plus grande utilité possible. La valeur des données est sérieusement limitée, principalement à cause des problèmes concernant le genre d'informations transmises, mais aussi rendu plus compliquée par la remise non-complète des rapports et un système manuel embarrassant. L'insuffisance grave des données de service gêne la planification et l'évaluation du niveau national jusqu'aux sites d'exécution. L'expansion et la libéralisation de la distribution des contraceptifs à travers des milliers de volontaires et de travailleurs de santé et dans le domaine des services humains au cours des prochaines années, constituent un défi en ce qui concerne la méthode de calculer la prévalence contraceptive au fur et à mesure que la remise des rapports deviendra de plus en plus diffuse et moins contrôlée. On ne profite pas suffisamment des possibilités de la recherche et de l'évaluation, y compris des analyses démographiques.

3.2 Qualité et Quantité des Services Institutionnels

Des normes uniformes et compréhensives de soins ont rendu possible à la Division d'exercer son rôle de normalisation vis à vis des bureaux régionaux et de district qui sont responsables de la supervision directe du personnel. Néanmoins, le système de données faible et le manque d'autorité pour diriger l'exécution des services, limitent la capacité de la Division d'évaluer et d'assurer la qualité. La supervision et la formation constituent donc des domaines critiques, et l'évaluation montre que les deux domaines recevront une attention dont ils ont tous les deux sérieusement besoin. Le DSPP vient de donner des instructions aux régions de structurer de nouveau les modes d'affectation du personnel aux niveaux régional et de district, en vue de fournir un responsable des programmes PMI/FP (un médecin ou une infirmière en santé publique), qui aura besoin d'une orientation professionnelle au moins, et, probablement, des compétences en supervision et en évaluation des besoins en matière de formation.

Un programme complémentaire d'éducation communautaire conçue pour en améliorer la qualité et la quantité n'est pas encore adéquat, mais devrait s'améliorer grâce à l'exigence de la part du DSPP selon laquelle un responsable de l'éducation sanitaire (une infirmière en santé publique) aux niveaux régional et de district doit être nommé. Des recherches opérationnelles ont été largement axées sur des questions de plus long terme qui aident à élaborer une politique. On n'a pas exécuté beaucoup d'interventions simples de petite envergure en vue d'évaluer des questions de qualité qui pourraient effectuer des changements immédiats dans le Programme: la cause des cas de l'abandon du programme et/ou d'insatisfaction des méthodes; l'efficacité fondamentale de la distribution extraordinairement étendue des condoms à travers le programme des Forces Armées d'Haiti; et les différences dans l'utilisation par les clients d'une zone à une autre des services communautaires et des services offerts par les cliniques.

La gamme de contraceptifs extrêmement limitée qui est disponible en Haiti, constitue un obstacle majeur contre l'utilisation efficace des contraceptifs. Une méthode de recchange qui s'offre de plus en plus, c'est la stérilisation volontaire des hommes et des femmes. Elle se pratique de plus en plus et promet d'être utilisée d'avantage au cours des prochaines quelques années.

3.4 Le Programme Communautaire

La distribution libérale des pilules et le réseau de plus en plus élargi des volontaires et d'autres programmes de services sociaux qui sont prêts à informer, à éduquer et à fournir des contraceptifs, offrent les meilleures assurances d'accès à la planification familiale. Des recherches opérationnelles appuient cet effort, et la seule question qui n'a pas de réponse, c'est l'engagement de ceux qui prennent les décisions à l'exécution des recommandations provenant des études. La disponibilité d'une gamme plus variée de contraceptifs est aussi indispensable à ce Programme qu'aux services cliniques décrits ci-dessus.

Il existe des problèmes en ce qui concerne la répartition des responsabilités entre, d'une part, la Division, qui ne peut élaborer que des modèles communautaires et établir les rapports nécessaires au niveau national, et d'autre part, les régions et districts qui en sont chargés de l'exécution. La création éventuelle d'une Division de développement communautaire au sein du DSPP pourrait élever au plus haut niveau l'engagement aux programmes communautaires, et assurer une meilleure collaboration au niveau local. En outre, le DSPP a donné des instructions aux régions de nommer un spécialiste en développement communautaire à se charger des dits programmes.

3.5 Le Programme Commercial

La Division exécute des activités commerciales à une échelle modeste depuis 1978 avec la vente des condoms, des pilules et des comprimés vaginaux, à Port-au-Prince surtout. Des études ont été effectuées et des évaluations ont été faites par des consultants pour déterminer la faisabilité d'un programme national de vente, en vue d'assurer un plus grand accès physique et financier aux contraceptifs pour les gens disposant de revenus faibles ou marginaux. Ce qui est en discussion, c'est le niveau d'engagement et de capacité de la Division et du DSPP d'exécuter un tel programme, et la faisabilité financière.

3.5 L'Elaboration d'une Politique en Matière de Population

Il est reconnu par la Division et par le DSPP qu'une politique en matière de population dépasse le secteur de la santé publique, et le meilleur espoir actuel reste dans un comité inter-départemental, dont l'idée provient des séminaires tenus en 1981 et en 1982 grâce à l'appui de la Division et de l'AID, et avec l'assistance de la "Battelle Corporation". Des activités réussies du comité pourraient mener à la création d'une commission permanente accompagnée d'un engagement à haut niveau de la part du Gouvernement (GH) et du secteur privé. Un système d'information est indispensable à la réalisation de l'objectif du Projet FPO, de produire des lignes directrices d'une politique en matière de population pour examen par le GH.

4. Recommandations

En faisant ses recommandations au GH et à l'USAID, l'équipe d'évaluation a tenu compte de la poussée du DSPP vers la régionalisation, l'intégration et l'accent mis sur les sept priorités de santé, ainsi que des conditions de l'Accord de Projet.

Il est évident que la Division d'Hygiène Familiale n'a ni l'autorité de diriger toutes les activités qu'il faut pour réaliser les objectifs de l'Accord, ni le grand complet de personnel expérimenté qui était engagé autrefois à la planification familiale. De nombreuses recommandations sont axées sur cette reconnaissance, en identifiant et en bâtissant sur les points forts de la Division à savoir: le programme de stérilisation; l'autorité et les ressources d'effectuer des recherches opérationnelles en vue d'améliorer la qualité; le programme communautaire en voie d'élaboration; la comptabilité financière et un système d'appui administratif; l'appui et/ou la tolérance universelle de la planification familiale; des contacts avec l'ancien

personnel de la Division au niveau des régions et des districts et au sein du DSPP, des rapports professionnels avec des groupes professionnels tels que l'AOPS, l'ASPHA (Association de la Santé Publique en Haïti) et des organismes privés et sans but lucratif qui offrent la planification familiale; des ressources financières et de l'appui très généreux de la part de l'USAID.

La nécessité d'obtenir des informations réalistes constitue une très haute priorité, surtout si la Division devra fournir: (a) du leadership et de l'appui au sein du DSPP pour assurer que la planification familiale continue d'être une priorité, et (b) des estimations bien fondées du besoin réalisé et du besoin non-réalisé de diriger les opérations régionales et du district. Les recommandations comprennent des méthodes pour estimer l'utilisation des contraceptifs et d'autres informations qui dépendent moins de la collecte des statistiques de service, ainsi que des démarches qu'on pourrait faire pour améliorer la collecte des statistiques (des changements dans les archives, la formation, des systèmes simplifiés).

Un autre domaine critique pour des recommandations concerne une situation étrangement décousue: d'une part, les responsabilités pour la planification, l'exécution et l'évaluation des services de la planification familiale et de l'éducation sont diffuses, laquelle situation soulève des questions concernant si le personnel et les ressources payés par la Division sont comptables aux objectifs de la Division; et d'autre part, la Division dépense moins, d'une façon importante, que le montant qui lui est fixé. Il y a une série de recommandations dont l'objet est de créer un alignement plus logique des ressources de l'USAID aux attributions de la planification familiale en vue d'assurer la comptabilité, tant en augmentant la capacité de la Division d'affecter des fonds à la réalisation de ses objectifs.

Les expériences qu'on a eu jusqu'à présent dans le domaine des ventes, malgré la prolifération des études, n'ont pas répondu aux questions essentielles sur la faisabilité, et le niveau d'engagement du DSPP est bas. On a recommandé la mise en oeuvre d'une initiative pilote ayant des critères clairement définis pour des résultats, qui permettra la prise des décisions sur son avenir.

L'élaboration d'une politique en matière de population pourrait être bien accéléré par l'intérêt du Ministère du Plan, ainsi que la création d'un service démographique, bien que des questions-clés restent sans réponse. L'objet de certaines recommandations, c'est d'assurer l'appui maximum de l'USAID dans les domaines ayant le plus grand potentiel, tandis que d'autres recommandations sont axées sur les étapes essentielles de l'élaboration d'une politique pratique.

On trouvera des recommandations détaillées à la fin de chaque objectif ou de chaque aspect majeur d'un objectif.

4. Recommandations

En plus des objectifs du Projet d'Extension, l'équipe d'évaluation a tenu compte de la poussée du DSPP vers la régionalisation, l'intégration et de l'accent mis sur les sept priorités de santé quand elle fait ses

recommandations au Gouvernement Haitien et à l'USAID. Elle a conclu que le plan du Projet d'extension a envisagé toutes les possibilités pour faciliter l'accès aux services de planification familiale, et que le DHF/DSPP constitue le seul système viable pour assurer un programme de services qui réussira. En conséquence, les recommandations sont toutes axées sur le renforcement et l'amélioration des aspects du système de couverture existant. Cependant, on y a inclus des suggestions à la DHF/DSPP pour aller encore plus loin dans d'autres secteurs du Gouvernement et dans le secteur privé afin de surmonter les limitations imposées par son système de couverture en santé publique, en vue surtout du programme communautaire, du programme commercial et de l'élaboration d'une politique en matière de population.

De plus, l'évaluation fait remarquer que les contraintes et les domaines où se basent les problèmes ont plus de rapport à la coordination et aux techniques d'administration requises pour mettre en oeuvre et pour poursuivre les activités planifiées du système en place, qu'à l'expertise technique et professionnelle et aux ressources disponibles en Haiti tant dans le secteur public qu'au secteur privé. Une exception notable demeure le domaine des recherches et de l'évaluation ce qui n'est pas étonnant. La plupart des pays continuent à lutter contre les variables démographique complexes qui font partie des politiques sociales et économiques, en même temps qu'ils ont mis au point, depuis environ 1965, des systèmes de couverture raisonnablement efficaces.

Les recommandations suivantes représentent un RESUME des recommandations les plus importantes en ce qui concerne les volets principaux du Projet d'extension, ainsi que l'engagement d'utiliser l'évaluation dans l'esprit pour lequel elle a été planifiée selon l'Accord de projet. Les recommandations détaillées sont comprises à la suite de chaque section énumérée à la table des matières.

4.1 Mise en oeuvre des recommandations comprises dans le rapport d'évaluation

Au cours des entrevues avec la DHF, le DSPP et l'USAID, tous les intéressés ont accepté d'utiliser l'évaluation pour renforcer les points forts du Projet d'extension de planification familiale, identifier les contraintes et les problèmes, et effectuer des modifications pour les surmonter.

- * convoquer une réunion entre la DHF, le DSPP et l'USAID pour discuter le présent rapport d'évaluation, se mettre d'accord sur lesquelles des recommandations sont convenables et seront mises en oeuvre, et par qui, et pour convoquer désormais des réunions trimestrielles pour évaluer les progrès et pour satisfaire tout besoin qui surgit, afin d'exécuter avec succès les recommandations.

4.2 Gestion des Ressources pour réaliser les Objectifs du Projet

Pour des multiples causes, on n'a pas réussi à dépenser 300,000 dollars, mais il existe des systèmes pour éviter de telles situations à l'avenir.

- * Assigner à certains individus, membres du personnel de la DHF, des responsabilités précises concernant la supervision du budget, leur fournir

une analyse financière des deux années précédentes, et des estimations trimestrielles des dépenses faites jusqu'à présent; établir une marche à suivre clairement définie et exigible pour dépenser ces fonds, qui précisera qui identifiera les besoins, et comment il le fera, la procédure à suivre et les horaires et les dates limites à respecter par les régions et les districts en présentant des activités proposées à l'unité du DSPP et au responsable au sein de la DHF: lorsqu'il arrivera des changements de plans au cours de l'année ou bien quand les dépenses seront petites, affecter des fonds à d'autres activités de planification familiale dans le DSPP, ou bien à des activités faites selon un sous-contrat et avec des mini-projets accordés aux associations professionnelles, aux agences privées ou bien aux individus qualifiés.

- * Aborder spécifiquement les expériences qu'on a eu avec les dépenses projetées et réelles au cours du prochain cycle de planification avec le personnel régional et districtal et avec les unités du DSPP, surtout la Direction d'éducation sanitaire; demander au groupe de planification d'incorporer des stratégies au nouveau Plan; et, au cours des réunions mensuelles tenues au DSPP avec les Directeurs régionaux, fournir des données sur les progrès enregistrés dans l'utilisation des ressources pour les besoins qui ont été identifiés.
- * L'USAID devrait aider le personnel de la DHF à diminuer le temps et l'énergie qu'il faut pour compléter les procédures lorsque la DHF demandera des fonds; utiliser plus de contact personnel et moins de lettres; évaluer et éliminer la documentation lorsqu'elle ne sera pas indispensable ou bien quand elle constituera un fardeau exorbitant pour le personnel de la DHF; et collaborer personnellement en ce qui concerne les justifications écrites dans le cas où une telle documentation sera réclamée.
- * Il est indispensable au succès de la participation plus large des agences bénévoles et d'autres intéressés au secteur privé, que la DHF ait les ressources et la capacité qu'il faut pour assurer la normalisation, la comptabilité financière et la coordination au niveau national. En conséquence, si l'approche des sous-contrats et des mini-projets réussit, il faudra nommer un personnel spécifique au sein de la DHF pour faire les négociations et contrôler toute ces activités, pour planifier toutes les ressources requises et pour signaler la nécessité d'obtenir une aide dans le cas où leurs capacités seront surchargées.

4.3 Comptabilité des Fonds du Projet

Le DSPP est dans une période transitoire, pendant laquelle il effectue une restructuration des modes d'affectation du personnel tant au niveau des régions et des districts qu'au niveau central du DSPP, et il a demandé l'assistance des professionnels de la DHF. Certains d'entre eux continueront à exécuter des fonctions ayant rapport spécifiquement à la planification familiale, et d'autres ne le feront pas, mais, pour l'instant, la DHF continue à payer les salaires à partir des dons catégoriques de l'UNFPA et de l'USAID.

- * Au cours du cycle d'approbation du budget pour l'exercice 1983-1984, le DSPP et l'USAID, ainsi que d'autres organismes donateurs, devraient se mettre d'accord sur le degré auquel les fonds du Projet d'extension de planification familiale devraient, à l'avenir, soutenir les unités en dehors de la DHF qui remplissent des fonctions qu'il faut pour exécuter les objectifs de planification familiale. Il ne s'agit pas d'une modification de l'Accord de Projet, car les fonctions n'auront pas changées; elles auront été plutôt déléguées à d'autres unités du DSPP.
- * La DHF fournit une comptabilité solide des fonds du Projet, et elle devrait continuer à le faire jusqu'à ce que le système central de statistiques de service au DSPP soit aussi sûr; et l'Administrateur de la DHF devrait recommander une méthode spécifique pour contrôler les dépenses faites dans le cadre des activités exécutées par les régions, les districts et d'autres unités du DSPP, comme il a été convenu dans la recommandation précédente. (Se référer à la Section sur la Gestion pour y retrouver un diagramme qui montre la répartition des fonctions relatives à la planification familiale).

4.4 Recherches et Evaluation

L'inexactitude des statistiques de service a entravé tous les programmes sanitaires, et la DHF n'est pas capable de résoudre les problèmes du système. La capacité d'identifier les besoins en recherches et de mener des évaluations significatives est sérieusement entravée. En essayant de résoudre les problèmes dans le domaine des statistiques de service, pour le Projet d'Extension de Planification Familiale, la DHF devrait ménager ses ressources en se concentrant sur les améliorations qui lui sont possibles de contrôler, en même temps qu'elle pourra continuer à assurer la formation et l'assistance technique dans le cadre de l'effort global d'améliorer les statistiques de service du DSPP.

- * Choisir les données les plus utiles pour analyse au niveau national (ou qu'un grand nombre de données recueillies des rapports mensuels pourraient être utiles aux superviseurs mais ne le seraient pas à la planification nationale); adopter des termes et des définitions uniformes pour tous les niveaux de rapports, car les termes et les définitions actuels varient considérablement les uns des autres; considérer la possibilité d'utiliser des rapports quotidiens qu'on enverra directement à la DHF au lieu des rapports mensuels qui doivent d'abord être expédiés au DSPP; mettre au point une stratégie pour simplifier les statistiques de service pour le programme communautaire, qui dépend fortement des volontaires et d'un personnel para-professionnel pour lesquels les rapports constituent un plus grand fardeau; adopter des méthodologies pour calculer la prévalence contraceptive qui dépendront moins des rapports, telles que les formules comprises dans le rapport d'évaluation, N.B.: la formule utilisée dans le présent rapport fait une estimation de la prévalence qui est pareille aux résultats préliminaires, provenant des 20% de l'échantillon de l'enquête Westinghouse, et elle se base sur des données qui sont facilement disponibles à la DHF, c'est-à-dire, durant les années dans lesquelles aucune enquête s'effectue, on pourrait faire une estimation des taux utiles basée sur les données de service disponibles.

- * En planifiant des programmes et en bâtissant des budgets, distinguer entre les "recherches opérationnelles" du genre effectué par l'Université de Colombia et qui ont une portée à long terme, sont moins coûteuses, pourraient s'exécuter par le personnel de la DHF/Service des recherches et d'évaluation, et dont le personnel de programmation du service ont sérieusement besoin afin d'y porter des modifications immédiates. Les études de recherches et d'investigations sont trop souvent submergées lorsque le personnel est affecté aux recherches opérationnelles à plus long terme. Il en résulte que les dépenses budgétaires ne sont pas utilisées pour satisfaire les besoins des programmes de service, surtout pour répondre aux questions majeures telles que: pourquoi autant de femmes abandonnent le programme et quel est le vrai impact des 7.000.000 (condoms?) distribués à travers les FADH. Il faudrait pourvoir aux postes vacants dans la Section de recherches et d'évaluation de la DHF, et considérer la possibilité d'effectuer les études d'investigation dont on a besoin à l'aide des sous-contrats et des mini-projets.
- * Elargir la portée des activités d'évaluation qu'on exécute à la DHF pour examiner la valeur démographique des buts annuels en matière de planification familiale, et pour répondre à la question précise suivante: POURRA-T-ON ATTEINDRE AU BOUT DES TROIS PROCHAINES ANNEES LES RESULTATS ESCOMPTES POUR LA FIN DU PROJET? Si la réponse diffère des résultats décrits dans l'Accord de Projet, établir des buts plus pratiques en collaboration avec les organismes qui assurent le financement. Etant donné que ce domaine est précisément celui dans lequel la plupart des pays offrent peu de solutions, il faut considérer un échange des informations, une assistance technique, une formation et des ateliers par l'intermédiaire des organismes internationaux et avec des programmes dans d'autres pays qui ont une dynamique pareille en matière de population, en collaboration avec l'IHSI et le Ministère du Plan, si possible.

4.5 Qualité et Quantité des Services

L'extension des services à travers le système sanitaire privé et public basé sur la clinique se limite nécessairement par l'inaccessibilité du système aux zones rurales, et son étendue relativement restreinte (de 300 à 325 établissements) et le fait que le secteur privé n'a pas de structure organisationnelle convenable à travers lequel les services pourraient être favorisés. Un très grand nombre des dits établissements sont associés à l'Eglise Catholique, qui ne sera pas disposée à offrir une planification familiale à part des méthodes naturelles. Cependant, le système institutionnel est critique à cause de son rôle de fournir des services et de l'appui médical en matière de planification familiale (la normalisation et la provision continue des matériaux) au programme communautaire.

- * Etendre l'utilisation de tout le personnel au niveau communautaire rattaché aux établissements (agents communautaires, agents de santé, matrones, etc.), dont beaucoup d'entre eux n'ont pas encore l'appui et les matériaux pour fournir tous les services compris dans leurs attributions; l'utilisation de ce personnel varie considérablement de district en district et de région en région; la mise en oeuvre de cette recommandation

devrait être l'une des tâches du spécialiste en développement communautaire qui vient d'être nommé.

- * Au moyen des mini-projets et des sous-contrats avec la DHF, qui assurera la normalisation, aidera les groupes expérimentés, les cliniques et les individus à étendre les services aux organisations privées qui ont des projets de démonstration qui offrent une formation pratique (l'AOPS, l'ASPHA, l'Hôpital Ste-Croix, la Cité Simone, l'Hôpital Schweitzer, le Dr. Lolagne, qui fait plus de stérilisations gratuites que tout autre individu dans le pays, même s'il n'est pas payé par le DSPP).
- * Le choix des méthodes en Haïti est trop restreint, jusqu'au point d'être impossible aux femmes de planifier avec succès leurs grossesses pendant les 30 années et davantage de fécondité; même si la stérilisation, les pilules et les condoms seront sûrement les méthodes les plus utilisées, elles ne sont pas convenables à tout moment ou à tout et chaque individu; les méthodes d'appui et de rechange sont indispensables: le NFP, la crème, les gelées (jellies) et des crèmes (creams), les DIUs, l'éponge et le Depo-Provera. Le personnel au niveau communautaire constitue la clé de la promotion et de l'offre des conseils pour une utilisation efficace des contraceptifs, et doit être formé; le système de l'USAID d'approvisionnement en contraceptifs doit satisfaire les besoins d'Haïti; une formation professionnelle en méthodes médicales, en enquêtes attitudinales simples, et l'introduction des méthodes nouvelles et rarement utilisées (DIU et éponge) dans des conditions spéciales avec un suivi intensif des clientes, peuvent toutes les deux élargir la gamme de méthodes. Les deux tiers des 3000 DIUs insérés dans une année ont été faits dans cinq d'entre les 180 établissements qui offrent la planification familiale, ce qui indique que les DIUs sont utilisés si le service est disponible et qu'une promotion se fait. La croissance du programme de stérilisation est très encourageante et devrait être contrôlée avec soin par le DSPP et l'USAID pour assurer que la DHF ne rencontre pas des obstacles; cela devrait comprendre un appui adéquat aux travailleurs sociaux.
- * La priorité en matière de formation devrait être donnée au personnel régional et de district qui vient d'être nommé pour le PMI/PF, la formation, l'éducation sanitaire et le développement communautaire: il faudrait renforcer et faire refléter dans le Plan de la DHF pour l'exercice 1983-1984 la stratégie de la Direction d'éducation sanitaire de faire convenir la formation aux besoins précis par contraste aux séminaires de routine à l'intention de grand nombre de personnes.
- * La supervision comme sujet des programmes de formation aux niveaux des régions et des districts devrait constituer une priorité: la supervision sur le terrain par le personnel local devrait incorporer la formation pratique (ou de recyclage) comme il a été envisagé par la Direction d'éducation sanitaire: la stratégie de supervision de la DHF en voie d'élaboration fournira l'appui qu'il faudra pour assurer la qualité des services, si elle est mise en oeuvre comme prévu.

- * Les activités dans les domaines de l'éducation et de l'information, selon qu'elles ont été planifiées par la Direction d'éducation sanitaire, mettront l'accent sur l'éducation face-à-face par contraste avec la distribution des matériaux de masse. Ceci est compatible avec les enquêtes sur la fécondité et la prévalence contraceptive, qui montrent qu'un fort pourcentage d'Haitiens (80%-85%) sont déjà au courant de la planification familiale. Si les projets de la Direction sont mis en oeuvre, l'éducation et l'information fourniront, tant aux programmes institutionnels qu'aux programmes communautaires, l'appui nécessaire.

4.6 Programme Communautaire

L'approche et les progrès de ce Programme s'annoncent très bien, et ils représentent un moyen excellent, pour accroître l'accessibilité aux services de planification familiale dont on a besoin. Les résultats sont inégaux de région en région et de district en district.

- * L'accent dans le domaine de formation devrait inclure les spécialistes en développement communautaire au niveau des régions; cette personne sera chargée d'incorporer et d'appuyer les plans de travail des promoteurs et des collaborateurs volontaires; les spécialistes en développement communautaire devraient travailler très étroitement avec le personnel central de la DHF, au début surtout, pour assurer l'uniformité et la qualité des efforts communautaires à travers le pays.
- * Les résultats et les propositions finales du personnel de la DHF chargé des programmes de Miragoane et d'Arniquet devraient être discutés par les directeurs régionaux et le DSPP avec la DHF, et on devrait prendre des décisions sur des stratégies précises pour incorporer les résultats dans les services continus. Ceci devrait être compris dans le Plan de la DHF.

4.4 Programme Commercial

Les résultats des activités commerciales au cours de ces dernières quelques années n'ont pas été suffisamment importants pour lancer un programme de vente commerciale de grande envergure, et il n'est pas clair si la DHF ou bien le DSPP s'y intéresse tellement en général. Plusieurs possibilités sont ouvertes à la DHF.

- * Parmi toutes les possibilités qui lui sont disponibles, il est recommandé de mettre en oeuvre le programme de vente commerciale comme projet pilote avec des objectifs très précis qu'on devra atteindre avant de pouvoir prendre des décisions concernant l'avenir de ce Programme.

4.8 Elaboration d'une Politique en Matière de Population

Tout le monde qui a été interviewé a admis que cet objectif surpasse en général la DHF et le DSPP. Deux séminaires dans le passé ont fourni une certaine mesure d'assistance aux efforts d'atteindre cet objectif, et un groupe de travail est actuellement en train de rédiger des lignes directrices pour l'avenir, ce qui mènera, en espère, à la création d'une Commission Nationale de population qui engloberait les représentants de tous les secteurs.

- * La DHF/DSPP devrait augmenter sa représentation au groupe de travail, tant pour promouvoir ses objectifs de santé dans le domaine de la planification familiale parmi les autres secteurs du groupe, que pour développer des rapports avec des organismes qui seront finalement indispensables à l'accomplissement des objectifs en matière de planification familiale. Parmi d'autres gens de ressource au DSPP, le Directeur actuel de l'Unité de services déconcentrés a eu de l'expérience en planification démographique. Le DSPP doit mettre en valeur son engagement tout au début afin qu'il soit organisé membre actif au moment qu'une Commission Nationale de population sera constituée.

- * Puisque l'élaboration d'une politique en matière de population est à l'étude dans presque tous les pays, les professionnels en matière de planification dans tous les secteurs bénéficieraient des conférences et des ateliers internationaux: des cadres moyens techniques rattachés aux divers organismes profiteraient beaucoup des programmes de formation. L'USAID devrait assurer tous les organismes de sa bonne volonté d'appuyer non seulement la formation mais le développement d'une unité technique au sein de la Commission de population.

INTRODUCTION

1. Etat du Problème

Haiti est un pays agricole et rural qui est vulnérable à un climat tropical changeant et à des chutes de pluie incertaines. Un des pays les plus pauvres de l'Hémisphère Occidental, il est montagneux et trop exploité. En 1982 la population était estimée à environ 5.36 millions avec un taux de croissance de 1.5 pour cent depuis 1971 dû en partie à l'émigration^{1/}. Les estimations de l'Institut Haitien de Statistiques montrent un taux de naissance de 37 et un taux de mortalité de 14 de 1975-1980, ce qui représente un taux de croissance naturelle de 2.3 pour cent. Les Nations Unies ont estimé que le taux de naissance est bien plus élevé--à environ 42 au cours de cette même période et le taux de mortalité légèrement plus haut avec pour résultat une augmentation naturelle de 2.8 pour cent. En 1977, le taux de fertilité était proche de 5.5. La densité de la population est de près de 700 habitants par kilomètre carré de terre arable.

Selon l'Enquête Mondiale sur la Fertilité (World Fertility Survey) de 1971-1975, le taux de mortalité infantile était de 124 par millier pour toute la population du pays. D'autres estimations portent le chiffre à 150 et à 200 pour Port-au-Prince par millier. En 1978, l'Enquête Nationale de Nutrition a trouvé que 60 pour cent des petits haitiens au-dessous de cinq ans souffraient d'un certain degré de malnutrition et 40 pour cent, de malnutrition du second ou du troisième degré de malnutrition protéine-calorie.

L'espérance de vie est basse, une grande partie de la population est analphabète (environ 80%), le revenu per capita est d'environ \$290 par an, le salaire minimum de \$2.64 et le taux de migration vers la capitale de plus de 6% par an.

La demande pour les services contraceptifs en Haiti est élevée. L'Enquête sur la Fertilité en Haiti (The Haiti Fertility Survey) en 1977 et les résultats de 20% des échantillons de l'Enquête sur la Prévalence contraceptive de Westinghouse (The Westinghouse Contraceptive Prevalence Survey) montrent que plus de 80% des femmes en âge d'avoir des enfants sont bien informées sur la planification familiale. Sa nécessité est prouvée par le nombre d'avortements causés et d'enfants abandonnés.

2. Stratégie

Bien qu'il n'y ait pas de politique officielle de population en Haiti, les plans du Gouvernement reflètent ses préoccupations concernant la croissance de la population et la disponibilité des ressources. Les services de planification familiale ont débuté en 1971 avec les services de soins materno-infantile quand la Division d'Hygiène Familiale a été créée afin de fournir la coordination à tous les services PMI/PF. Du projet pilote fondé à Port-au-Prince par la PAHO, les services sont devenus un programme national en 1975-1976 avec le soutien de l'UNFPA/PAHO et de l'USAID. La DHF continue à être une agence exécutrice, fournissant une assurance de qualité, des ressources techniques (Formation et Supervision) et un matériel de soutien du niveau national.

En septembre 1981 un nouveau projet quinquennal d'Extension de Planification Familiale a été approuvé avec un budget de \$9.6 millions à partir de l'exercice 1980-1981 (y compris 5 millions pour des condoms et des pillules). Le but de ce projet est d'aider Haiti à développer un programme de PF national respectant l'économie des moyens basé sur l'expérience jusqu'à cette date et l'infrastructure nationale existante. L'exécution se fait par 5 activités étroitement liées:

- Formulation de politiques de population appropriées reflétant l'engagement et le soutien complets du GH à la PF volontaire et au contrôle de la croissance de la population afin de pouvoir atteindre les objectifs de développement économiques et sociaux.
- Amélioration de l'organisation et de la gestion du programme national;
- Amélioration de la qualité et de la quantité des services de PF disponibles.
- Expansion de la participation des organisations bénévoles privées et d'autres groupes gouvernementaux et communautaires locaux dans la prestation d'information et de services de PF.
- Possibilité d'acheter au détail les contraceptifs à des prix raisonnables.

Ce projet est exécuté par le Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP) et sa Division d'Hygiène Familiale (DHF) qui est chargée du contrôle et de la coordination de toutes les activités de Protection Materno-Infantile et de la Planification Familiale en Haiti. Il y a deux hypothèses critiques pour le succès du projet: que le Projet Rural de Santé soit à même d'accomplir les améliorations dans les services de santé généraux en milieu rural et que le soutien d'autres donateurs reste disponible.

Le coût total du programme est de \$17.9 millions avec une contribution de \$9.6 millions de l'USAID de \$6.5 millions du GH et de \$1.8 millions de l'UNFPA. Ce montant ne comprend pas les \$2.2 millions qui sont estimés nécessaires au programme de vente en détail de contraceptifs). L'AID financera l'achat des contraceptifs, des fournitures médicales et de l'équipement pour la PF, la formation en Haiti et aux E.U.A., l'assistance à la formation technique, les coûts locaux pour le personnel, la supervision, l'évaluation, l'extension communautaire, la recherche opérationnelle et promotionnelle, les dépenses pour l'information et l'éducation.

3. Méthodes d'Evaluation

Une évaluation intérimaire avait été projetée pour juillet 1983 mais a eu lieu en octobre. Le but de cette évaluation était de déterminer, jusqu'à quel point les objectifs et les visés du programme ont été atteints et de recommander les stratégies pour améliorer le rendement à l'avenir. Le rapport d'évaluation couvre donc les cinq principaux objectifs du projet.

Les membres de l'équipe ont été choisis à partir de spécialités de gestion de programme, de gestion financière, de soins de santé et d'analyse économique, de couverture sanitaire et d'extension, de démographie et de statistiques. L'équipe a initié son travail en participant à une réunion régulière du personnel qui a lieu tous les lundis matin à la DHF. Un membre du personnel de la DHF a été délégué pour mettre au point toutes les réunions et les voyages sur le terrain dans le pays hôte. L'équipe a voyagé tant dans le Nord que dans le Sud et a visité les projets de Miragoâne et de Léogâne qui ont été le centre des opérations de recherche pour la distribution basée dans les communautés. Les membres de l'équipe ont aussi rencontré le personnel hors de la DHF et du DSPP afin de poursuivre les discussions dans leurs domaines particulièrement la planification familiale naturelle et l'analyse démographique. Une documentation extensive a été fournie à l'équipe tant par l'USAID que par la DHF. Des tâches ont été distribuées afin de s'assurer que tous les objectifs du Projet ont été évalués et d'autres membres de l'équipe ont fait des synthèses concernant les activités hors de leur domaine de concentration.

A la fin de la troisième semaine les membres de l'équipe ont commencé à écrire leur rapport et au cours de la quatrième semaine des réunions de synthèse ont eu lieu avec l'USAID, le DSPP et la DHF. Certaines réunions individuelles ont continué durant la quatrième semaine avec les membres de l'équipe afin de vérifier les conclusions et de discuter les recommandations. Deux des membres de l'équipe sont partis à la fin de la quatrième semaine tandis qu'un troisième est resté jusqu'au milieu de la semaine suivante. Le chef d'équipe était présent pendant les cinq semaines afin de s'assurer que le premier texte du rapport a été présenté à l'USAID dans son intégralité.

L'équipe a mené l'évaluation dans le cadre du plan suivant: les cinq objectifs du Projet d'Extension, les progrès jusqu'à cette date, les points forts, les faiblesses et les recommandations, les politiques actuelles du DSPP qui affectent directement la manière dont la DHF mène le projet, la justesse du plan du projet pour Haiti, la capacité de la DHF pour implanter le projet et faire face à la demande en documentation, l'identification d'alternatives possibles soit pour le plan ou les mécanismes pour son exécution.

PLANIFICATION FAMILIALE EN HAITI: RESULTATS ET IMPACT

1. Résultats du programme de Planification Familiale

Dans cette section, les statistiques du programme de service sont utilisées pour évaluer l'ampleur de l'acceptation des méthodes contraceptives par les hommes et par les femmes et leur utilisation.

1.1. Qualité des statistiques de service: quelques points

Le premier phénomène qui semble affecter la qualité du service des statistiques du programme est le fait que tous les rapports ne sont pas soumis. Depuis 1980, tous les rapports annuels mentionnent le fait que certains des rapports mensuels qui devaient être envoyés par les centres de santé et d'autres volets du programme, n'arrivent pas à Port-au-Prince pour être analysés. La DHF a aussi publié des indices de couverture qui mesurent ce phénomène (Tableau 1). L'index de couverture employé par la DHF est la proportion du nombre des rapports mensuels reçus au nombre des rapports théoriquement attendus, c'est-à-dire, le nombre d'unités de rapport des divers programmes par le nombre de mois dans la période que couvre le rapport (12 ou 16).

Tableau 1

INDICE DES DONNEES DE COUVERTURE POUR LES PRINCIPAUX PROGRAMMES SECONDAIRES
1980-1983

	1980	1981	1982	1983
:Institutionnel	67%	57%	66%	75%
:Communautaire	73%	17%	34%	25%
:Forces Armées (FADH)	49%	58%	56%	65%

Naturellement on ne peut pas prendre ces chiffres pour représenter la proportion du volume d'activité qui est enregistrée. D'abord, il semble avoir un manque de certitude sur le nombre exact d'institutions offrant les services de PF et même sur le nombre normal d'unités présentant des rapports dans le programme communautaire, donc le nombre prévu de rapports mensuels a pu être exagéré. Deuxièmement les petites institutions c'est-à-dire les dispensaires sont celles qui envoient leurs rapports le plus irrégulièrement cela peut correspondre dans la plupart des cas à une absence d'activité ou à très peu d'activité, il est par conséquent impossible d'extrapoler à partir des rapports disponibles, parceque ceux qui sont supposés marquer ne changeraient en aucun cas le total d'acceptants. Il peut aussi arriver que voulant économiser les formulaires pour les rapports, les activités de deux ou trois mois soient portés sur un seul formulaire, donnant une couverture complète des activités bien qu'ils semblent incomplets.

Dans l'ensemble, en se basant sur le total limité d'informations directes faites par le consultant, les rapports qui ne sont pas fournis ne semblent pas être un phénomène quantitatif important. La seule manière de le savoir exactement serait de faire une enquête de contrôle, comparant les statistiques rapportées aux comptes d'une clinique, d'un particulier dans un échantillon d'institutions pour un échantillon de mois ou termes (et une adaptation d'une telle formule dans le programme communautaire et celui des FADH).

Le deuxième phénomène qui affecte les données sur l'acceptation est très commun: le comptage multiple. Dans tout programme, une femme qui a déjà accepté une méthode qui change de méthode ou de centre est probablement comptée comme une nouvelle "acceptance" pour la seconde ou la troisième fois. Souvent le système statistique est préparé pour distinguer les "nouvelles à la méthode" de celles qui sont "nouvelles dans le programme".

Ce n'est pas le cas ici. Donc, à mesure que le programme se développe, un nombre inconnu de duplication a lieu et augmente les statistiques d'acceptants il est toujours difficile d'évaluer l'ampleur de ce phénomène, et il est toujours mieux d'établir des contre mesures dans le système de statistiques.

En ce qui concerne l'acceptation par les hommes, une des sources de duplication n'existe pas--le changement de méthode. D'un autre côté, les changements de source de fournitures semblent être plus fréquents pour les hommes que pour les femmes dans le programme haitien, ainsi dans l'ensemble, le problème de comptage en plus peut être aussi réel dans leur cas, sinon pire. La seule manière réaliste d'employer les statistiques du programme pour cette évaluation est de les prendre comme elles sont, dans l'espoir que les altérations se compensent mutuellement ou a un effet net négligeable.

1.2. Acceptation par les femmes

Le tableau 2 présente le nombre de "nouvelles acceptantes" dans le programme, par méthode depuis 1973 (début du programme) à la mi-1983^{1/}. On avait enregistré un total de 257.582 nouvelles acceptantes au cours de cette période. Ce chiffre correspond à 25% des 1.018.000 femmes estimées à risque à un moment ou à un autre au cours de cette période^{2/}. C'est un pourcentage important, bien qu'il n'indique pas clairement le niveau de la prévalence contraceptive à aucun moment de la période.

^{1/} Strictement parlant, il y a de nouvelles acceptations là plutôt que nouvelles acceptantes (voir la section secondaire). Cependant, le terme standard de "nouvelles acceptantes" devrait être employé dans le reste du rapport.

^{2/} Voir Annex I.

Tableau 2

NOMBRE D'ACCEPTANCES PAR TYPE DE METHODE
1972-1983

Année/Méthode	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983*
Pillule	-	1607	6380	8441	11522	16112	25205	25433	23742	32336	12038
Condom	-	1607	2023	2176	4272	3354	3302	3527	9368	13738	4467
Crème	-	1105	3113	3807	2605	3440	3938	3817	1841	1054	216
Stérilet	-	502	1401	1486	1044	1112	925	480	267	375	10
Stérilisation	-	-0-	1	35	118	177	233	624	1211	1636	968
Autres (**)	-	201	2646	156	616	123	339	519	54	212	55
Total	4295	5022	15564	16101	20177	24318	33947	34400	36483	49401	17374

(*) Les premiers six mois. (**) Seulement les méthodes "modernes ou "scientifiques".

N.B. Ces chiffres pour la stérilisation en 1982 et 1983 diffèrent de ceux publiés par la DHF, ceux-là comprennent respectivement 26 et 95 stérilisations d'homme qui sont soustraites ici.

Il est possible de calculer les taux d'acceptation bruts en faisant le rapport entre les nombres de nouvelles acceptantes pour chaque année à l'estimation du nombre de femmes à risque.

Tableau 3
TAUX BRUT D'ACCEPTATION (FEMMES)
1973-1982

Année	Nouvelles Acceptantes ('000)	Femmes à risque ('000)	Taux (pourcentage)
1973	4.3	667.0	0.6
1974	5.0	672.7	0.7
1975	15.6	678.3	2.3
1976	16.1	683.9	2.4
1977	20.2	689.5	2.9
1978	24.3	695.1	3.5
1979	33.9	700.7	4.8
1980	34.4	706.4	4.9
1981	36.5	712.0	5.1
1982	49.4	717.6	6.9

Le tableau 4 montre la distribution de toutes les nouvelles acceptantes selon la méthode adoptée.

Tableau 4
NOMBRE ET PROPORTION DE NOUVELLES ACCEPTANTES PAR METHODE
1974-1983*

Méthode	Nombre	Pourcentage
Pillule	162,816	64.3
Condom	47,834	18.9
Crème	24,936	9.8
Stérilet	7,702	3.0
Autres	<u>5,078</u>	<u>2.0</u>
Total	253,287	100.0

* On ne connaît pas le chiffre de distribution pour 1973.

Presque deux tiers des nouvelles acceptantes ont adopté la pillule, les "méthodes de réapprovisionnement" sont de loin les plus pratiquées. Les méthodes ayant un taux de continuation très élevé inhérent--le stérilet et la stérilisation--sont pratiquées seulement par 5% de tous les acceptantes ou 1.3 pour cent de toutes les femmes à risque.

Les contributions respectives des divers programmes secondaires à ces résultats sont présentées au Tableau 5, couvrant seulement les trois dernières années.

Tableau 5

CONTRIBUTION DES PRINCIPAUX PROGRAMMES SECONDAIRES EN NOMBRE
ET EN PROPORTION DE NOUVELLES ACCEPTANTES
1981-1983

	1981		1982		1983*	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Institutionnel **	15,529	42.6	22,310	45.2	10,046	56.2
Communautaire	15,963	43.8	22,230	45.0	7,412	41.5
FADH***	4,270	11.7	4,017	8.1	315	1.8
Autres	721	2.0	844	1.7	101	.6
Total	36,483	100.0	49,401	100.0	17,874	100.0

Jusqu'à récemment, les programmes institutionnels et communautaires semblaient approvisionner le nombre total de l'ensemble des acceptantes en proportion égale. Mais au cours du premier semestre de 1983, une chute aigue a eu lieu dans les activités de tous les programmes excepté les programmes institutionnels, laissant ces derniers en meilleure position en termes relatifs.

1.3 Acceptation par les hommes

A part un petit nombre de stérilisation (26 en 1982 et 85 en 1983) la contraception des hommes est basée sur la distribution de condoms. On trouve dans le Tableau 6 le nombre de nouveaux acceptants de condoms par an.

* Premiers 6 mois

** Y compris les stérilisations

*** Armée d'Haiti

Tableau 6

NOUVEAUX ACCEPTANTS DE CONDOMS
1973-1983

Année	Nouveaux Acceptants	Année	Nouveaux Acceptants
1973	712	1979	71,587
1974	767	1980	59,067
1975	9,729	1981	51,977
1976	26,981	1982	65,092
1977	38,282	1983*	24,853
1978	43,322	-	-
Total			392,369

* Premiers six mois.

Les possibles biais de ces données avaient été mentionnés antérieurement. Sur la balance ils semblent représenter une surestimation du nombre actuel de nouveaux acceptants. Prenant cela en considération, ces chiffres peuvent être liés au nombre réel d'hommes âgés de 15 à 59 ans (la population visée selon la DHF) afin d'évaluer les taux d'acceptation nets (voir Tableau 7). L'estimation de la population visée est présentée à l'Annexe II.

Tableau 7

TAUX D'ACCEPTATION NET DE CONDOM PAR LES HOMMES
1973-1982

Année	Nouveaux Acceptants (000)	Population visée (000)	Taux (pourcentage)
1973	0.7	1,168.3	0.1
1974	0.8	1,191.5	0.1
1975	9.7	1,214.6	0.8
1976	27.0	1,237.8	2.2
1977	38.3	1,260.9	3.0
1978	43.3	1,284.1	3.4
1979	71.6	1,307.2	5.5
1980	59.1	1,330.4	4.4
1981	52.0	1,353.5	3.8
1982	65.1	1,376.7	4.7

La prédominance de l'acceptation des condoms par les hommes parmi les méthodes utilisées (cumulativement le nombre d'acceptants dépasse celui des acceptantes de 52% depuis le début du programme) est une caractéristique rare de ce programme. C'est ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact du programme, parceque comme on le verra, les synthèses d'utilisation des condoms sont pratiquement inconnus.

1.4. Utilisation de la Contraception

Les niveaux d'acceptation renseignent peu sur la prévalence contraceptive, parceque l'utilisation de la contraception après son acceptation peut ne pas durer ou être sporadique. L'objectif de ce programme est d'obtenir un nombre très élevé d'usagers et l'acceptation seule n'atteint pas ce but. Dans cette section on essaie d'évaluer les niveaux de continuation et la prévalence de la contraception moderne dans le pays.

Il devrait être facile d'estimer le nombre, à une date donnée, de femmes utilisant une méthode fournie par le programme, étant donné que ces méthodes, pour la plupart réclament des visites pour le réapprovisionnement, qui devrait être inscrites dans les statistiques. Malheureusement ce n'est pas le cas:

- les visites pour le réapprovisionnement ne sont pas distinguées des autres types de visites postérieures.
- les visites postérieures ne sont pas classées selon les méthodes utilisées, et
- les statistiques ne sont pas présentées par mois du calendrier.

Il faut cependant estimer indépendamment le nombre d'usagers. J'estimerai d'abord le nombre d'acceptantes à des dates différentes depuis le début du programme (vers le milieu de l'année pour 1974 à 1983).

Le traitement des statistiques adopté pour les diverses méthodes a été le suivant:

- a) Stérilisation: Le nombre d'acceptant est simplement additionné présumant qu'il n'y a pas eu, au cours du petit nombre d'années d'existence de l'activité, aucune perte due à l'âge (après 50 ans) ou à la mortalité; et le nombre vers le milieu de l'année a été intercalé.
- b) Stérilet: Un tableau de continuation hypothétique a été appliqué aux nouveaux acceptants inscrits par les statistiques de service. Le tableau est simple, linéaire, permettant à un acceptant de sortir chaque mois d'un groupe initial de 100; il semble exagérer le nombre réel d'usagers, mais de toute façon le nombre est peu élevé.
- c) Pillule, condom, crème, etc. L'Annexe III explique en détail la méthode utilisée et son analyse. Les taux de continuation de toutes les méthodes suivantes ont été estimés pour les acceptantes de méthodes mixtes au cours des dernières années.

Mois	$\frac{6}{74}$	$\frac{12}{51}$	$\frac{18}{22}$	$\frac{24}{17}$	$\frac{30}{6}$ (%)
Taux					

Le tableau 8 donne le résultat de ces estimations.

Tableau 8

ESTIMATION* DU NOMBRE TOTAL DE FEMMES UTILISANT LA CONTRACEPTION
(A L'EXCLUSION DES CONDOMS)
1974-1983
(000)

Année	Stérilisation	Stérilet	Pillules ou Autres	Total
1974	-	0.2	4.5	4.7
1975	-	1.1	9.5	10.6
1976	-	2.3	16.5	18.8
1977	0.1	3.1	21.9	25.1
1978	0.2	3.7	22.4	26.3
1979	0.5	4.1	28.1	32.7
1980	0.9	4.0	35.5	40.4
1981	1.8	3.6	38.4	43.8
1982	3.2	3.0	48.1	54.3
1983	5.1	2.5	33.0	40.6

* Voir formule en Annexe III

En faisant la relation entre ces chiffres et le nombre de femmes à risque, on peut obtenir une estimation préliminaire de la prévalence des méthodes fournies par le programme aux femmes. Le pourcentage d'usagères calculé de cette façon serait:

1974	0.7	1979	4.7
1975	1.6	1980	5.7
1976	2.7	1981	6.2
1977	3.6	1982	7.6
1978	3.8	1983	5.6

Ces résultats sont plutôt modestes mais ils ne comprennent pas l'utilisation des condoms distribués aux hommes. Avant de nous tourner vers cet aspect, comparons ces estimations à celles tirées de l'Enquête sur la Fertilité en Haïti de 1977. Cette dernière porte le nombre d'usagères de contraceptifs oraux et autres méthodes scientifiques pour les femmes à environ 22.600 et de stérilets à environ 3.000, il existe une bonne uniformité dans les résultats. L'estimation obtenue par la HFA pour la stérilisation des femmes (1.500) n'avait pas d'importance au point de vue statistique (petit nombre de répondantes) et une grande contradiction avec les statistiques de service (Voir tableau 8) ^{1/}.

L'utilisation des condoms est le principal inconnu du programme. Là encore les statistiques de réapprovisionnement mensuel manquent. Et malgré les mentions répétées dans les rapports de la DHF de la nécessité d'une étude sur l'utilisation des condoms et son impact en termes d'années de protection, aucune étude de ce genre n'a été faite.

Les statistiques de condoms distribués n'aident pas beaucoup. D'un côté, la DHF fait ressortir qu'elles sont sous-estimées, étant donné que certains centres de santé rapportent le nombre d'acceptants et de visites de réapprovisionnement mais non les quantités fournies. D'un autre côté, il est su et admis que certains des condoms distribués ne sont pas utilisés pour des besoins contraceptifs, mais cela n'est pas estimé même approximativement, et ne peut pas se faire dans une enquête. En tout état de cause, les chiffres sont les suivants (en milliers):

<u>Année</u>	<u>Condoms distribués</u>
1976	917
1977	2,285
1978	5,805
1979	7,612
1980	9,618
1981	8,667
1982	11,691
1983 (6 mois)	5,687

Afin d'estimer le nombre d'usagers, il peut être plus sage de travailler à partir des données sur le nombre de visites. L'Annexe IV exige la méthode utilisée pour estimer par ce moyen le nombre de ceux qui utilisent les condoms. Le Tableau 9 donne les résultats correspondants.

Tableau 9

ESTIMATION DU NOMBRE D'HOMMES UTILISANT LES CONDOMS
1975-1983 (6 mois)

Année	Cumulé* (000)	Estimé (000)
1975	11.2	4.0
1976	37.5	13.5
1977	75.0	27.0
1978	108.6	39.1
1979	153.2	55.2
1980	174.0	62.6
1981	182.6	65.7
1982	176.1	63.4
1983	171.5**	61.7

Si nous comparons ces estimations avec le nombre de condoms distribués chaque année, nous trouvons une augmentation dans le nombre de condoms par usagers et par an qui reflète probablement les progrès dans le rapport sur les quantités distribuées. En 1982 et en 1983, le nombre est de 184 condoms par usagers sur une base annuelle, ce qui naturellement correspond aux besoins quand l'allocation est faite pour le gaspillage.

Comment pouvons-nous combiner ces résultats avec ceux obtenus pour les femmes qui emploient la contraception? Une fois encore il y a une grande source d'incertitude là non seulement parcequ'il peut y avoir une duplication d'utilisation de contraceptifs dans les couples qui vivent ensemble. Au lieu de choisir une hypothèse arbitraire, une estimation peu élevée et une autre bien plus élevée sont présentées ajoutant respectivement un tiers aux trois quarts du nombre estimé d'hommes qui les utilisent à celui des femmes qui les emploient (voir tableau 10).

* Voir formule, Annexe IV

** Depuis le milieu de 1980

Tableau 10

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES PROTEGEES
 PAR
 LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES PAR L'ENTREMISE DU PROGRAMME
 1975-1983
 (Six mois - En milliers)

Année	Estimations Séparées		Combinaison	
	Acceptantes	Acceptants	Peu élevé	Elevé
1975	10.6	4.0	11.0	13.6
1976	18.8	13.5	23.3	28.9
1977	25.1	27.0	34.1	45.4
1978	26.3	39.1	39.3	55.6
1979	32.7	55.2	51.1	74.1
1980	40.4	62.6	61.3	87.4
1981	43.8	65.7	65.7	93.1
1982	54.3	63.4	75.4	101.9
1983	40.6	61.7	61.2	86.9

Les taux de prévalence correspondants sont donnés au Tableau 11.

D'une manière évidente ces taux ne prennent pas en considération l'utilisation des méthodes "traditionnelles et naturelles". Puisque l'objectif de ce calcul est d'évaluer l'impact du programme, il ne serait pas justifié de les y inclure. En outre, ce sont des méthodes ayant des indices d'efficacité bas et même très bas et en évaluant l'impact de la planification familiale sur la fertilité on peut les ignorer sans beaucoup de dommage.

Le taux de prévalence, quoique important (environ 10 pour cent), semble être remarquablement moins élevé qu'il a été quelquefois estimé en Haiti, même si on a essayé d'éviter un biais descendant. Peut-être que les statistiques de service diminuent l'acceptation et l'utilisation dans une grande proportion mais il n'existe aucune évidence pour le juger. Les visites d'évaluation ne laissent pas le temps d'évaluer un tel biais même sur une base d'échantillonnage, donc les estimations sont ce qu'il y a de mieux dans ces circonstances. Les résultats de l'Enquête de Prévalence Contraceptive seront bientôt disponibles et devraient fournir une évaluation plus solide. En comparant les estimations de cette évaluation à toute autre estimation, l'enquête permettra aussi au programme de combiner de meilleurs critères pour estimer la prévalence dans les années à venir sur une base routinière en l'absence d'enquête.

Tableau 11

ESTIMATION DES TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE PARMY LES FEMMES
AGEES ENTRE 15 ET 49 ANS ET VIVANT AVEC UN HOMME
1975-1983

Année	Taux de Prévalence (pour cent)	
	Estimation peu élevée	Estimation Elevée
1975	1.8	2.0
1976	3.4	4.2
1977	4.9	6.6
1978	5.7	8.0
1979	7.3	10.6
1980	8.7	12.4
1981	9.2	13.1
1982	10.5	14.2
1983	8.5	12.0

2. IMPACT DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE SUR LA FERTILITE

Cette section essaie de répondre aux questions qui surgissent naturellement concernant les effets que ce programme peut avoir sur les tendances démographiques de ce pays. Il faut d'abord examiner l'état actuel de connaissances concernant ces tendances.

2.1. Tendances démographiques en Haiti

D'après la dernière opération de collecte de données démographiques en Haiti, le recensement de 1982, sa population est de 5.053.800 habitants contre 4.330.000 en 1971. Le taux apparent de croissance entre ces deux recensements est donc 14 pour 1.000 par an. Ce qui représente un taux peu élevé pour cette région et certaines personnes doutent qu'il corresponde à la réalité.

Il faut aussi noter ici que pendant longtemps, en l'absence d'observations directes, les estimations des niveaux de fertilité, de mortalité et de croissance de population (par les N.U. et d'autres institutions) ont été basées sur des analogies avec d'autres pays de la Caraïbe, dans les années 60 et 70 l'idée d'un taux élevé de fertilité et de croissance de population était devenue populaire. Bien que toutes les évidences statistiques vont à l'encontre de cette idée (voir Annex V).

a) Le taux de croissance, apparent entre les recensements de 1950 et de 1971, était de 16 pour 1.000, ainsi il ne devrait pas être trop surprenant de trouver un taux de 14 pour cent pour la prochaine période entre les recensements.

b) A cela on peut répondre que l'on pensait que le taux de mortalité diminuait. Mais d'après l'Enquête sur la Fertilité en Haiti (EFH) le niveau de mortalité de bébés et d'enfants était très élevé et il tend actuellement à augmenter à cause de l'urbanisation. Il semble que le taux de mortalité a très peu changé, si changement il y a eu au cours de la dernière décade.

c) Le facteur émigration a été fréquemment négligé ou sous-estimé dans les estimations superficielles du taux de croissance. Mais on peut voir qu'elle est assez importante du point de vue quantitatif.

En faisant un examen approfondi, il semble que le taux de croissance ne peut pas avoir été bien plus élevé que les 14% par millier. Pour les besoins de diverses estimations nécessaires à ce rapport, un taux de 15% par millier a été utilisé (voir Annexe V).

Dans ce rapport on est davantage concerné par le niveau de fertilité et ses tendances. Comme dit plus haut, le niveau de fertilité est modéré cela est montré amplement par l'Enquête sur la Fertilité en Haiti et expliqué par:

a) Des facteurs biomédicaux - On a observé en Haiti que les filles ont leur premières règles plutôt tard et les femmes font leur ménopause quand elles sont encore assez jeunes. Les deux ont rapport avec la malnutrition, qui par certaines formes d'anémie peut aussi expliquer le taux élevé de fausses couches. L'amnorrhée postpartum est longue, en partie à cause de l'allaitement au sein prolongé qui est commun en milieu rural.

b) Des facteurs socio-culturels - Le système de vie en commun résulte en une prévalence très peu élevée de types d'union stable (marié ou placé); dans l'Enquête sur la Fertilité en Haiti, on a trouvé que seulement 43% des femmes vivaient dans un type stable d'union (39% des femmes âgées de 20-29 ans, usuellement l'époque de plus grande fertilité) 65% des femmes entre 20 et 24 ans n'étaient pas dans le groupe d'union stable. Ainsi un résultat révèle que la moyenne d'âge des femmes lors de la naissance de leur premier enfant est élevée. Cela conduit à un résultat de fertilité modérée. Naturellement cela permet de considérer ce résultat comme une réponse aux conditions économiques peu favorables qui poussent les couples à retarder et à minimiser les charges économiques d'une grossesse. La grande mobilité de la population prépare cet effet en créant un manque d'hommes adultes dans le pays (par l'émigration) et en causant de fréquentes séparations (par des migrations intérieures). Il est intéressant de noter que la proportion d'unions stables en Haiti est plus basse que dans les pays de la Caraïbe comparables. Enfin, l'utilisation de contraceptifs augmenté récemment et semble jouer un rôle, dont l'ampleur devrait être évaluée.

2.2. Rôle possible du programme dans les tendances actuelles

L'opinion répandue parmi les démographes, bien qu'elle ne soit pas appuyée par des données depuis l'Enquête sur la Fertilité de 1977, est que la fertilité est en train de décliner en Haiti.

Probablement, les attitudes envers le nombre d'enfants par famille qui n'avait jamais contribué à un taux de fertilité très élevé dans ce pays, ont évolué sous l'influence du "moderne", des modèles importés de famille, une influence qui doit être imputée en grande partie au phénomène de migration et des contacts avec les communautés à l'étranger. Ce facteur plus l'urbanisation et peut-être l'éducation peuvent avoir provoqué de nouvelles attitudes concernant le mariage et les grossesses. Comme dit antérieurement, les difficultés économiques semblent fournir les restes de l'explication du changement des systèmes de mariage et de fertilité.

2.2.1. Rôle Possible des changements dans les systèmes d'union

Bien que les utilisations des concepts n'étaient pas les mêmes dans les deux exemples, il semble au moins qu'entre le recensement de 1971 et l'Enquête sur la Fertilité de 1977, la proportion de femmes engagés dans un type d'union stable a diminué d'une manière significative^{1/}. Cette tendance a certainement eu un impact sur la fertilité, mais il est virtuellement impossible de le mesurer à cause du manque de détail sur (a) les changements réels dans les systèmes d'union et (b) les patrons de fertilité dans les divers types d'union et leurs changements au cours des ans.

^{1/} En 1971, 17.8 pour cent mariées, 34.4 pour cent placées
En 1977, 15.8 pour cent mariées, 27.3 pour cent placées

Présumons que:

- les proportions de femmes vivant en union stable est restée la même entre 1971 et 1977;
- une distribution consistante des femmes parmi les autres catégories (y compris une légère augmentation dans la proportion de celles qui n'ont jamais été ni placées ni mariées), le nombre d'enfants nés de femmes âgées entre 15 et 49 ans en 1977 aurait pu être de 4 à 5 pour cent plus élevé. Cela suggère que l'effet des changements dans les genres d'union était important, mais ne permet aucune conclusion sérieuse sur l'effet de ces changements sur le niveau de fertilité au cours de cette période.

2.2.2. Rôle Possible de l'Utilisation de la Contraception

Quel impact le programme de planification familiale a-t-il pu avoir sur la diminution de la fertilité que l'on a constaté entre 1971 et 1977 (et qui semble continuer)? La question peut être formulée de deux manières, qui semblent étroitement liées mais qui en fait conduisent à des approches tout à fait différentes:

- a) Quel effet le programme a-t-il eu sur les indices de fertilité choisis (comme le taux brut de naissance ou les taux spécifiques d'âge de fertilité)?
- b) Combien de naissances ont été évitées grâce au programme?

On peut répondre à la première question en comparant les indices de fertilité après que le programme ait fonctionné pendant un certain temps avec des projections des mêmes indices dans lesquels le programme n'est pas pris en considération. Il est important de noter que la question peut être posée en faisant référence au taux brut de naissance (si la préoccupation principale est la fertilité comme telle), mais que la réponse puisse être fournie seulement par une analyse des taux de fertilité d'âge spécifique, les autres indices étant beaucoup trop bruts pour les besoins des projections. Dans le cas présent, il nous manque de bonnes données pour un tel exercice. Une série de taux de fertilité par âge spécifique (ASFR) avait été calculée à partir des données de MSD. Ces taux sont visiblement sous-estimés, étant donné qu'ils sont moins élevés que ceux calculés à partir des données de l'Enquête sur la Fertilité en Haïti pour les années précédant immédiatement la dernière enquête. D'autre part l'Enquête sur la Fertilité en Haïti a fourni des estimations de l'ASFR, pour la période s'étendant de 1969 à 1977, basé sur les histoires de grossesses. Il est préférable d'utiliser ces données pour comparer la fertilité avant le programme et après son implantation. A cause de la fluctuation dans les niveaux de l'ASFR basée sur des périodes annuelles montrent un indice d'erreur de date important, une moyenne de trois ans est utilisée ici.

Taux de Fertilité par Age Spécifique (par 1.000)

Groupe d'âge	1969/1971	1974/1977
15-19	70.1	56.5
20-24	214.4	202.3
25-29	270.9	254.1
30-34	241.2	232.1
35-39	201.8	179.4
40-44	126.1	110.1
45-49	61.6	61.6

Il semble qu'il y a eu un déclin dans presque tous les groupes d'âge. Prenant en considération les structures d'âge du groupe entre 15 et 49 ans, comme observé par le recensement de 1971 et l'Enquête sur la Fertilité en Haïti, nous pouvons tirer les estimations du taux de fertilité générale (GFR) :

	1969/1972	1974/1977
Estimation du GFR	170.8	157.8

Les changements dans la structure d'âge ne semble pas avoir joué un rôle dans le déclin, étant donné que le taux de fertilité total (TFR), qui n'est pas affecté par la structure d'âge, a décliné dans les mêmes proportions que le GFR, c'est-à-dire 8 pour cent :

	1969/1972	1974/1977
Estimation du TFR	5.93	5.48

Afin d'attribuer une partie de ces déclins au programme, nous devrions comparer les niveaux de fertilité observés dans le dernier lieu aux projections indépendantes basées sur les estimations du début. Un tel exercice serait d'une valeur douteuse ici, essentiellement parce que nous n'avons aucune idée des tendances de la fertilité avant 1973 (supposé être des tendances "naturelles"), de là aucune base pour formuler une hypothèse raisonnable qui guiderait la projection. Il sera mieux, à ce point, d'examiner quelle utilisation nous pouvons faire des méthodes basées sur les naissances évitées.

Il y a trois approches de base à la question (B)

La première approche (illustrée par les modèles Potter et Wolfers, est basée sur une évaluation de la mesure dans laquelle l'utilisation de la contraception prolonge la période pendant laquelle une femme n'est pas enceinte. Elle mesure les naissances évitées comme la proportion entre la durée de l'utilisation de la contraception d'une part, et le temps (spécifié par âge de la mère) qui est pris par le processus total d'une naissance d'autre part, (c'est-à-dire, la durée moyenne des mariages par naissances quand la contraception n'est pas employée).

Les données requises pour de tels calculs comprennent des informations qui sont disponibles pour Haïti (nombre d'acceptants par méthode), mais aussi certaines qui ne sont disponibles qu'en partie (tel l'âge des acceptants, donnée qui est trop rarement enregistrée) ou qui ne sont pas disponibles (le statut contraceptif des acceptants^{1/}, l'intervalle entre la dernière grossesse, la moyenne de durée par naissance, etc.). Bien qu'un paramètre puisse toujours être estimé, l'accumulation des sources d'incertitude priverait l'exercice de toute valeur dans le cas présent.

La seconde approche est basée sur l'utilisation de l'ASFR. Dans ses nombreuses variantes, elle maintient l'idée initiale (par Lee and Isbister) de l'estimation du nombre de naissances évitées dans un groupe de femmes (spécifié par âge) comme le total du nombre de femmes dans le groupe, mesure le déclin dans l'ASFR pour les usagers du programme, et le taux de la continuation moyenne pour la période considérée. Là encore, il est clair que les données nous font défaut pour employer cette méthode. Nous aurions pu utiliser nos estimations antérieures de taux de continuation, mais le problème d'estimation de l'ASF pour les usagers du programme ne disparaîtra pas pour autant. Un stratagème intéressant pour une telle estimation avait été trouvé par Kelly, utilisant les données sur l'âge et l'égalité (nombre d'enfants déjà nés) qui sont normalement recueillies pour chaque nouvel acceptant du programme malheureusement ces données ne sont pas disponibles pour nous.

Il nous reste donc une troisième approche, qui repose sur quelques règles empiriques. Par exemple, il est dit que cinq stérilets introduits au cours d'une année donnée, évitent une naissance chaque année pendant au moins cinq ans (Ross). Ces règles donnent seulement des indications approximatives sur le nombre de naissances évitées parcequ'elles ne prennent pas en considération les variations de continuation et de fertilité parmi les groupes d'âge ou les catégories d'égalité. De plus, de telles règles n'existent pas en ce qui concerne l'acceptation et la pillule et des condoms à cause de la grande variation dans la continuation et l'efficacité de ces méthodes.

D'autres règles visent à estimer les couples-années de protection fournies à partir des données sur les quantités de contraceptifs distribués. Ce genre de données est admis comme de qualité douteuse dans le cas actuel, l'utilisation de cette approche n'est pas recommandable non plus.

La seule méthode que nous pouvons employer est de revenir à notre estimation du nombre de femmes protégées et de faire des hypothèses sur la fertilité qu'elles auraient eu si elles n'avaient pas été protégées. Cette approche a été très critiquée sur la base que les hypothèses nécessaires ne peuvent qu'être arbitraires. En l'absence d'un programme, les usagères du programme peuvent avoir une fertilité plus élevée que la moyenne (dans la plupart des exemples, les acceptantes tendent à montrer un taux de fertilité plus élevé que les autres femmes). Ou, elles peuvent avoir un taux de fertilité plus bas (l'acceptation prouve une détermination à limiter le nombre d'enfants, ce qui pourrait se faire de toute façon). Nous devons essayer d'éviter une partie de ces critiques en choisissant deux hypothèses de fertilité.

^{1/} Nouveaux usagers ou usagers antérieurs.

Il faut que nous soyons capables d'établir nos estimations des naissances évitées de 1976 à 1983 par 1.000. Comme nous l'avons vu plus tôt, le GFR semble avoir décliné de 171 à 158 par 1.000 entre 1969/72 et 1974/77. Le choix dans cet éventail d'un taux de fertilité qui pourrait être appliqué aux femmes protégées, impliquerait une hypothèse sur la partie de la diminution qui est due au programme, de là, on incorporerait une réponse prédéterminée à la question posée. Au lieu de cela nous devons déduire qu'à partir de 1976:

- si l'un des déclinés était attribuable au programme, les femmes auraient dû avoir en l'absence de protection, le taux de fertilité peu élevé, de 1974/1977 c'est-à-dire 158 par 1.000;
- si tout le déclin était attribuable au programme, ces femmes auraient dû avoir, en l'absence de protection, le taux élevé de 1969/1972 c'est-à-dire 171 pour 1.000. Le tableau 11 donne les résultats du calcul dans lequel le GFR peu élevé a été appliqué à l'estimation peu élevée des femmes protégées et le GFR élevé a été appliqué à l'estimation élevée des femmes protégées.

Tableau 12

DEUX ESTIMATIONS DU NOMBRE DE NAISSANCES EVITEES PAR LE PROGRAMME
1974-1983 (Milliers)

Année	Femmes Protégées*		Naissances Evitées	
	Estimation peu élevée	Estimation élevée	Estimation peu élevée (GFR=0.158)	Estimation élevée (GFR=0.171)
1976	14.8	17.5	2.3	3.0
1977	26.0	33.2	4.1	5.7
1978	34.7	47.2	5.5	8.1
1979	43.1	61.3	6.8	10.5
1980	53.1	76.8	8.4	13.1
1981	61.3	87.9	9.7	15.0
1982	68.8	95.7	10.9	16.4
1983	68.9	95.2	10.9	16.3

* Le nombre moyen de femmes protégées d'avril de l'année précédente à mars de l'année en cours, pour l'ajustement entre la conception et la naissance, obtenu par interpolation du tableau 10.

Au total, en tenant compte de quelques centaines de naissances évitées en 1974 et 1975, un minimum de 60.000 et un maximum de 90.000 naissances peuvent avoir été évitées par le programme depuis ses débuts jusqu'à la fin de 1983. Le total réel doit probablement se trouver entre les deux, nous devons nous rappeler spécialement qu'un impact des changements dans les patrons d'union a été détecté et participe au déclin de la fertilité et que certaines méthodes de contraception (y compris les méthodes modernes) sont pratiquées en dehors du programme.

Ces chiffres peuvent être comparés au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans et au total de la population. Ces comparaisons suggèrent que sans ces naissances évitées, en 1983 le GFR aurait pu être 9 à 13 points plus élevé, tandis que le taux brut de naissance (CBR) aurait pu être 2 ou 3 points plus élevé. Mais les niveaux du GFR et du CBR ne peuvent pas être évalués.

Ce n'est pas méthodologiquement la meilleure estimation possible de l'impact du programme, mais elle donne probablement une bonne idée de l'ordre de l'ampleur de cet impact.

En ce qui concerne le cours futur des événements, c'est-à-dire l'évolution possible des indices de fertilité dans les trois années à venir, en établir le graphique à ce stade serait une entreprise non garantie. Notre connaissance des tendances passées, de la situation actuelle et des liens entre les activités du programme et les changements de fertilité, est trop limitée pour fournir une base pour de bonnes projections.

CAPACITE DE GESTION

1. Gestion du Programme: Niveau de Prise de Décision

1.1 Fonctions de la Division d'Hygiène Familiale (DHF)

La DHF est l'agence d'exécution du Projet d'Extension de la Planification Familiale au sein du Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP). Sa capacité de gestion est donc cruciale pour atteindre les buts et objectifs du projet. Cependant les fonctions requises pour planifier, exécuter et évaluer les services cliniques et éducationnels de la planification familiale ne se trouvent pas seulement à la DHF. Par conséquent, une évaluation de ses compétences doit aussi traiter de son aptitude à négocier et influencer les décisions et les actions en dehors de sa supervision directe, de même que sa capacité à maintenir une comptabilité des activités de planification familiale malgré leur dispersion.

* La fonction primordiale de la DHF, comme d'autres directions du DSPP, est normative c'est à dire qu'elle a pour tâche d'assurer qualité des services selon des standards de soin établis mais pas fournir directement ces services. A cet effet la DHF maintient et met à jour des normes et des standards en accord avec changements de condition et la technologie médicale, contrôle systématiquement la qualité des services sur le terrain par l'intermédiaire des quatre bureaux régionaux, et fournit l'assistance technique et les fournitures de bureau nécessaires ainsi que les ressources pour la formation et l'éducation.

* Une autre de ses attributions principales est la recherche et l'évaluation particulièrement a) l'analyse des statistiques sur les services b) l'étude des opérations dans le but de fournir des informations permettant de prendre des décisions de politiques concernant les systèmes de prestation de service c) des recherches pratiques ou des enquêtes pour les changements plus pressants dans les programmes des services et d) l'évaluation des programmes pour déterminer si la DHF progresse vers ses objectifs principaux. Une troisième fonction de la Division est d'entreprendre des initiatives spéciales de programmes telles la vente en détail de contraceptifs, de services de stérilisation et de projets basés dans la communauté. Le rôle de la DHF est de développer des directives et des méthodes appropriées et de fournir la direction nécessaire au niveau national tout en les incorporant dans les services en cours.

* Le rôle de soutien financier et administratif du DSPP a rapport avec les trois fonctions citées plus haut, particulièrement le soutien logistique qui assure un flot ininterrompu de fournitures pour la PMI/PF vers les campagnes. Elle est aussi chargée de la gestion des dons.

La DHF et le Bureau de Nutrition formeront bientôt une seule entité; et, il reste plusieurs questions à résoudre concernant la délégation des responsabilités et la fusion des fonctions normatives, administratives, de recherche/évaluation, et de développement de programme. A la demande du Ministre, les deux agences ont formé un comité pour planifier la réorganisation

définitive. On envisage aussi d'inclure dans la nouvelle agence un bureau de population qui participerait aux activités relatives à l'analyse à la recherche et aux fonctions démographiques; mais ni son rôle ni ses fonctions n'ont pas encore été définies.

1.2 Régionalisation et Intégration: Impact sur les fonctions de la Planification Familiale

La délégation des responsabilités pour divers aspects de la planification familiale à des services du système de santé autre que la DHF a évolué au cours des années du fait de deux politiques du DSPP: la décentralisation des responsabilités pour la prestation des services aux régions et, de là à leurs districts (régionalisation), et le renforcement du soutien central du DSPP et des systèmes de ressource humaine, particulièrement l'intégration éventuelle de ceux qui ont été développés indépendamment par divers programmes départementaux (intégration). Depuis la création de la DHF en 1971 jusqu'à la fin des années 70, la planification familiale - de pair avec les services de protection materno-infantile (PMI/PF) - constituait un des programmes du DSPP ayant suffisamment de ressources pour développer et implanter des standards de soin, fournir la formation dans le pays et à l'étranger au personnel à tous les niveaux, développer un système national de données et promouvoir et soutenir la prestation de services en même temps que l'assistance éducative et matérielle y relative. Avec les fonds de l'UNFPA et de l'USAID, la DHF a essentiellement développé et renforcé des segments du système de service national afin d'offrir un service par catégorie, et a utilisé un système de supplément de salaire pour que le personnel fournisse des services dans l'après midi après les heures de clinique habituelles du DSPP. Ainsi, elle était à même de superviser ceux qui fournissaient les services et de lancer un programme national de plus grande portée que cela n'eût été autrement possible.

Depuis la fin des années 70, le DSPP prend des mesures pour implanter la régionalisation et l'intégration des services et des fonctions. Pour les programmes qui avaient été plus développés - plus spécialement la DHF, le Bureau de Nutrition (BN) et le Service National des Endémies Majeures (SNEM) - cela a souvent eu pour effet de freiner la prestation des services, de réduire les fonctions ou de limiter les responsabilités de supervision. On peut voir un exemple des changements intervenus dans les politiques du DSPP dans le développement des ressources humaines. En 1975, en vue de l'extension communautaire, la DHF a développé un cadre d'agents communautaires urbains de la PMI/PF, alors qu'un DSPP fort aurait peut-être opté pour la préparation d'un agent d'extension pour toutes les activités de santé publique. Plus tard en 1977-1978, quand on a décidé d'étendre la PMI/PF aux zones rurales, la DHF a été souvent forcée de retarder ou de renvoyer des activités de formation et d'autres activités de développement. La DSPP avait commencé à ce moment-là à assumer la responsabilité de la planification pour la santé rurale au lieu de continuer à permettre des efforts par catégorie pour développer et étendre le modeste système de couverture rurale. Parallèlement, le DSPP a décidé de la nécessité d'intégrer les services; aussi des suppléments de salaire ont été distribués à tout le personnel du DSPP, et des cliniques d'après-midi ont été incorporées à celles du matin pour la PMI/PF. Jusqu'à présent, les décisions concernant l'engagement, la formation et la supervision du personnel reposent sur les régions et, jusqu'à récemment leur système d'engagement de personnel ne reflétait pas les divers programmes de services ou les objectifs spécifiques de santé nationale.

Des missions d'évaluation et d'assistance technique ont fourni depuis 1976 des documents sur les problèmes inhérents à la décentralisation des services et à l'intégration des fonctions de soutien, sur la frustration des professionnels au niveau national au sujet des retards dans la formation et l'expansion des services, et la confiance en un personnel régional et de district manquant souvent d'expérience pour implanter les recommandations relatives à l'amélioration des services. En même temps, il est reconnu que le succès de tout service délivré et soutenu par le secteur de la santé publique dépendra en dernier lieu de la qualité du système en tant que tout, de la délégation claire des responsabilités à un personnel qualifié et de l'engagement du DSPP à des niveaux plus élevés que la DHF. Ironiquement la nouvelle administration du DSPP et une grande partie du personnel régional sont composées de professionnels qui jusqu'à ces derniers temps implantaient avec succès des programmes de santé et qui comprennent le mieux les limitations de structures faibles au DSPP et au niveau régional du district. Les cadres supérieurs administratifs du DSPP, des régions et de la DHF ont expliqué à la Mission combien ils sont intéressés au succès de l'implantation des changements visant à remédier aux problèmes qu'ils avaient confrontés dans le passé et qui auront un impact direct sur le Projet d'Extension de Planification Familiale. Ces changements comprennent:

- * la réorganisation des systèmes d'engagement du personnel régional et de district, avec la délégation spécifique des responsabilités pour la PMI/PF à une infirmière ou à un médecin spécialiste en santé publique tant au niveau régional que de district; des responsabilités pour la formation de l'infirmière régional et de district; des responsabilités pour l'éducation sanitaire à une infirmière en santé publique au niveau régional et de district et des responsabilités pour le programme communautaire à un spécialiste en développement communautaire au niveau régional.
- * un processus de planification qui obtient des intrants de toutes les agences du DSPP, les régions et leurs districts, établit les priorités nationales sur la base des besoins identifiés par les unités normatives et techniques du DSPP, et permet aux régions et aux districts de développer leurs propres stratégies pour l'implantation des objectifs nationaux, et qui a résulté cette année en des plans dans le domaine de la santé élaborés par la DHF pour 1983-1984.
- * la création d'une direction pour l'éducation sanitaire et la formation, une fonction qui existait auparavant seulement comme bureau technique dans les programmes de santé; cette nouvelle direction devrait fournir le personnel d'éducation sur le terrain et incorporera le bureau de formation médicale et paramédicale, le directeur est l'ex-chef du bureau d'éducation de la DHF.
- * un système de couverture à travers le pays s'étendant dans les régions rurales avec des agents de santé comme base, desservant éventuellement 2,000 personnes chacun et des médecins placés au niveau des communes.
- * l'identification des priorités nationales de santé actuellement au nombre de sept et qui comprennent la planification familiale et l'immunisation des enfants, la nutrition et la diarrhée infantiles; et

* des efforts soutenus pour renforcer les fonctions qui sont censées profiter à tous les programmes du DSPP, tels le soutien administratif, la logistique et le transport, et un système de personnel qui intégrera comme staff ceux qui travaillent dans les programmes communautaires de la DHF et qui avaient été formés dans le but de fournir des services par catégorie sans position ni bénéfices dans le système de santé publique.

Il faudrait noter qu'un autre accord de projet de l'USAID fournit environ \$17 millions pour le renforcement du service de santé rural et appuie actuellement plusieurs des changements décrits plus haut.

1.3 Gestion et Comptabilité de la DHF

Comme le Tableau 1 l'illustre, les fonctions, les activités, les tâches et le rôle relatifs à la prestation des services de planification familiale sont distribués dans tout le système de santé publique, du fait surtout de la régionalisation, du renforcement et de l'intégration des fonctions centrales. Néanmoins, la DHF, en tant qu'agence d'exécution, continue à être responsable de l'utilisation effective et efficace des ressources pour atteindre les objectifs du projet. Aussi doit-elle être capable de les gérer quelque soit leur degré de dispersion.

Il est important de noter que le mouvement vers la régionalisation et l'intégration a eu une implication particulière pour la gestion de la DHF quand son ancien Chef a été nommé Directeur Général vers la fin de 1982 puis Ministre au début de 1983. Pour activer les changements au DSPP, il a choisi parmi les professionnels les plus expérimentés du système de santé publique qu'il connaissait bien, y compris de nombreux membres du personnel de la DHF et le Directeur du BN. Nombreux sont les membres du personnel qui continuent à être payés à partir des dons catégoriels de la DHF (UNFPA et USAID) bien qu'ils ne soient plus tous actifs dans le domaine de la PMI ou de la PF. Le DSPP a bien spécifié que c'est là une période de transition imposée par le besoin d'arriver rapidement à instituer la réorganisation en utilisant les professionnels les plus compétents que l'on a sous la main quelque soit la source de leur salaire. Ses responsables ont aussi fait ressortir qu'une telle réorganisation et le rythme auquel elle est implantée sera d'un bénéfice direct à des dons catégoriels comme le Projet d'Extension de la Planification Familiale.

Les questions restant sans réponse à la fin de l'évaluation devront être traitées par le DSPP, la DHF et les agences de financement qui conviennent tous de la nécessité de renforcer le système de santé. Combien de temps la période de transition durera-t-elle?. L'appui des dons catégoriels à la réorganisation du DSPP accélérera-t-il les progrès vers l'accomplissement des objectifs du projet ou en détournera-t-il les ressources?. Est-il nécessaire de changer l'affectation des fonds pour soutenir la distribution des responsabilités à travers le système?. Si c'est le cas, comment la DHF continuera-t-elle à en assurer la responsabilité?. Le renforcement du système de santé sera-t-il fait à temps pour que le Projet d'Extension de la Planification Familiale atteigne les buts désirés dans les 2 ou 3 ans restants?.

MATRICES DES FONCTIONS DE L'EXTENSION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
ET UNITE RESPONSABLE

	Adminis- tration	(Plani- fication)	Contrôle de Qualité	Prestation de Service	Formation Educationnelle	Evaluation	Programme Communautaire	Projets Speciaux Sterilisation	Ventes dans le commerce
Direction D'Hygiène Familiale (Sections)									
. Administrative	X								
. Contrôle de Qualité		X	X					X	
. Recherche et Evaluation		X							
. Programme Communautaire		X				X			X
DSPP - Autres Unités									
. Gestion Générales	X	X							
. Bureau de Planification		X							
. Services Combinés									
. Appui sur le Terrain		X		X					
. Education									
. Santé et Formation		X			X			X	
. Bureau de Statistique						X	X	X	
Region/District									
. Directeur Général		X							
. Interlocuteur PM/FP				X	X				
. Interlocuteur									
. Education en santé									
. Spécialiste					X				
. Développement Communautaire							X		
. Spécialiste									
. Personnel Institutionnel				X					
DSPP/Privé									
. Communauté									
. Volontaires									
. FACH				X					

Le point le plus difficile pour la DHF est de gérer un don catégoriel pour la planification familiale par les services intégrés de PMI/PF/Nutrition dans le contexte d'un système de santé publique engagé dans de multiples priorités nationales, dans la décentralisation des services de couverture et la fusion des fonctions techniques et de soutien, dont la formation et l'éducation pour tous les programmes de santé.

1.3.1 Fonctions à la DHF

Pour ce qui est des fonctions normatives et de développement de programme qui lui sont spécifiquement assignées, la DHF continue à fournir une gestion et un leadership adéquats. Les deux sections suivantes mettent en valeur les forces et les faiblesses relatives aux bureaux de recherche et d'évaluation et à l'administration. Quant aux activités restantes d'assurance de la qualité, de développement du programme de stérilisation, de planification, de contrôle et du programme communautaire, le personnel est expérimenté et compétent, tient à jour les plans et les rapports sur l'état d'avancement du programme et maintient des approches systématiques pour remplir son rôle:

* Normes et Standards. On s'est documenté sur les standards de soin et vérifié sur le terrain les interviews du staff de la DHF concernant les besoins en révision et en mise à jour; c'est-à-dire, le personnel reflétait la situation réelle concernant les standard de soin. Le Bureau d'Evaluation de la DHF (qui en assumera la coordination préparait un plan pour une supervision systématique et sélective tel que le personnel technique de la DHF évaluera de façon routinière le respect des standards, identifiera et dirigera l'attention sur les sphères de besoin et assurera le suivi des résultats.

* Programmes de Stérilisation. Les objectifs prévus progressaient bien, les buts étaient clairs, les informations requises pour opérer le programme facilement disponibles, c'est-à-dire la description des besoins en installation et en main d'oeuvre aussi bien que les ressources identifiées pour atteindre ces besoins.

* Programme Communautaire. Les documents fournissent la philosophie, l'approche, les objectifs et les progrès jusqu'à cette date, l'organisation du personnel comprend des plans de travail systématiques, et les rétroactions (feedback) pour tout changement nécessaire dans le plan; la description du programme au niveau central a été vérifiée sur le terrain.

* Planification. Le plan de 1983-1984 contient une liste détaillée des objectifs principaux pour atteindre les buts du Projet d'Extension de la Planification Familiale aussi bien que les services de PMI, un budget qui lui était joint montrait en détail l'allocation des fonds pour les régions et les districts dans diverses catégories de dépenses; le processus d'élaboration du plan comprenait des visites personnelles, des réunions et la soumission de documents écrits provenant des régions et d'autres agences du DSPP, la coordination du plan est assurée par le Directeur de la Recherche et de l'Evaluation.

Bien que le plan semble adéquat sur le papier, un certain nombre d'observations devraient être faites:

* Vu les changements importants faits au DSPP, et à la DHF y compris le départ de nombreux cadres supérieurs de la DHF et de la disparition de l'unité de formation et d'éducation sanitaire et de l'unité séparée de supervision, on s'attendrait à ce que le plan pour 1983-1984 reflète la réorganisation au sein de la DHF, mais il n'en n'est pas ainsi. Il était difficile de préciser comment la DHF s'ajuste à ces changements, quelle réorganisation et quels nouveaux efforts en résulteront et comment la DHF essaie de s'arranger avec d'autres unités du DSPP.

* Comme le montrent les diagrammes, les fonctions requises pour implanter les objectifs du Projet d'Extension de Planification Familiale sont dispersées dans tout le DSPP, pourtant le plan de 1983-1984 n'est pas assez explicite sur les réseaux de communication nécessaires entre tous les responsables de ces fonctions.

* Considérant le bas niveau des dépenses de la DHF au cours de ces deux dernières années, on s'attendrait à ce que les activités planifiées soient tout à fait différentes de celles des années précédentes dans ces domaines, mais, en fait, elles sont étonnamment similaires aux plans passés.

* En outre, le plan ne mentionnait aucun des sujets suivants: comment exactement les résultats du projet de Miragôane seront-ils incorporés dans les services en cours; comment en fait les améliorations dans les données sur les services seront-elles perfectionnées autrement que par des séminaires, comment les besoins en information et en éducation des programmes spéciaux seront-ils satisfaits, par exemple le programme communautaire et le programme de stérilisation.

* Contrôle d'ensemble du Programme. Le chef de la DHF organisait des réunions avec chacun des directeurs régionaux et le personnel sur le terrain, utilisant les rapports des activités des six derniers mois comme structure des réunions. Des membres de l'équipe ont participé à l'une d'elles dans laquelle on discutait les points faibles et les points forts signalés par le rapport semestriel sur la région, la description du plan 1983-1984 et le processus utilisé pour synthétiser l'intrant spécifique de la région et la restructuration des systèmes de personnel régionaux et des responsabilités prévues. Le Directeur de la Recherche et de l'Evaluation organise les réunions liés étroitement au processus de planification et en assure le suivi. La procédure semble efficace et le chef de la DHF coopérait pleinement avec le personnel régional et lui fournissait toutes les informations.

1.3.2 Partage des Fonctions

Il semblerait que l'administration de la DHF n'arrive pas à bien s'acquitter de sa tâche de gestion des activités dispersés au sein du Projet d'Extension de la Planification Familiale. C'est particulièrement apparent dans les domaines de la formation, de la supervision et de la recherche pratique dont le succès dépend en grande partie d'une coordination précise entre divers niveaux des particuliers.

Les fonds pour ces trois activités n'ont presque jamais été dépensés dans leur totalité malgré les besoins considérables exprimés par le personnel sur le terrain. Le solde sur l'exercice 1981-1982 était de \$200.000, et celui de l'exercice 1982-1983 de \$93.000, dont les deux tiers pour des séminaires, la supervision et la recherche. Quoique certains cas de non-utilisation de fonds, tel pour le budget de stérilisation de l'exercice 1981-1982, semblent être attribuables à la lenteur des procédures d'approbation, là n'est apparemment pas la raison pour le cas de la formation, la supervision et la recherche. En ce qui concerne la recherche, une des raisons pour lesquelles les valeurs affectées ne sont pas dépensées dans leur totalité (pas un sou n'a été dépensé des \$12.000 affectés pour les activités de l'exercice 1982-1983) est le manque de personnel; plusieurs étaient absorbés par des recherches à long-terme tel le projet Westinghouse, alors que certains postes à la DHF dans ce domaine restaient vacants.

Les divers niveaux et bureaux qui avaient une responsabilité et ont l'autorité pour prendre des décisions concernant certains aspects des trois domaines mentionnés comprennent:

* Le Personnel médical chargé de la supervision sur le terrain et des services directs, lequel pourrait identifier les faiblesses de qualification nécessitant un perfectionnement ou une supervision plus intensive et une formation sur le tas, et qui peut identifier les sujets de recherche pratique nécessaire pour apporter des changements immédiats au programme.

* Les Directeurs régionaux et de district, lesquels doivent juger des besoins en formation, supervision et recherche dans une plus grande perspective géographique et par qui les demandes doivent être communiquées; ils détermineront aussi si les résultats des études d'investigation seront incorporées dans leurs programmes.

* Le personnel technique de la DHF dans toutes les sections, lesquels peuvent identifier les problèmes réclamant une supervision, une formation ou des enquêtes et peuvent examiner les besoins d'un point de vue national, faciliter les échanges d'information et éviter la duplication des efforts.

* La Direction de l'Education et de la Formation Sanitaires, qui a l'expertise de l'éducation et de la formation pour élaborer les programmes qui répondront aux besoins identifiés par les superviseurs;

* Le bureau financier de la DHF, qui contrôle les dépenses tout au long de l'année, et

* Le personnel exécutif du DSPP, de la DHF et des régions, qui a l'autorité de prendre des décisions concernant les plans définitifs et l'allocation des ressources.

En général, les politiques de gestion et la structure organisationnelle de la DHF ne reflètent pas le processus complexe des prises de décision ou les instruments de gestion requis pour concilier les ressources et besoins. Ainsi, les dépenses sont restées en deçà du budget dans les domaines où les besoins ne sont pas encore satisfaits, et les plans annuels continuent à allouer des ressources dans ces mêmes domaines. Le personnel de la DHF semble

savoir que les ressources sont disponibles mais ils ne croyaient pas avoir l'autorité pour les engager de leur propre chef.

Un autre problème potentiel pour la gestion de la DHF est qu'une nouvelle Direction d'Education et de Formation Sanitaires, au même niveau que la DHF, a été établie au DSPP pour fournir l'expertise dans ces deux domaines. Mais le processus de coordination, d'identification des besoins de la DHF et de préparation des méthodes pour y répondre et d'allocation de fonds du Projet d'Extension de la Planification Familiale dans ces domaines n'a pas été élaboré ou n'était apparent dans aucun plan ou document de la DHF.

En conclusion, la capacité de responsabilité de la DHF et son aptitude à administrer d'une manière effective les ressources du Projet d'Extension de Planification Familiale et atteindre les objectifs énoncés dans les deux prochaines années sont devenues de plus en plus dépendantes d'autres unités au sein du DSPP aussi bien que des régions, sur lesquelles elle n'a aucune autorité. La DHF continue à fournir une direction et un leadership adéquats pour les fonctions normatives c'est à dire l'évaluation et l'assurance de la qualité, le développement de programmes spéciaux et d'administration financière comme décrit dans la section suivante n'ont pas souffert outre mesure du départ du personnel clé ou les changements dans les fonctions; en fait la restructuration des systèmes de personnel régional et de district peut en améliorer le rendement. La gestion dans les domaines de la recherche et de l'évaluation est problématique, comme discuté dans la dernière section de ce rapport.

Pour ce qui est des fonctions partagées avec d'autres agences du DSPP, la DHF a des problèmes qui apparaissent dans la sous-utilisation des ressources et dans l'absence de plans pour les résoudre ou pour traiter de besoin d'une bien plus grande coordination.

1.4 Recommandations

* Vu que la DHF n'a pas d'autorité sur les régions et les autres unités du DSPP, plus spécialement sur la nouvelle Direction d'Education et de Formation Sanitaires, le DSPP doit aider la DHF à traiter les problèmes de gestion en utilisant les lignes de communication de la Direction Générale ou de l'Unité des Services Déconcentrés et le processus de planification du DSPP afin d'assurer que les fonctions et les responsabilités d'exécution des objectifs de l'Accord de Projet sont adéquatement soutenues, clairement déléguées et ponctuellement contrôlées.

* Une étude de Gestion préparée en 1981 avec l'aide de la Westinghouse, avait fait de nombreuses suggestions concernant la gestion de la DHF dont certaines sont encore pertinentes. Cette étude devrait être de nouveau examinée pour déterminer si certaines recommandations pourraient résoudre quelques uns des problèmes décrits plus haut.

* A partir du système de supervision de la DHF et en coordination avec la Direction d'Education et de Formation Sanitaires, trouver des mécanismes permettant d'identifier, d'affecter les ressources, de développer et de planifier des programmes et d'obliger les fonds; il faudrait déléguer la responsabilité de diverses rubriques du budget à des employés spécifiques.

l'Administrateur devrait fournir des rapports trimestriels sur les dépenses, les fonds que l'on prévoit qui ne seront pas dépensés devraient être reprogrammés ou inscrits pour des sous-contrats de démonstration et de formation à des associations privées, des cliniques, et des programmes bien cotés ou à des particuliers intéressés.

* Le DSPP et les agences donatrices devraient arriver à un accord concernant l'importance de l'appui à fournir aux unités du DSPP et aux régions qui partagent la responsabilité d'exécution des objectifs des dons catégoriels tel la planification familiale. Cela ne devrait pas occasionner des changements dans l'Accord de Projet, étant donné que les fonctions n'auront pas été changées mais plutôt réassignées.

* Pour promouvoir la gestion des ressources, on devrait considérer d'utiliser les recommandations contenues dans le rapport d'évaluation comme point de départ: identifier quelles unités de personnel de la DHF ou du personnel des régions ou des districts seront responsables de l'implantation des recommandations, et qui au niveau DSPP, contrôlera les progrès, organiser des réunions chaque trimestre pour examiner l'état d'avancement du projet, les contraintes et le rythme des dépenses.

2. Gestion Administrative

2.1 Analyse Financière et Recommandations

2.1.1. Dispositions Financières de l'Accord

L'Accord établit le montant de la dépense de l'USAID à un total de \$9.616.000, pendant cinq ans (de l'exercice 1981 à l'exercice 1985). Ce total est ventilé de la manière suivante: \$5.127.000 en aide bilatérale (pour les dépenses directes de l'USAID et le remboursement des dépenses locales de la DHF) et \$4.488.000 de contraceptifs fournis par l'AID/Washington. Une valeur additionnelle de \$2.155.000 pour un test pilote et le financement d'un Programme de Vente au Détail dans le Commerce (CRS) a été différé jusqu'à ce que la viabilité d'un tel programme soit démontrée.

La contribution de l'USAID sera complétée par un apport total de \$6.555.000 du Gouvernement d'Haiti pour la durée du projet (principalement en fonds titre I et contributions en nature) et par \$1.810.000 du UNFPA).

2.1.2. Obligations

Les obligations faites jusqu'à cette date par l'USAID sont très en retard sur le plan. Les obligations prévues pour l'assistance bilatérale jusqu'à la fin de l'exercice 1981-1983 étaient de \$269.000 au-dessous du montant visé. L'approvisionnement en contraceptifs jusqu'à la fin de l'exercice 1982-1983 était seulement de \$16.000 au-dessous du montant visé. L'USAID explique le retard dans les obligations sur l'assistance bilatérale par l'incapacité de la DHF à absorber davantage de fonds, du fait des contraintes du programme.

TABLEAU B - 1

Obligations prévues dans le cadre de l'Extension
de Planification Familiale (\$000)*

	<u>Bilateral</u>	<u>Contraceptifs</u>
Obligations prévues pour l'Ex 82-83	2206	1932
 <u>Obligations Réelles dans le cadre de l'Extension de la PF</u>		
	<u>Bilateral</u>	<u>Contraceptifs</u>
Obligations réelles Ex 82-83	1937	1916
Chiffres entre parenthèses (Ex 80-81)	(637)	(216)
ne doivent pas être ajoutés (Ex 81-82)	(600)	(900)
(Ex 82-83)	(700)	(800)
 Obligations prévues pour l'Ex 83-84	 1600	 1200
Obligations prévues pour l'Ex 84-85	1590	1372
Obligations totales prévues	<u>5127</u>	<u>4488</u>

* D'après le Memo du 21/10/83 de P. S. Gibson

2.1.3 Etat des Dépenses du Don

Au 30 juin 1983, les dépenses réelles pour les exercices 1980-1981, 1981-1982, et 1982-1983 s'élevaient selon le Plan Conjoint d'Exécution de Projet à \$912.000 pour l'assistance bilatérale et à \$1.665.000 pour les contraceptifs. Les dépenses faites pour l'assistance bilatérale étaient de \$1.024.000 à la même date.

Les dépenses directes de l'USAID n'ont pas été examinées, l'attention s'est portée sur les dépenses remboursables de la DHF et leurs pièces justificatives.

Les dépenses remboursables de la DHF étaient au-dessous du montant autorisé pour les dépenses par l'USAID dans les Lettres d'Exécution de Projet (PIL). D'un autre côté, l'USAID n'a pas permis à la DHF de dépenser des fonds demandés pour des raisons spécifiques. Par exemple, dans le PIL No. 6, (amendée le 11 avril 1983) un total de \$170.760 a été dépensé: \$74.000 pour des services contractuels, \$48.000 pour des réparations, \$43.000 pour des véhicules et \$5.260 pour des classeurs métalliques; et des documents additionnels ont été réclamés. Ainsi alors que toutes les demandes de dépenses n'ont pas été autorisées par l'AID, le solde de la DHF sur les dépenses autorisées s'élevait à \$93.043 pour l'exercice 1982-1983 (Voir Tableau B-2).

Pour ce qui est de l'exercice 1981-1982, les différences entre le montant affecté et les valeurs dépensées était encore plus élevé, totalisant presque 30% des \$671.830 de leur budget. (Voir Tableau B-3)

TABLEAU B-2

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE

SOMMAIRE DES DEPENSES

1er-30 Septembre 1983

Catégorie de Budget	Ex 82-83 Budget	Septembre Dépenses	Cum. Ex 82-83 Dépenses	Balance non dépensée
Salaires	498.887.00	1.381.87	436.322.94	62.564.06
Transport	37.300.00			(8.298.45)
Entretien des Véhicules		2.392.12	27.009.73	
Diesel		1.506.75	18.588.72	
Séminaires	48.345.00	2.997.45	21.332.02	27.012.98
Supervision	83.594.00	4.135.00	56.470.00	27.124.00
Eval. et Recherche	12.000.00			12.000.00
IEC	10.350.00	430.80	13.266.99	(2.916.99)
Voyage des Assistants				
Sociaux	6.840.00	420.00	4.425.00	2.415.00
PF Naturelle	30.000.00		21.614.16	8.385.84*
Appui au Programme	20.000.00	4.392.15	46.857.14	(26.857.14)
TOTAL	747.316.00	17.656.14	645.886.70	93.043.00

* Action Familiale a réclamé cette valeur avant la fin de l'Exercice 1982-1983 pour les besoins de cette évaluation cette valeur est dépensée.

TABLEAU B-3

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIVISION D'HYGIENE FAMILIALE

SOMMAIRE DES DEPENSES

SEPTEMBRE 1982

	Budget 1982	Septembre 1982	Cumulative Ex.1981-1982	Balance non-dépensée
Salaire	374.000.00	35.079.58	307.938.87	66.061.13
Matériel IEC	52.875.00	16.90	399.80	27.061.26
Agents Communautaires		556.60	3.179.08	
PF Naturelle			21.367.76	
Fournitures Médicales	74.175.00	2.337.50	24.197.45	45.025.05
Rénovation		48.00	4.952.50	
Per Diem pour Superviseur	82.280.00	4.197.50	57.994.00	20.933.59
Contrat pour services		177.09	3.352.41	
Meubles pour Bureau	60.000.00	18.80	1.233.20	45.729.95
Formation		427.50	13.036.85	
Entretien des Véhicules	28.500.00	3.519.46	15.353.18	(1.918.83)
Essence (Gazoline)		2.050.50	15.065.65	
Total	<u>871.830.00</u>	<u>48.429.43</u>	<u>468.070.85</u>	<u>203.759.15</u>

* Action Familiale

7.117.76

2.1.4. Analyse du Manque à dépenser des Exercices 1981-1982 et 1982-1983

La rubrique salaire n'a pas été dépensée en totalité au cours de l'un et l'autre exercice. Les tendances passées et les activités projetées pour le prochain exercice devaient permettre à la DHF de réduire le budget du salaire d'après une estimation du nombre de mois pendant lesquels certains postes seront vraisemblablement vacants. Au cours de l'un et l'autre exercice le montant budgétisé pour la formation et les séminaires n'a pas été dépensé qu'en partie pour l'exercice 1981-1982, 74% des fonds budgétisés (\$45.730) n'ont pas été utilisés tandis que pour l'exercice 1982-1983, le montant non dépensé était \$27.013 ou 56% des fonds budgétisés. Le manque à dépenser continué sous cette rubrique est d'autant plus sérieux que le besoin de formation existe et que cette dernière est désirée par tous.

Pour l'exercice 1981-1982, le solde sur le programme de stérilisation volontaire était \$65.958 ou 42% des fonds budgétisés. Le programme semble avoir mieux fonctionné au cours de l'exercice 1982-1983. Le retard apporté dans l'utilisation des fonds réclamés pour l'exercice 1981-1982 provient, d'après le personnel de la DHF du fait que l'USAID veut des justifications pour les rénovations et que le processus d'approbation prend parfois plus d'une année. Par exemple, il a fallu du temps pour retrouver l'original de plans d'installations existant depuis 70 ans. Selon un arrangement survenu depuis peu, l'USAID accepte maintenant d'examiner les plans lors de visites sur les lieux, ce qui diminue les retards. On s'est aussi plaint du temps mis pour commander l'équipement de stérilisation (par exemple les tables pour la salle d'opération) qui prend parfois 18 mois. Il faudrait recommander d'essayer de diminuer des retards de ce genre.

Les \$12.000 fournis pour la recherche pendant l'exercice 1982-1983 n'ont pas été dépensés. Le Directeur de la Recherche et de l'Evaluation a expliqué que ses employés étant entièrement absorbés par des projets à long terme comme l'Enquête sur la Prévalence Contraceptive de la Westinghouse, ne pouvaient pas exécuter des programmes à court terme projetés et commencés. Par contrat, les fonds du don budgétisés pour l'Action Familiale ont été utilisés dans chacun des exercices concernés. Pour l'exercice 1982-1983, un autre domaine à problème a été la rubrique Supervision et Appui (\$83.594) dont près du tiers (\$27.124) n'a pas été dépensé.

D'après les discussions avec le personnel administratif de la DHF, il semble que le manque à dépenser provient de divers situations: manque de coordination entre les niveaux national, régional et de district, concernant les besoins en formation et en supervision; interprétation par le staff de quelle autorité il dispose pour obliger les dépenses; retards dans l'engagement du personnel et dans les activités qui doivent précéder les dépenses (par exemple, le test des matériaux d'imprimerie sur le terrain ou les études sur les attitudes); lenteur des procédures de justification de certaines dépenses; entorses aux plans d'activité.

2.1.5. Intégration et Régionalisation des ressources de la DHF en dehors de la DHF

Etant donné que la DHF est un bureau constitué de personnel, une grande partie de ses dépenses et de ses allocations de ressources est obligée par les régions et d'autres bureaux du DSPP. Comme on est en train d'intégrer une plus grande partie des fonctions du programme dans le DSPP et de les déléguer aux régions, il devient de plus en plus nécessaire de s'assurer que les ressources fournies à la DHF pour l'Extension de Planification Familiale sont utilisées pour les besoins de la planification familiale. L'Accord de Projet est tout à fait spécifique sur la manière dont les fonds fournis doivent être utilisés et toute reprogrammation par le DSPP doit être justifiée dans ce contexte. Au cours des derniers mois, le DSPP, comme décrit plus haut, a fait de grands progrès vers la régularisation du personnel et des ressources y affrentes vers d'autres postes. On est en train de procéder à une nouvelle allocation de fonds du don catégoriel de l'USAID pour la planification familiale (aussi bien que des autres fonds catégoriels de la DHF). Le DSPP a assuré les membres de l'équipe que les changements ne sont pas définitifs, et que la nécessité d'en finir avec la réorganisation réclamait des décisions plus rapides que cela n'eût été possible s'il avait fallu changer les plans du projet et les budgets du DSPP. Les ressources affectées sont les suivantes:

- 13 membres du personnel dont les noms paraissent sur la feuille de paie de la DHF mais travaillant hors de cette institutions, particulièrement quatre chauffeurs, des administrateurs régionaux, le directeur et plusieurs membres du nouveau bureau d'éducation sanitaire, le directeur du bureau de régionalisation du DSPP et d'autres. Certains, particulièrement ceux de l'unité d'éducation, continueront à exécuter les activités de PMI/PF tandis que d'autres non. Plusieurs sont payés par l'UNFPA, mais comme le don de l'AID est basé sur la capacité d'ensemble de la DHF, le Projet d'Extension est affecté par tout transfert de ressources de la DHF.
- L'équipement IEC et un véhicule pour le directeur de la régionalisation ont été transférés de la DHF.

Comme mentionné plus haut dans le rapport, l'intégration de la DHF au DSPP peut être une action logique pour le système de santé publique. D'ailleurs l'étude de gestion de la Westinghouse, en 1981, a recommandé une intégration éventuelle des fonctions de fournitures, de transport et de finance qui fournirait un point central de contrôle, empêcherait la duplication des opérations, produit un seul ensemble de procédures de gestion, réduirait le nombre du personnel de soutien nécessaire, permettrait d'économiser et d'organiser plus effectivement et plus efficacement. Cependant, au cours de l'exercice 1982-1983, la DHF employait 346 personnes pour une organisation relativement simple avec seulement peu d'objectifs clairement définis. Ses systèmes administratifs et financiers sont relativement sophistiqués, le contrôle est centralisé, et ses sources de financement sont généreuses et stables. D'un autre côté, le DSPP avec ses 8.000 employés est une très grande organisation, sous-financée, ayant une structure administrative et financière

qui subit des changements sans précédent. Les membres de l'administration du DSPP et de la DHF s'accordent donc sur le fait que les fonctions de fourniture, de transport et de finance sont encore trop faibles pour permettre l'intégration. Cependant, à mesure que le DSPP renforce ses autres fonctions et que la régionalisation progresse, le contrôle de la DHF sur les ressources du projet se disperse du fait du transfert de sections, comme l'Unité d'Education sanitaire au DSPP. La responsabilité de la DHF deviendra de plus en plus complexe, ce qui menace d'affaiblir sa capacité administrative.

2.1.6. Recommandations

2.1.6.1. Autoriser une programmation des fonds non dépensés

Les dépenses de transport des exercices 1981-1982 et 1982-1983 ont dépassé le montant budgétisé par \$1.919 et \$8.198 respectivement. Les allocations pour les dépenses remboursables indiquent une augmentation importante des coûts d'entretien pendant l'Exercice 1982-1983. Vu l'âge des véhicules, une bonne partie du budget de transport servira à leur entretien.

Les dépenses d'Appui au Programme ont dépassé le montant budgétisé par \$26.857 environ. La DHF a demandé un fonds d'imprévus qui a d'abord été refusé puis autorisé dans la Lettre d'Exécution de Projet No. 6 pour un montant de \$20.000. Un fonds d'imprévus de 5% est raisonnable. Il se serait élevé à \$37.366 pour l'exercice 1982-1983. Cet appui au programme a été utilisé, entre autres pour l'équipement, les fournitures de bureau, l'équipement médical, les fournitures médicales, les services d'entretien et les services divers. Evidemment, une partie de ces montants a servi pour le programme de stérilisation volontaire qui n'avait pas dépensé l'intégralité de son allocation pendant l'exercice précédent. Il n'est pas possible de déterminer l'utilisation précise de ces fonds, mais les catégories de dépenses utilisées chevauchent ce que l'on pourrait considérer comme dépenses de fonctionnement. Ce genre de dépenses semble raisonnable et on devrait les accepter comme dépenses faites sur le budget de l'exercice 1982-1983.

Le total du surplus de dépenses pour les frais de voyage des opérateurs d'appareils de cinéma du programme d'Education Sanitaire était de \$2.917. Le grand total des surplus de dépenses pendant l'Exercice 1982-1983 s'élevait à \$38.072, environ 5% du budget de l'exercice. Il est courant de prévoir des reprogrammations de 5 à 10% (et même de 15%) à l'intérieur d'un budget. Si on accorde 4 à 7% du budget à l'Appui au Programme que l'allocation pour le transport est établie sur la base des coûts historiques d'opération des véhicules du projet et que l'accord d'exécution prévoit un pourcentage de reprogrammation de 5 à 7%, il en résultera un budget plus réaliste.

Parmi les autres mécanismes recommandés pour la reprogrammation et que la DHF devrait discuter avec l'USAID, il faudrait inclure une provision pour:

- une provision pour le renouvellement du personnel dans la rubrique salaire afin d'éviter un manque à dépenser;

- l'identification des raisons du manque à dépenser de sommes importantes en dollars pour la formation, la supervision et les recherches d'opération (appelés plutôt recherche pratique, ce qui est plus immédiat et à plus court terme);

La DHF devrait considérer des mini-projets, des sous-contrats et des contrats et des contrats de services personnels pour les domaines où le manque à dépenser est le résultat de situations où le personnel n'a pas le temps d'implanter les activités projetées et l'AID devrait à simplifier le processus.

2.1.6.2. Intégration des fonctions administratives de la DHF

La DHF continue à être responsable envers l'Accord de Projet, par conséquent elle devrait présenter un plan d'utilisation des ressources par d'autres entités pour le soutien de fonctions relatives à l'Accord d'Extension de Projet le plan devrait être accompagné d'un calendrier pour le transfert au DSPP, du personnel, de l'équipement et des véhicules ou de toute autre ressource payée par la DHF mais qui n'a pas de rapport avec le projet. Le diagramme des fonctions à la section précédente reflète la délégation des responsabilités à l'intérieur du DSPP et dans les régions. Les feuilles ci-jointes montrent les relations entre les ressources de la DHF et les fonctions ayant rapport avec la planification familiale. La période de transition pendant laquelle de nombreux employés qui ne sont plus engagés dans le programme de PMI/PF continuent à être payés par la DHF peut être justifiée par les sources de financement comme un investissement nécessaire pour l'avenir du système de couverture sanitaire duquel dépendent leurs projets.

Le plan et le calendrier devraient être incorporés dans le processus d'approbation du budget de l'exercice 1983-1984. Il est en outre recommandé que l'USAID appuie les plans du DSPP de renvoyer toute intégration des fonctions administratives de la DHF jusqu'à ce qu'il soit clairement démontré que ses systèmes sont aussi stables et fiables.

2.2. Gestion Financière et Recommandations

2.2.1. Plans Annuels de Fonctionnement

Le retard mis à soumettre le plan de fonctionnement et le budget requis pour la DHF pour chaque exercice occasionne du retard dans le remboursement des dépenses par l'USAID. Par exemple, le fonctionnaire administratif de la DHF a, depuis le début d'octobre 1983, soumis au responsable de la Population une copie officielle du budget de l'exercice 1983-1984. Il attend encore l'approbation du DSPP et du Ministère du Plan.

D'après les dossiers de la DHF, le premier chèque de remboursement de l'USAID l'année dernière n'a été reçu que le 22 février 1983. Vu que la Lettre d'Exécution de Projet a été transmise le 12 janvier 1983 et des demandes de remboursement étaient disponibles au cours des premiers mois de l'exercice 1982-1983, il semblerait que l'USAID ait mis trop longtemps pour émettre le chèque*.

Bien que le dernier Plan Conjoint d'Exécution de Projet mentionne le problème de cash flow, l'analyse du Journal de Quittance et du Grand Livre Général à la DHF montre qu'il y avait suffisamment d'argent pour faire fonctionner le programme jusqu'à l'arrivée du chèque de l'USAID. Premièrement, le remboursement pour septembre n'a été reçu qu'à la fin d'octobre. Deuxièmement, il y avait d'autres revenus provenant de l'UNFPA, du volet Opérations et Recherche, de projets spéciaux et de divers autres crédits sur des remboursements de dépenses de quatre mois. Troisièmement, il y avait un capital d'exploitation fourni par une avance importante de l'USAID. Quatrièmement, il y avait des fonds empruntés d'autres comptes et les \$10.000 provenant des ventes dans le commerce qui avaient été payés quand les remboursements de l'USAID ont repris.

2.2.2. Soumission du Budget de l'exercice 1983-1984 - Analyse et Suggestions

Un résumé du budget officieux de l'exercice 1983-1984--ventilé pour les cinq objectifs du projet--est joint comme Tableau B-4. Les salaires devraient être ajustés pour un pourcentage de prévision de changement de personnel comme mentionné plus haut. La rubrique 260 A représente l'Appui au Programme réclamant \$40.000. Elle comprend \$10.000 pour un dépôt à la douane qui après soustraction laisse l'Appui au Programme avec une proportion assez basse d'environ 3% du budget de Remboursement des Dépenses Locales. On recommande de prendre en considération le financement de l'Appui au Programme. Il faudrait discuter de l'utilisation de cette rubrique l'année dernière la DHF explique pourquoi elle a besoin de ces frais d'exploitation pour soutenir ses programmes en cours. Une autre raison pour avoir cette rubrique provient du nombre restreint de rubriques dans un budget de cette importance. Il faudrait plus de détails pour que la DHF le comprenne. Finalement six véhicules sont demandés, deux pour la stérilisation volontaire et quatre pour le motor pool. Comme l'indiquera notre discussion sur le transport, on devrait fournir au moins quelques-uns de ces véhicules sinon tous. Le pool financé par l'USAID aura au moins six ans à la fin de l'exercice 1983-1984 et il a été prouvé que les véhicules qui le formaient fonctionnent en général moins bien que dans le passé. Un des véhicules ne peut plus servir à cause d'un accident survenu en juillet 1983.

*Mais l'USAID n'a reçu officiellement le budget et le plan pour l'exercice 1982-1983 qu'en janvier 1983. Responsable de la Population à l'USAID.

TABLEAU B-4
BUDGET 521-0124
SOMMAIRE

I. PAIEMENTS DIRECTS DE L'AID

	Total	Adm.	Services	Dev.	Comm.	CRC	POL.
A. Equipment	149105	60940	60665	-	-	27500	-
B. Fournitures Med.	82500	-	82500	-	-	-	-
C. Consultants (C. terme)	60000	30000	10000	10000	10000	5000	5000
D. Formation aux E.U.	<u>78000</u>	<u>-</u>	<u>22000</u>	<u>10000</u>	<u>10000</u>	<u>10000</u>	<u>16000</u>
Total	369605	110940	175165	20000	42500	21000	

II. REMBOURSEMENTS DES DEPENSES LOCALES

<u>Code</u>							
241A Surveil. maternité	60396	-	-	30000	-	-	20000
240B IEC (Contract)	24000	2500	4000	12500	-	-	5000
110C Salaires	422676	148770	42650	276112	27144	-	-
230D Per Diem	104680	45900	34560	22320	1900	-	-
250E Allocations/Frais	9720	-	9720	-	-	-	-
170F Transport	444424	22500	21924	-	-	-	-
200G Formation locale	102960	55000	5705	26305	5950	-	10000
231H Action Familiale	30000						
190I Renovations	70000						
260J Imprévus	-						
230A K Publicité	10350						
260A L Autres	<u>40000</u>						
Total	976206						

I + II = 1345811

La rubrique transport prévoit une allocation moindre que ce qui avait été dépensé au cours de l'exercice 1982-1983, sans prendre en considération l'augmentation de l'entretien et du prix des pièces de rechange, de la main d'oeuvre, de l'essence et les six autres véhicules demandés. Etant donné que les budgets doivent refléter les réalités économiques et que les valeurs fournies pour les deux derniers exercices étaient inadéquates, nous recommandons que l'on augmente la somme sous la rubrique transport. Si l'USAID pense avoir des problèmes au sujet de la justification pour les véhicules, elle devrait en discuter avec la DHF. Le montant sous cette rubrique du budget a toujours été trop bas et cette dernière sera toujours à découvert à moins que l'on n'arrive à un accord qui réponde aux besoins.

2.2.3. Comptabilité de la DHF et Décaissements

Le système de comptabilité de la DHF de même que ses Contrôles de Décaissements et son personnel comptable sont bien documentés et fonctionnels. Les écritures pour chaque mois sont fermées généralement deux semaines après la fin du mois. Les reçus et les décaissements sont bien identifiés dans le Grand Livre et semblent être rentrés correctement. Les écritures sont tenues mais ce système est relativement effectif et efficace. Le total des coûts de surestaries pour l'exercice 1982-1983 était facilement identifiables. Le Chef Comptable semble être au courant des dispositions des Lettres d'Exécution de Projet tels que les fonds du projet ne peuvent pas être utilisés pour le transport des condoms et croit que la DHF les respecte. Néanmoins, elle n'a pas été capable d'expliquer une entrée de septembre pour le transport de 28 colis à Jérémie. La somme est minime, mais on devrait demander une explication pour s'assurer que c'est un incident isolé et non une pratique générale.

La gestion des dons est difficile, en partie à cause de sa complexité. Par exemple, il y a cinq sources de financement pour les salaires. Cependant le Chef comptable a démontré une parfaite connaissance du payroll et sa feuille de paie pour l'exercice 1982-1983, dactylographiée et annotée, concorde avec ses explications. L'Administrateur était lui aussi parfaitement imbu des systèmes de dépenses et du nouveau budget. Il a exprimé sa préoccupation concernant les valeurs qui ne sont pas dépensées.

2.2.4. Recommandations

En ce qui concerne le budget de l'exercice 1982-1983 de la DHF, toutes les parties devraient travailler en étroite collaboration (la DHF, le DSPP, l'USAID et peut-être le Ministère du Plan) afin d'arriver à un accord au plus tôt; le Chef Comptable de l'USAID devrait faire payer les demandes de remboursement reçues dès que possible; on devrait prêter une attention spéciale aux besoins de liquidité expérimentés par la DHF au cours de la période précédant l'approbation du budget de l'exercice 1983-1984; et le Chef Comptable de l'USAID devrait identifier la source du problème de liquidité noté dans le dernier JPIP, et pourquoi il y a eu un changement à partir du début de l'exercice 1982-1983.

Pour ce qui est du format du budget, la recommandation est que la DHF décompose les rubriques à montant élevé (par exemple les \$60.000 pour le Projet de Surveillance de la Maternité). L'Administrateur est en train de ventiler le budget de l'USAID par région et pour la DHF; l'USAID devrait examiner ces documents avec lui pour spécifier les rubriques qui seraient plus utiles dans le budget de l'exercice 1984-1985.

Il est recommandé de ne pas changer pour le moment le système de comptabilité tenue à la main à cause de la quantité de travail qui sera nécessaire pour la combiner avec le Bureau de Nutrition ainsi que la supervision et l'assistance technique qu'il faudra au niveau des régions et des districts au fur et à mesure qu'ils deviennent responsables des dépenses de la DHF. Vu le temps qu'il faudra pour informatiser le système actuel, on pourrait commencer à préparer les plans pour le transfert éventuel.

Le budget de trois rubriques est régulièrement dépassé (le transport, l'appui au programme et les indemnités journalières pour le cinéma). Cela ne devrait pas constituer si les recommandations concernant la reprogrammation sont suivies (voir 2.1.6). Néanmoins si la DHF identifie des surplus de dépenses au cours du prochain exercice, elle devrait en aviser l'USAID et négocier à l'avance les changements nécessaires.

2.3 Fonctions d'Appui Administratif et Recommandations

2.3.1 Surestaries

Le dédouanement des articles et de l'équipement fournis par l'AID est difficile du fait des longueurs et de la complexité des procédures. Trois numéros de contrôle différents doivent être assignés par la douane avant que les marchandises reçues en franchise par la DHF ne puissent être dédouanées. A cause de ces retards, la DHF doit payer des surestaries qui, pour l'exercice 1982-1983 se sont élevés à \$3.524. En outre, plus les marchandises restaient à l'entrepôt au point d'arrivée, plus grands deviennent les risques de vol, de détérioration et de dégât; et plus grand le risque d'enrayage des systèmes de distribution des contraceptifs. La seule solution est de laisser un dépôt remboursable pour couvrir des droits éventuels sur les produits importés qui s'avèreraient taxables. La somme nécessaire serait \$10.000 que la douane rembourserait intégralement dès qu'on voudrait mettre fin à un tel arrangement. La DHF inclut ce dépôt dans son ou jet de l'exercice 1983-1984, à l'intérieur des \$40.000 prévus pour l'"Appui au Programme". Vu les contraintes financières auxquelles le Gouvernement d'Haiti doit faire face, il est peu probable que cette somme provienne de la DHF. Etant donné le taux d'emprunt actuel de 9% l'an sur les prêts du trésor américain un tel dépôt coûterait environ \$900 par an au gouvernement américain. L'économie réalisée cette année, si les problèmes avec les douanes continuent et que l'importation des contraceptifs augmente, sera probablement supérieure aux \$3.524 payés au cours de l'exercice écoulé.

2.3. Approvisionnement et emmagasinage

Les fonctions d'approvisionnement de la DHF semblent bien se dérouler. Une visite au petit dépôt de la DHF ainsi qu'un examen du système de réception, d'emmagasinage et de distribution n'a révélé aucun problème. Une demande d'analyse de la distribution des contraceptifs par type et par région, a été rapidement satisfaite à partir des dossiers. Les visites sur le terrain n'ont démontré aucune insuffisance d'approvisionnement ni des détournements d'inventaires dûs à des règlements de la DHF. Au cours de cette évaluation, il n'a pas été possible d'évaluer entièrement la fonction d'approvisionnement au niveau des régions et des districts, bien que plusieurs interviews n'avaient révélé que des retards occasionnels au moment où le stock était bas, ce qui a parfois entraîné des manques temporaires. Le seul problème enregistré a été l'inondation du dépôt principal de la DHF au mois de juin 1983. Ce problème a été résolu.

La DHF possède 37 véhicules. L'USAID en a fourni 24, il y a cinq ans. Les 13 véhicules restants ont été donnés par les Nations Unies il y a environ huit ans. Quinze des vingt quatre véhicules fournis par l'USAID sont sous le contrôle direct du Bureau de la DHF (certains d'entre eux se trouvent dans les bureaux régionaux). Six des véhicules provenant des Nations Unies se trouvent au Bureau Central et sept dans les bureaux régionaux. A part les véhicules assignés temporairement au DSPP (voir 2.1.5), un véhicule est hors

d'usage, un autre complètement détruit, tous les véhicules de l'USAID et des N.U. sont en état de fonctionnement. Vu leur âge ils ne fonctionnent pas très bien; les pannes et l'entretien augmentent. Les véhicules basés dans les bureaux régionaux sont conduits à Port-au-Prince une fois par mois pour le service et l'entretien de routine. La réparation des véhicules de la DHF n'est autorisée dans les bureaux régionaux que quand ces véhicules sont en panne. L'essence est automatiquement fournie mensuellement pour chaque véhicule. Un dossier est tenu pour la consommation d'essence, les services ainsi que les voyages de chaque véhicule.

2.3.4. Personnel

Le Directeur et l'Administrateur veillent à ce que le personnel soit présent, travaille toute la journée et fournisse un bon rendement. L'administrateur prône le roulement des employés dans l'institution afin d'augmenter leur intérêt et leur motivation. Néanmoins, la DHF fait face à des problèmes affectant le moral de tout le personnel. Le Directeur de la DHF en est conscient et s'efforce de maintenir le moral en payant les salaires à temps et en déléguant plus d'autorité aux professionnels; mais sa tâche est rendue difficile du fait de ce qui suit:

* Des 350 personnes qui travaillent à la DHF, ou qui sont directement payées par ce bureau, 35 seulement sont actuellement des employés du DSPP. Ce qui revient à dire que 90% du personnel de la DHF ne jouit pas de la sécurité de l'emploi, des droits à la pension et autres bénéfices accordés aux employés du GH. L'intégration des employés de la DHF au DSPP semble en retard sur les prévisions.

Le moral du personnel souffre des plans de fusion prochains, avec le Bureau de Nutrition. Les employés sont préoccupés au sujet du futur de leurs positions, de l'endroit où ils travaillent, et de leurs relations avec leurs futurs patrons.

* Pour le moment, le GH est en retard dans le plan d'absorption des salaires de l'USAID par la DHF dans le budget du DSPP. L'USAID est consciente des contraintes budgétaires actuelles, mais les conséquences futures que représentent les retards du GH pour le personnel devraient être prises en considération.

* Il semble que les employés de la DHF s'attendaient à une augmentation de salaire cette année; en effet le budget initial de la DHF préparé en l'absence de l'Administrateur, prévoyait une augmentation de salaire de 10%. Cela aurait représenté la première augmentation reçue depuis de nombreuses années, mais le budget n'a pas été approuvé par le DSPP.

* La parité salariale relative qui existait entre les employés de la DHF a changé. Les employés de la DHF recevaient un salaire supérieur à celui des employés du DSPP jusqu'au jour où, il y a deux ans, les employés du DSPP ont reçu une importante augmentation. Cela a lésé les employés de la DHF, qui ne jouissaient déjà ni de la sécurité de l'emploi, ni du droit à la pension, avec un salaire inférieur à celui des employés du DSPP.

* Un nombre important de professionnels de haut niveau a été muté de la DHF au DSPP: l'Unité d'Education Sanitaire a été transférée de la DHF au complet. Le poste d'Assistant-Chef est vacant depuis plusieurs mois dans l'attente de la fusion avec le Bureau de Nutrition; d'autres fonctionnaires ont été transférés dans les bureaux régionaux et au Bureau Central du DSPP. Bien qu'à long terme ces changements puissent profiter au DSPP et renforcer le secteur de la santé publique, l'impact immédiat est très différent sur ceux qui restent à la DHF. Certains s'inquiètent déjà de ne pas pouvoir mener à bien leurs activités. Pour le personnel d'appoint, qui est moins informé que le personnel professionnel, la perte de personnel et les changements de fonction sont particulièrement difficiles, ils considèrent ces pertes de talent comme une perte de prestige pour la DHF.

* Le personnel de la DHF est conscient de la possibilité, recommandée dans l'étude de gestion de 1981 de la Westinghouse, d'intégration des fonctions d'appui financier et administratif dès que les fonctions du DSPP auront été renforcées. Ils voient ce changement comme la fin de leur capacité à maintenir leur niveau professionnel actuel s'ils sont transférés prématurément.

Environ deux tiers des 350 employés payés par la DHF se trouvent dans les bureaux régionaux. Le salaire de ce personnel provient de cinq sources différentes. Trente cinq sont des employés du DSPP, et ils reçoivent leur salaire du GH. Tous, à l'exception d'un seul, reçoivent un supplément de salaire du FNUAP. L'AID a reçu l'autorisation de financer 237 postes, bien que, d'après la liste de paie que nous avons vue, 245 soient actuellement payés par cette agence. Soixante treize d'entre eux sont sensés être payés par le Titre I, quatre par le Projet de Recerchnes Opérationnelles.

Pour l'année à venir, on a demandé à l'USAID de financer 178 positions au programme de développement communautaire pour \$276.112 et 74 du Bureau Central, pour \$216.564, soit un total de \$492.676 pour 252 positions. Les coûts de transport et de supervision de ce personnel s'élèvent à environ \$160.000. (Certains employés reçoivent un salaire de deux sources différentes, c'est pourquoi les chiffres du budget ne représentent pas toujours le montant des salaires).

Etant donné le besoin qu'a la DHF de trouver des financements de n'importe quelle source disponible, il est peu probable que les remboursements pour le payroll et sur le don devienne moins complexe; aussi ne fait-on aucune recommandation pour essayer de simplifier le système.

Un autre problème qui se répète dans la gestion du personnel de la DHF est le manque d'un système de classification liant la compétence, le niveau de travail et autres facteurs pertinants, à l'échelle des salaires. Le manque d'un système de base pour la fonction publique est un obstacle sérieux à la rationalisation du système de gestion du personnel. Un tel système devrait comprendre une échelle de salaire uniforme, un examen de base pour tester les compétences, des dispositions pour évaluer le rendement, des promotions et une échelle des emplois. Bien que cette évaluation n'examine pas cette question plus en détail, des interviews ont signalé les problèmes qui surgissent de l'application d'échelles de salaires arbitraires, de la

non-existence des standards des fonctions et du vague des possibilités de promotion. Il n'y avait à la DHF aucune preuve d'un contrôle systématique des performances des employés, telles l'analyse de leurs tâches et l'évaluation des résultats de leur travail.

Les frais de voyage sont payés selon l'échelle des salaires: \$15, \$25 et \$35 par jour. Il n'y a aucune justification évidente pour cet éventail. Un examen des dépenses pour les frais de voyage au Bureau Central et dans la Région Nord a montré que les dépenses de voyage du staff et spécialement du personnel de haut niveau étaient trop élevées en comparaison avec les autres dépenses.

2.3.5. Acquisition

Aucune analyse approfondie du système d'achat n'a été entreprise. Certains problèmes ont été cependant souvent cités en exemple: à Léogane, il a fallu presque neuf mois pour procurer une bicyclette à un des employés responsable du programme de distribution. En ce qui concerne la stérilisation, de grands retards ont été rapportés dans l'acquisition de l'équipement médical nécessaire et dans les rénovations.

2.3.6. Administration des Dons

Il semble évident que des communications plus étroites entre l'USAID et la DHF activeraient les procédures administratives. La DHF ne comprend peut être pas très bien le temps qu'il faut pour acheminer les demandes dans le système ni la nécessité de fournir les pièces justificatives à l'USAID. Plusieurs lettres d'échanges en réponse à de simples questions. Les motos demandées pour les auxiliaires du service social de stérilisation, les véhicules demandés, le désir de rénover les facilités de stérilisation sont toutes des demandes raisonnables et nécessaires pour le programme si on doit mener à bien le projet. D'autres besoins administratifs comprennent: un meilleur emballage des contraceptifs, pour la section commerciale, ainsi que des discussions préalables avant de changer de type de pilules et de supprimer le Neo-Sampoon, sans produit similaire de substitution. L'USAID a demandé l'assistance de l'AID-Washington afin d'obtenir un meilleur emballage des contraceptifs et on considère la possibilité de continuer l'approvisionnement en Neo-Sampoon avec les Japonais. On ne sait cependant pas encore si ces démarches seront positives. Concernant le manque de contrôle sur les articles fournis par l'AID, le GH a avec raison, une attitude de frustration puisque de son côté il essaie de distribuer des contraceptifs que les gens aiment et veulent utiliser. Changer de pilules d'une manière unilatérale, sans consultation préalable, c'est ignorer les besoins du programme.

2.3.7 Contribution du GH

L'USAID est consciente de l'obligation qui est faite au GH de prendre peu à peu à charge les salaires de la DHF pendant la durée du projet, et que quoique cela ne se réalise pas. Le GH dépense les fonds du Titre I pour soutenir les salaires et les coûts d'opération du programme tels: l'essence, l'entretien des bâtiments, l'électricité, le matériel médical, etc. Mais ces fonds ne sont pas fournis régulièrement, par exemple, dans la

région du Nord. De plus, l'allocation destinée à la DHF qui s'élevait à \$300.000 (1.500.000 gourdes) pour l'exercice 1982-1983 a été réduite à 1.200.000 gourdes. Des contributions en nature sont fournis conformément à l'Accord.

2.3.8. Administration Régionale

On s'efforce actuellement à renforcer les bureaux régionaux, et à assigner les responsabilités de personnel dans le programme encadrant la PMI/PF et les autres services y relatifs. Aussi doit-on veiller à améliorer en même temps les capacités administratives et financières. On devrait penser à examiner l'administration de la région du Nord dans le cadre des actions de la DHF pour renforcer les capacités régionales.

* Le poste d'administrateur de bureau est vacant depuis juin, et la personne qui fait fonction d'administrateur est inspecteur sanitaire par formation. Il n'est au courant d'aucun budget régional, d'aucun plan opérationnel, il sait seulement quels paiements doivent être effectués mensuellement pour maintenir l'hôpital, le dispensaire, etc. Il se contente de payer toute facture urgente avec l'argent dont il dispose.

* Les bureaux régionaux reçoivent 27.100 gourdes du DSPP, au cours de la première moitié du mois, pour couvrir les dépenses mensuelles de fonctionnement et 32.400 gourdes pour payer les agents de santé. Ils sont supposés recevoir 94.470 gourdes du Titre I par trimestre pour couvrir les dépenses de fonctionnement, mais ils ont déclaré n'avoir reçu ce montant du DSPP qu'une seule fois au cours de l'exercice 1982-1983, plus un supplément de 15.228 gourdes soit un total de 109.698 gourdes. Un autre chèque vient juste d'arriver au début de l'exercice 1983-1984. Le fonctionnement des bureaux régionaux souffre de l'irrégularité des paiements du Titre I car ces retards entraînent de sérieuses contraintes. La DHF soutient aussi les programmes du Nord, elle envoie automatiquement chaque mois des chèques pour le personnel et l'essence (35 gallons pour la clinique mobile). Il faut une réquisition pour tout, et un état de dépenses montrant comment les fonds demandés seront utilisés. La région du Nord semble recevoir moins d'argent que ce à quoi elle a droit. Ceci est dû au fait qu'elle est en retard dans les demandes et les pièces justificatives.

* Le budget-essence établi par le Directeur Régional prévoit 700 gallons par mois dont 160 pour son véhicule. Au mois de septembre les dépenses pour l'essence étaient de 40% plus élevées que celles prévues dans le budget.

* La région du Nord dispose de 11 véhicules en état de fonctionnement, 5 d'entre eux sont de gros CMC Sierra de 8 cylindres, 3 autres sont de grands camions, et ceux qui restent sont: une clinique mobile, une cherokee et une jeep Toyota. Il y a également une cherokee qui a évidemment un problème mécanique depuis 3 ans et qui coûterait trop cher à réparer. La dimension des voitures ainsi que les frais élevés - pour le fonctionnement et les réparations - sont des problèmes sérieux pour le personnel régional.

* Une révision des dépenses pour les mois d'août et de septembre révèle un certain nombre de faiblesses, d'inconsistance et de questions

relatives à la justesse des dépenses. Ces points n'ont cependant pas été discutés avec le Directeur régional, c'est pourquoi il n'a pas été possible de caractériser les problèmes. Dans certains cas, il n'y avait aucune indication que les achats avaient été reçus par la région ni portés sur l'inventaire; les paiements et les réceptions ne concordaient pas; une grande partie du budget restant passe dans les voyages à Port-au-Prince, dont certains sans justification suffisante ou pas nécessaires (par exemple: trois personnes se sont rendues à Port-au-Prince pour aller chercher des chèques); le remboursement de voyages pareilles paraissait dans les archives de la DHF et des régions, les pièces justificatives sont généralement inadéquates, ou absentes. Etant donné qu'une vérification des comptes avait été faite pour la région, cette évaluation n'a pas tenté de faire une autre analyse.

2.3.9. Recommandations

- * Il est recommandé pour les exercices 1983-1984 et 1984-1985, d'établir au Bureau des Douanes un fonds pouvant être utilisé par la DHF. Ceci serait très profitable puisque les économies qui en découleraient seraient quatre fois plus élevés que le coût.
- * Toute intégration du système d'approvisionnement et d'emmagasiner de la DHF au DSPP devra être renvoyée jusqu'à ce que le DSPP soit en mesure de fournir un service d'appui aussi efficace que celui de la DHF.
- * Un expert en transport devrait étudier si la méthode d'entretien consistant en des voyages mensuels des Cayes et du Cap Haïtien sont valables.
- * La gestion du transport semble être d'un haut niveau et devrait rester à la DHF dans l'avenir immédiat. On devrait examiner la quantité d'essence, ainsi que les prix du gallon, généralement attribués aux bureaux régionaux, et les réviser si cela s'avère nécessaire. Il est également recommandé que l'USAID prenne en considération de fournir les véhicules demandés par la DHF. Ceux-ci devraient être plus petits que ceux en service et fonctionner au diesel. Le véhicule endommagé au cours de l'accident du mois de juillet devrait être vendu; il en est de même pour la Cherokee hors d'usage dans la région Nord. Si la Cherokee ne peut être vendue, elle devrait être démontée pour pouvoir être utilisée en pièces détachées. Le produit de ces ventes devra être ajouté à la rubrique "Transport" du budget de l'unité qui a fait la vente.
- * Afin de relever le moral du personnel, le Directeur de la DHF devrait assurer les employés à tous les niveaux que des démarches sont en cours pour fusionner la DHF et le BN le plus rapidement possible et que l'intégration du personnel de la DHF dans le système d'employés du DSPP sera établi dans un temps raisonnable. Ceci pourrait peut-être se faire au cours de réunions générales spéciales.
- * Il est recommandé que l'AID fournisse des fonds et une assistance technique au GH si ce dernier est intéressé à l'établissement d'un système de service civil de base. Un tel effort profiterait à tous les projets de l'AID avec le secteur du GH.

* L'USAID devrait travailler avec la DHF à l'examen des systèmes de voyage et du paiement des frais de voyage ainsi qu'à l'établissement d'un format de mandat de paiement qui reflète le but des voyages pour assurer une budgétisation efficace, l'allocation des besoins en ressources et la réduction des frais superflus.

* On devrait essayer de faire un effort pour identifier les goulots d'étranglement rencontrés au cours du processus d'acquisition et déterminer comment ils pourraient être résolus.

* Si le projet doit réussir, les demandes d'équipement et d'autres ressources réclament une justification propre, ce qui pourrait se faire par des réunions. L'aide de l'USAID devrait inclure une collaboration avec la DHF pour compléter un processus qui n'est peut-être pas très bien compris. Une telle collaboration pourrait diminuer le temps perdu sur les demandes.

* Il est recommandé que l'AID reprenne l'utilisation des Neo-Sampoon jusqu'à ce que le nouveau produit américain qui doit le remplacer soit sur le marché, et que l'acquisition de ces contraceptifs soit coordonnée avec la DHF en ce qui concerne le type, les besoins et les préférences.

* Il est recommandé que l'USAID réclame un rapport sur les dépenses du Trésor du GH et du Titre I pour les exercices 1981-1982, 1982-1983, conformément à l'accord, et indiquant le transfert des fonds à la DHF ou au DSPP ainsi que la manière dont ces fonds sont utilisés actuellement.

* Il est recommandé qu'à l'avenir, l'assistance externe achète des véhicules-diesel plus petits et de ce fait plus faciles à entretenir sur le marché local.

* Envoyer des employés de la DHF pour former et renforcer le personnel administratif des bureaux régionaux, afin de s'assurer que ces bureaux puissent assurer la responsabilité des ressources de la DHF.

2.4. Analyse de Coût

Le rapport d'évaluation estime à 60.000 - 90.000 le nombre des naissances qui ont pu être évitées entre 1973 et 1983. Selon le Document du Projet, la valeur actuelle nette de chaque naissance évitée est de \$592 si l'on considère un taux préférentiel de 10%, et de \$514 pour un taux préférentiel de 15%. En supposant que \$592 soit la valeur correcte, et en utilisant 60.000 comme étant le nombre de naissances évitées, la valeur du programme haïtien de planification familiale pendant les dix dernières années est de \$35.520.000. Le montant total des fonds de l'USAID au programme pour l'exercice 1982-1983 était de \$7.800.000 (\$4.384.000 en assistance bilatérale et \$3.416.000 en contraceptifs). Si l'on suppose que l'assistance des autres donateurs est égale à l'investissement de l'USAID, à cette date, le bénéfice dépasse alors les coûts par plus de 2 à 1. De plus, une fois qu'un service de planification familiale est bien établi, et que la population visée a changé d'attitude--ce qui demande l'utilisation intensive de ressources pendant plusieurs années--alors on peut présumer que la relation coût/bénéfice

augmentera au cours des années suivantes. Ainsi, le bénéfice de chaque dollar additionnel investi pour l'exercice 1983-1984 devrait être proportionnellement plus élevé que celui obtenu au cours des dix dernières années.

Au sein du programme de planification familiale, un système basé sur l'effort de la communauté est moins coûteux qu'un système institutionnel. Le programme communautaire a l'avantage d'utiliser des facilités moindres et moins onéreuses en employant des volontaires et des travailleurs ayant un salaire moins élevé et qui sont physiquement plus proches et plus sensibles aux besoins du client. L'expansion du système de couverture devrait par conséquent être encouragée.

Le système institutionnel est nécessaire, il ne peut être éliminé pour son coût. Les services médicaux (stérilisation, pose de stérilets) sont essentiels, un appui administratif est nécessaire au programme communautaire; la formation, la supervision, la recherche, la planification et l'évaluation sont toutes indispensables à un programme national.

Le rapport de la Westinghouse a recommandé le développement d'analyses de coûts simples qui puissent être comparées aux résultats des divers programmes de la DHF pour déterminer la relation coût/efficacité. A partir de ces données, la DHF sera plus en mesure de démontrer les proportions et les valeurs des coûts/bénéfices élevés du programme de planification familiale pour le prochain exercice.

Etant donné le manque de centres de coûts et d'indicateurs des réalisations du programme déjà disponibles et quantifiables, cette évaluation ne va pas au-delà de cette rapide analyse. Les concepts importants sont mentionnés ci-dessus et les données montrent que la planification familiale a une grande valeur et que la tendance est positive. Ce qui est suffisant pour justifier la continuation sinon l'augmentation de l'appui de l'USAID.

3. Statistiques et Evaluation du Programme

L'un des objectifs du Projet FPO est "d'améliorer l'organisation et la gestion des programmes publics de planification familiale (FP) afin qu'ils soient axés sur des résultats, flexibles et capables d'être soutenus par les moyens disponibles en Haiti." En plus, l'une des cinq activités principales du projet vise à: "renforcer la capacité administrative du DSPP/DHF en matière de programmation".

Contrôler les extrants d'un projet constitue évidemment une tâche importante dans le cadre d'une gestion solide. L'Accord de projet affirme à ce sujet, "qu'il faut une meilleure utilisation des statistiques de service et une rationalisation des systèmes d'information et de prise de décisions." Le point de vue de l'USAID à ce sujet a été articulé dans le document de projet:

"Un meilleur emploi des statistiques constituera l'une des pierres angulaires de l'amélioration de la gestion. A présent, on fait la collecte des masses de chiffres à travers le DSPP et les unités de santé collaboratrices. On résume les dits chiffres et les analyse en partie. Ces statistiques, avec une analyse plus approfondie, pourraient contribuer à une meilleure gestion, si on pouvait les ramasser et les analyser d'une façon plus opportune".

De tels évènements ont été vus comme étant capables finalement de favoriser une "planification des services basée sur des informations ramassées pour la prise de décisions."

Quelques mois avant le début du Projet FPO, une étude de gestion faite par les "Westinghouse Consultants" a conclu que: "l'activité technique principale la plus faible était l'évaluation." Le dit rapport a souligné la nécessité:

- de contrôler régulièrement la performance du service;
- de comparer des réalisations cibles dans les programmes et d'un programme à l'autre;
- de fournir des analyses des tendances de la performance des programmes sur de longues périodes de temps;
- de déterminer les coûts et l'efficacité des programmes spécifiques.

La question à se poser est celle-ci: Jusqu'à quel point la situation s'est-elle améliorée dans ce secteur que nous considérons comme ayant de la plus grande importance?

3.1. Le Système de statistiques de service des programmes FP

La collecte des informations sur les activités des programmes se base sur des rapports transmis par une diversité d'unités ou d'agents sur le terrain qui assurent les services dans le cadre de la FP. Le traitement et l'analyse des dites informations se font pour la plupart au niveau du bureau central, bien que les régions sanitaires commencent à assumer une partie de cette responsabilité.

3.1.1. La Collecte des données

La marche à suivre dans la collecte des données varie d'un programme à l'autre.

Dans le cas du programme institutionnel, des rapports quotidiens sur la PF sont dressés à chaque centre par le responsable des statistiques. La même personne fait une compilation de ces rapports une fois par mois dans un rapport mensuel. Le centre garde une copie de chaque rapport et expédie une copie des rapports quotidiens et deux copies du rapport mensuel à l'Unité de Statistiques au niveau régional, à travers le district sanitaire. L'Unité de Statistiques au niveau régional, après avoir révisé les données, expédie les rapports quotidiens à la DHF et une copie de chaque rapport mensuel à la Section Centrale de Statistiques (SCS) à Port-au-Prince, conservant une copie du rapport mensuel pour analyse.

En réalité, cela ne se passe pas toujours comme prévu, par exemple:

-Certains dispensaires se remplissent par les rapports quotidiens; cette habitude a été adoptée à cause d'un manque de formulaires et elle est virtuellement sanctionnée.

-Certains centres expédient une copie des rapports quotidiens directement à Port-au-Prince.

-Dans certaines régions, les centres sont requis de préparer quatre copies des rapports mensuels, et la copie supplémentaire est expédiée à la DHF par l'Unité de Statistiques au niveau régional...

En plus des malentendus concernant la marche à suivre, on est obligé de faire face aux problèmes qui s'élèvent à tous les niveaux dans l'expédition des rapports: il n'existe aucune lettre de couverture, donc, aucune confirmation d'expédition ou de réception. Les régions prétendent que des rapports se perdent parfois en route ou à Port-au-Prince. Des déficiences dans la remise des rapports même semblent concerner pour la plupart les centres privés dont la coopération avec les Unités de Statistiques au niveau régional n'est pas la meilleure du monde.

Dans le secteur communautaire, des rapports mensuels sur les activités dans le domaine de la PF sont compilés par les agents (les "Collaborateurs Volontaires" dans le programme rural, et les Agents Communautaires dans le programme urbain). Les dits rapports sont expédiés aux superviseurs (les promoteurs dans le programme rural, et les superviseurs dans le programme urbain), puis à la DHF à travers les districts sanitaires.

Dans le secteur: Forces Armées d'Haiti (FADH), chaque poste de distribution remplit un rapport mensuel, qui est expédié à l'Hôpital du Département Militaire local, puis au service sanitaire central de la FADH, ensuite à la DHF.

Dans le programme multisectoriel, les rapports mensuels sont préparés par les unités de distribution (fonctionnant dans les usines) et expédiés directement à la DHF.

La nature des informations ramassées diffèrent de programme en programme. Fondamentalement, le nombre des nouveaux accepteurs (hommes et femmes) et des anciennes accepteurs et acceptrices est inscrit dans tous les cas. Le secteur institutionnel possède un système complexe pour séparer les anciens accepteurs du reste des "visites subséquentes" enregistrées au cours d'une année quelconque. Il existe, cependant, une confusion sur les formulaires de rapport au niveau des dispensaires. La dite confusion soulève des questions sur le terrain sur des concepts y relatifs, ce qui agit sur la fiabilité des données. Les ddecteurs communautaires, FADH et multisectoriel n'emploient pas ce système. Cela suggère la possibilité des surestimations, dans leurs programmes, du nombre d'anciens utilisateurs. En général, les formats de rapport pour les dispensaires, les hôpitaux, les cliniques, les agents communautaires et d'autres à ce niveau, diffèrent grandement en terminologie et en type de visite, ce qui laisse ouvert de nombreuses possibilités pour une interprétation erronée, de la part du personnel, des informations qu'on leur demande de fournir. La terminologie utilisée pour résumer les rapports quotidiens en vue des rapports mensuels, et ceux-ci en vue des rapports annuels, diffèrent également, ce qui offre de nombreuses autres possibilités d'une interprétation erronée.

Seul le secteur institutionnel enregistre "l'âge des accepteurs" (par groupe d'âge, malheureusement); en réalité, on l'inscrit également dans le secteur communautaire, mais non sur le formulaire à expédier à la DHF. Les âges des anciens utilisateurs ne sont pas inscrits. La parité n'est pas inscrite: seul le nombre d'enfants vivants, dans le secteur institutionnel (en groupes de hauteur, non les chiffres exacts) et dans le secteur communautaire (encore une fois, non sur les formulaires de statistiques).

En toute justice, le système souffre de la façon par laquelle il a évolué: au fur et à mesure que de nouveaux programmes ont été mis en action, des systèmes de remise des rapports ont été conçus, tenant compte des caractéristiques et des contraintes de chacun des programmes. Il est désormais reconnu par la DHF qu'il faut des rapports standardisés, si l'on espère correctement analyser les résultats globaux du Programme ou faire des comparaisons de sous-programme en sous-programme. Cela ne suggère pas qu'il faut imposer au personnel non-clinique des tâches compliquées. Il faut, au contraire, simplifier le système de remise des rapports dans les centres de santé. Aux fins de l'évaluation, il suffirait de connaître les nombres de nouveaux accepteurs dans le programme et des nouveaux accepteurs qui tuilisent chaque méthode; l'âge et la parité des dits accepteurs; le nombre de visites de réapprovisionnement, et les quantités de contraceptifs fournis.

3.1.2. Le traitement et l'analyse des données

Conformément à la politique d'intégration de plusieurs fonctions de la DHF au DSPP, les statistiques de la PF aux centres de santé et aux centres materno-infantiles sont ramassées collectivement par le SCS. Une partie de ces données (sur la morbidité et des activités pédiatriques) est traitée par cette unité. Ensuite, les rapports sont expédiés à la DHF, qui traite les autres données. Bien que la DHF puisse travailler directement à partir des rapports quotidiens pour que ce processus prennent moins de temps, cette idée simple ne pas les intéresser, et se servent des rapports quotidiens uniquement pour contrôler les rapports mensuels à chaque fois qu'ils les reçoivent. Les statistiques des programmes communautaires, de la FADF et multisectoriel, sont traitées par la DHF. Tout le traitement, au SCS ainsu qu'à la DHF, se fait à la main.

L'analyse des données sur la FP se fait à la DHF; les résultats venant du secteur multisectoriel sont incorporés par le SCS à ses rapports de statistiques généraux. Les résultats sur la PF sont publiés par la DHF dans des rapports semestriels et annuels. Ces rapports comprennent des données, par centre de santé, par région et par sous-programme, sur le nouveaux accepteurs (hommes et femmes), par méthode, par nombre des visites global, par nombre des visites subséquentes et "des anciens" utilisateurs, et par quantité de condoms distribués. Essentiellement, on fait état des activités au cours de l'année. Il y a peu d'analyse et de comparaison entre les programmes et il n'y a aucune évaluation démographique. Il y a aussi peu d'évaluation, à l'exception d'une comparaison des résultats aux réalisations fixées. Mais ces comparaisons ne peuvent être interprétés qu'en tenant compte des méthodes et des hypothèses du choix de la population cible: les objectifs sont-ils modestes? ambitieux? réalistes? les populations cibles sont-elles raisonnablement bien connues? les possibilités de chacun des sous-programmes sont-elles plus ou moins bien évalués? Un choix stimulant des populations cibles (c'est-à-dire, un choix ambitieux et réaliste) exige une connaissance complète de ce qui se fait déjà.

Les régions sanitaires ont entrepris l'analyse des statistiques sanitaires. La Région Sud a produit plusieurs rapports annuels et la Région Nord en a publié un en 1982. Le DSPP a publié des lignes directrices pour la préparation de ces rapports régionaux. En réalité, au fur et à mesure que les responsabilités des régions deviennent plus nombreuses, il y aura une nécessité accrue d'un contrôle direct et détaillé aux niveaux géographiques décentralisés. On examine cet aspect dans la section suivante en ce qui concerne la PF, qui, pour l'instant, occupe une place extrêmement limitée dans les rapports régionaux.

3.2. Les besoins du programme en statistiques et en évaluation

La mise au point d'un système valable de statistiques de service a été correctement adressée sur papier comme étant une contribution essentielle à un système efficace pour la programmation et l'évaluation (DHF, Justification). Cependant, l'emploi actuel des statistiques pourrait être amélioré afin de s'approcher d'un programme complet d'évaluation. Par exemple, l'ampleur de l'emploi des contraceptifs et la prévalence de la contraception en général, doivent être évaluée; les taux de continuation et l'efficacité de diverses méthodes doivent être évalués, ainsi que la fréquence et les causes des changements des méthodes; l'impact relatif et le coût-rendement des divers programmes doivent être étudiés; les causes déterminantes des tendances détectées doivent être recherchées.

Le traitement et l'analyse des données sont clairement axés sur la production des rapports rétrospectifs, qui comprennent une masse énorme d'informations, dont une partie seulement est réellement utile. Le contrôle et l'évaluation nécessiteraient une fréquence beaucoup plus rapide d'analyse (trimestriellement au moins) axée sur quelques indicateurs clef de la performance du programme. La publication des données par centre de santé est peu utile, tandis que le contrôle aux intervalles brèves, des résultats obtenus dans les quatre régions sanitaires et les différents sous-programmes aiderait à détecter des problèmes et à orienter la stratégie.

Dans le cadre de la décentralisation, le contrôle des activités des centres individuels tombe clairement sous la responsabilité des bureaux régionaux. Le rôle des unités centrales de statistiques, la Section des statisticiens et d'évaluation à la DHF surtout, consistera à exécuter des analyses plus spécialisées, surtout, à évaluer l'impact et l'efficacité du programme dans l'ensemble et de chacun de ces volets. Cela devait se faire à partir des statistiques de service et des recherches opérationnelles et implique une certaine réflexion sur les fonctions de ces deux activités.

Des statistiques de service doivent être simplifiées et utilisées en vue de la production rapide des indices du volume des activités et de l'impact sanitaire et démographique du programme, dont l'objet est d'orienter la prise de décisions. Des recherches opérationnelles et des études investigatives doivent répondre aux questions laissées ouvertes par un contrôle de routine. Il est frappant que les questions souvantes soient explicitement soulevées par les divers rapports statistiques annuels mais qui n'ont pas été répondues par le groupe de recherche à la DHF:

- La hausse évidente de la mortalité maternelle aux centres de santé est-elle dûe à un retard dans la référence des malades de la prt des matrones, ou bien la référence, est-elle opportune mais en plus grand nombre tout simplement?

- Quelles sont les causes d'un emploi bas et décroissant du DIU, et comment cette tendance pourrait-elle être changée?
- Quelles sont les tendances d'utilisation réelles des millions de condoms distribués?
- Les chiffres extraordinairement élevés sur la distribution des condoms par le programme de la FADH dans la Région Nord, sont-ils dûs à une forte demande et un système particulièrement efficace, ou bien à une autre cause quelconque?
- Les questions énumérées ci-dessus et d'autres constituent de bons sujets pour des études courtes et pratiques par le bureau de recherche et d'évaluation de la DHF:
 - Quel est le vrai taux de couverture des statistiques de service de la PF?
 - Quelle est la fréquence des comptes multiples dans les statistiques d'acceptation? (voir Section 1.1.)
 - La pillule, comment est-elle réellement utilisée par un échantillon des contraceptrices? Quel est le taux d'échec?

Bien que des recherches opérationnelles à plus long terme (distribution de ménage en ménage à Miragoâne, des activités communautaires à Arniquet) soient également nécessaires, des recherches appliquées et des études investigatives à plus court terme sont indispensables à la mise en place des modifications plus immédiates dans les opérations du programme.

Au niveau régional, la nécessité d'engager un personnel expérimenté se fera sentir de plus en plus au cours de la décentralisation.

En principe, une unité de Statistiques régionale devrait comprendre un statisticien de profession et quatre techniciens. Ceci est loin d'être le cas actuellement. Si, à cause de l'absence d'une capacité locale, les analyses essentielles continuent de se faire au niveau central, les régions rencontreront de longs délais en matière d'analyse et un contact limité dans leurs efforts de présenter des plans annuels et de prendre des décisions réalistes concernant le Programme.

Au niveau des centres de santé, il faut toujours des séances de formation et de recyclage. Il y a normalement deux séminaires chaque année à Port-au-Prince. Le vrai besoin dépasse celui-ci, et serait encore plus grand si les procédures statistiques étaient révisées au besoin et comme il est suggéré dans de diverses sections du présent rapport. Le facteur clef est la capacité de la DHF d'identifier ces besoins et d'organiser des séances de

recyclage, ou bien, ce qui serait encore mieux, de superviser l'application, dans les centres, de ses normes statistiques, ce qui fera identifier les problèmes à ce niveau. Le fait que les fonds rendus disponibles par le Projet n'ont pas été utilisés selon le besoin en formation statistique est inquiétant, car les besoins n'ont pas été surestimés. Dans ce cas, l DHF a rencontré des problèmes inhérents à l'intégration du DSPP, lesquels problèmes n'ont pas permis une action indépendante.

3.3. Recommandations

Pour résumer les recommandations dans les domaines des statistiques de service, de recherches et d'évaluation:

- Le contenu des statistiques de service (la nature des données demandées) devrait être pareil en ce qui concerne tous les sous-programmes en matière de PF.
- Ce contenu devrait permettre la mesure au moment donné de la prévalence contraceptive, ainsi que la mesure de l'acceptation, il devrait également donner des informations démographiques importantes au sujet des accepteurs et des acceptrices et des utilisateurs qui continuent de pratiquer la contraception.
- La DHF devrait appliquer ces données à la surveillance, aux intervalles raisonnablement courtes, de l'impact du programme et des performances relatives des régions et des sous-programmes.
- Les recherches appliquées devraient comporter parmi ses objectifs des réponses aux questions qui s'élèvent concernant le mode d'opération des services en matière de la PF, et qui ne peuvent trouver des réponses à partir des statistiques de base de tous les jours. De telles recherches ne devraient pas être éclipsées par les recherches opérationnelles.
- Le personnel de statistiques régional devrait être vidé du point de vue technique par la DHF en matière de statistiques en matière de PF, au moyen d'une formation régulière et des interventions ponctuelles. Le contenu d'un rapport régional en matière de PF, à soumettre régulièrement devrait être élaboré en consultation avec les autorités régionales.
- La DHF devrait étudier des procédures pour obtenir et pour accélérer le mouvement des données provenant du terrain et destinées à Port-au-Prince.
- L'USAID devrait considérer la possibilité de fournir à la DHF une assistance technique si la Division met en place une unité appropriée dirigée par un professionnel qui est orienté vers les évaluations. Entretemps, les moyens que le projet a rendu disponible à la DHF suffisent pour couvrir les besoins essentiels (formation), et il faudrait encourager la Division à s'en servir.

AMELIORATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE
DES SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. Services Institutionnels

1.1. Institutions Fixes

Les services de Planning Familial sont mis à la disposition de la population a travers un réseau à base institutionnelle (institutions publiques, institutions privées, FADH, agents de santé, agents communautaires, travailleurs sociaux et matrones), un réseau commercial et un réseau à vocation communautaire.

Au total, on compte dans le pays 327 institutions dont 189 rapportent des activités de Planning Familial, soit 58%.

Tableau 1 - Répartition de institutions offrant et n'offrant pas de services de planning familial

Régions	Institutions Total	Institutions avec PF	Institutions sans PF
Nord	70	45	25
Sud	85	51	34
Transversale	79	46	33
Ouest	93	47	46
TOTAL	327	189	138

L'objectif fixé par le projet pour 1986 est de voir les services de PF disponibles dans tous les établissements publics et dans 75% des établissements privés et mixtes. A l'heure actuelle, ces objectifs sont réalisés dans la proportion suivante.

Tableau 2 - Nombre d'institutions offrant des services de Planning Familial selon leur appartenance au secteur public ou privé/mixte

Type d'Institution	Nombre Total	Avec PF	Pourcentage
Publiques	180	140	78
Privées/Mixtes	147	48	33

Plus de 3/4 des établissements publics offrent donc des services de PF contre seulement 1/3 des établissements privés. Si l'objectif envisagé pour les établissements publics à l'horizon 1986 semble réaliste, il sera plus difficile d'atteindre celui fixé pour le secteur privé/mixte. En effet, dans 147 institutions privées, 80 (soit 54%) sont d'obédience catholique. Il faudra donc envisager d'introduire les méthodes naturelles de FP dans les institutions catholiques réticentes à fournir les autres méthodes.

Au cours du second semestre 1982, la part du système institutionnel dans le recrutement des nouvelles acceptrices a été de 51.2% pour les pilules, 6.5% pour la crème et 28% pour les condoms. Moins de la moitié des utilisatrices ont été réapprovisionnées par le système institutionnel (48.7%). Ces chiffres sont éloquentes et montrent combien est important le rôle joué dans le programme par d'autres canaux de distribution, notamment le système communautaire. Dans le système institutionnel lui-même, il n'est pas possible de quantifier le pourcentage de population desservi en matière de PF par les structures fixes, c'est-à-dire de connaître le nombre de clients de la PF qui se rendent régulièrement et uniquement à l'établissement pour y recevoir les services de PF. En effet, les rapports d'activité des institutions comprennent des utilisateurs de la contraception pris en charge par des éléments "mobiles" rattaché à l'institution, tels que les agents de santé, les agents communautaires et les matrones. On voit donc que le système institutionnel dans son ensemble comprend la pratique de distribution de type communautaire et que la participation réelle des établissements est par conséquent plus faible que les chiffres cités plus haut.

Enfin, deux dernières remarques s'imposent à propos du système institutionnel:

1. Mise à part la stérilisation volontaire, la gamme de méthodes contraceptives fournies dans les établissements ne diffère pratiquement pas de celles fournies par les agents du terrain. En d'autres termes, le programme n'exploite pas suffisamment l'existence d'un personnel qualifié--ou susceptible de le devenir--(médecins, infirmières) pour étendre le choix de méthodes contraceptives à mettre à la disposition de la population.

2. Cinq cent cinquante agents de santé, 111 agents communautaires et près de 7,000 matrones certifiées sont rattachés au système institutionnel. Ils représentent un potentiel très important pour faciliter l'accès à la contraception pour la population rurale. Bien que tous ces agents soient habilités à réapprovisionner les utilisatrices de pilule et à fournir des condoms, les performances individuelles sont éminemment variables et non systématisées. Certains agents n'ont pas d'activités de PF (matrones, par exemple), d'autres ne font que référer, d'autres réapprovisionner, d'autres enfin approvisionner les premières acceptrices de pilule.

En ce qui concerne les cliniques privées et mixtes, elles devraient jouer un rôle important dans les services de planification familiale, à savoir, faire l'éducation de leur clientèle en matière de planification familiale et fournir des services en rapport avec leur capacité. Plusieurs d'entre elles reçoivent le support du DSPP, soit en personnel, soit en matériel, ce qui les met dans l'obligation d'appliquer les normes et directives du Département.

Pour mieux exploiter ces ressources, la DHF a comme objectif de motiver le personnel en PMI/PF, de fournir du matériel et de l'équipement et de faire la collecte de données. Cependant, contrairement aux institutions

gouvernementales qui relèvent toutes du même département, les institutions privées jouissent d'une indépendance qui rend plus difficile l'établissement de communication avec chacune d'elles.

1.2. Les Cliniques Mobiles

Les entretiens avec le personnel des cliniques mobiles du Cap-Haitien, des Cayes et de Petit Goâve ont montré que les modalités d'activité de ces cliniques étaient très variables selon les régions. Cette diversité dans l'utilisation de la clinique mobile témoigne du souci du Directeur Régional d'adapter l'usage de la clinique aux conditions locales, mais l'adoption de quelques grandes lignes directrices permettrait sans doute de mieux rentabiliser son action.

1.2.1. Au Cap-Haitien

La clinique mobile composée d'une infirmière, d'une auxiliaire, d'un agent chargé de la distribution des condoms et d'un archiviste se rend quatre fois par semaine sur le terrain. Le programme de sortie est établi mensuellement par l'infirmière et la clinique couvre actuellement 7 villages. Chaque village est visité tous les 15 jours et un village est pris en charge pendant un an et plus (de 1 à 2 ans). Après avoir annoncé son arrivée au village par haut-parleur, le personnel entreprend une série d'activités, à savoir: consultation prénatale, vaccination, distribution de Vitamine A, surveillance nutritionnelle (pesée des enfants et éducation des mères). En ce qui concerne la PF, une sensibilisation est faite avec le haut-parleur et les personnes intéressées sont éduquées individuellement par l'infirmière ou l'auxiliaire. Les pilules sont données à raison de un cycle par acceptrice ou utilisatrice, les condoms à raison de 32 unités.

Pour l'ensemble de 7 villages, 99 femmes utilisent la pilule et 47 hommes le condom. Le personnel de la clinique réfère à l'hôpital 5 à 6 demandes de stérilisation volontaire par mois. L'examen clinique et l'anamnèse des premières acceptrices de pilule est très sommaire. La clientèle qui fréquente la clinique mobile est essentiellement composée des habitants du village. Pratiquement personne ne fréquente la clinique au delà d'une demi heure de marche. Or, quand le travail dans un village prend définitivement fin, il est dit aux utilisatrices de pilule et de condoms de se rendre au dispensaire pour se réapprovisionner. Ce dernier peut être situé à 2, voire 3 heures de marche du village et il est plus que douteux que le conseil soit suivi par beaucoup d'utilisatrices.

1.2.2. Contraintes

- L'équipe de la clinique ne connaît pas sa population cible. Aucun effort spécial n'est fait pour identifier et motiver les femmes à risque si elles ne se présentent pas spontanément le jour de la visite.
- Le choix des villages à visiter est laissé à la discrétion du personnel de la clinique, sans critères rationnels.

- L'équipe de la clinique n'a que des contacts fortuits et sporadiques avec les volontaires ou agents de santé. Ces derniers ne sont pas utilisés pour préparer la population à la venue de la clinique mobile.
- Il n'y a aucune liaison entre le personnel de la clinique et les matrones qui réfèrent les personnes intéressées au dispensaires et non à la clinique mobile.
- Lorsque la clinique quitte définitivement un village, aucune structure de réapprovisionnement et de prise en charge des utilisatrices n'a été mise en place. Les utilisatrices sont référées au dispensaire, souvent beaucoup trop loin pour espérer une continuation de la méthode.
- De l'avis même de l'infirmière et de l'auxiliaire, au cours d'un an, il y a plus de femmes qui commencent la contraception orale, la poursuivent pendant 2-3 mois puis abandonnent, que de continuatrices.
- On ne sait pas pourquoi tant de femmes abandonnent la pilule--alors que les cliniques viennent régulièrement--faute de rechercher ces femmes et de leur demander.
- La supervision exercée par le bureau régional sur la clinique mobile est pratiquement inexistante.

1.2.3. Aux Cayes

La clinique mobile effectue 3 sorties par semaine en zone peri-urbaine. Chaque tournée se fait avec l'agent communautaire de la localité concernée. Les séances de travail comprennent la consultation prénatale, la consultation postnatale, la consultation d'enfants malades, la vaccination et la surveillance nutritionnelle. La clinique mobile visite 12 à 13 localités par mois. Au point de vue de la PF les activités sont assez limitées: en moyenne à chaque visite, la clinique distribue 20 à 30 condoms et réapprovisionne 2 à 3 utilisatrices de pilule.

1.2.4. Contraintes

Bien que le déroulement des séances de PMI soit bien organisé, l'apport de la clinique mobile au programme de PF est très limité. En effet, la clinique ne se rend que dans des localités proches du centre urbain, toutes pourvues d'un agent communautaire actif qui non seulement réapprovisionne les utilisatrices de pilule et condoms mais qui recrute et approvisionne les premières acceptrices de pilule. En ce qui concerne les références pour la stérilisation volontaire, ces mêmes localités sont visitées par le travailleur social attaché à la maternité, ce qui limite également l'impact de la clinique mobile en ce qui concerne le programme de stérilisation volontaire.

1.3 Les FADH

Depuis 1977, les services médicaux des districts et sous districts militaires ont grandement participé au programme de PF en offrant aux militaires, aux volontaires de la sécurité nationale et à leur famille des services de PF, notamment des condoms et des pilules. Le nombre de formations médicales militaires qui offrent ces services est passé de 14 en 1978 à 49 en 1979, 63 en 1980, redescendu à 49 en 1981 pour remonter à 55 en 1982. Les raisons de ces fluctuations mériteraient d'être investiguées. Quoiqu'il en soit, c'est surtout par le canal des chefs de section et de leurs adjoints qu'est largement assurée la distribution de contraceptifs.

En ce qui concerne la pilule, la situation se présente comme suit:

Acceptrices et "Utilisatrices" de Pilules - FADH

Année	Nouvelles Acceptrices FADH	Nouvelles Acceptrices Total Pays	% FADH	Anciennes FADH
1979	9.446	25.205	37%	-
1980	8.536	25.433	33%	9.292
1981	4.270	23.742	18%	11.852
1982	4.017	32.336	12%	13.211

Bien que l'on enregistre une diminution du nombre de nouvelles acceptrices, probablement dû à un effet de saturation du marché somme toute limité, on note par contre au cours des années une augmentation du nombre de femmes qui reviennent s'approvisionner, ce qui indique un taux de continuation qui semble supérieur à celui enregistré dans le secteur institutionnel.

En ce qui concerne les condoms, la participation des FADH au programme est impressionnante.

Condoms: Nouveaux accepteurs et nombres de condoms distribués par FADH

Année	Nouveaux Accepteurs FADH	Nouveaux Accepteurs Total	% Accept. FADH	Condoms Distrib. FADH	Condoms Distrib. Total	Pourcentage Distrib. FADH
1979	30.941	105.296	29%	5.252.686	7.612.148	69%
1980	18.943	62.294	30%	8.858.480	9.618.299	92%
1981	7.759	61.345	13%	7.077.179	8.666.926	82%
1982	5.800	78.830	7%	7.997.143	11.690.801	68%

Si ici également on note une diminution du nombre de nouveaux accepteurs au fil des ans, probablement dû au même phénomène de saturation que celui manifesté par les acceptrices de pilules, le nombre de condoms distribués par les FADH reste impressionnant, tout comme le nombre de visites de réapprovisionnement et d'approvisionnement en condoms qui est passé de 176.813 en 1978 à 262.971 en 1982, ce qui laisse également supposer un bon taux de continuation.

Si au cours des années le nombre moyen de condoms distribués par visite se situe vers 30 condoms/visite, au cours du premier semestre 83 on note une étrange anomalie de 160 condom par visite distribués par les FADH de la région nord. Au cours de sa visite sur le terrain la mission s'est rendue au siège des FADH du Cap-Haitien pour tenter d'éclaircir cette situation, non seulement en ce qui concerne les quantités de condoms distribués par visite, qui pourrait s'expliquer par une sous-estimation du nombre de visites, mais aussi par rapport au nombre total de condoms qui dépasse 1.3 million en 1982.

Six districts sont sous la juridiction des FADH du Cap-Haitien. Chaque district a un responsable de santé qui se rend tous les 3 à 4 mois au Cap-Haitien pour s'approvisionner en fonction de son état de stock. Les chefs de district à leur tour approvisionnent les chefs de sections des zones rurales qui distribuent les contraceptifs aux clients; Tous les chefs de section ont suivi un séminaire sur la PF organisé par le bureau régional du DSPP. Les chefs de section viennent régulièrement chaque mois s'approvisionner au district. Le siège du Cap-Haitien reçoit 10 à 12 caisses de condoms par mois du Bureau Régional du DSPP, soit 60.000 à 72.000 unités.

Sur les 6 districts, seuls des chiffres pour le district du Cap-Haitien, au demeurant très peu fiables, étaient disponibles: au cours de chacun des mois successifs de 1982, invariablement 683 personnes avaient chaque mois reçu un total de 26.208 condoms. Aucune donnée n'était disponible sur le nombre de militaires par district, le nombre de famille, l'enregistrement des naissances, etc. Faute donc de renseignements et d'explications satisfaisantes, il n'a pas été possible à la mission d'éclaircir la question d'une distribution de 160 condom/visite qui mérite de plus amples investigations.

En conclusion, les FADH, malgré certains problèmes ponctuels tel que celui mentionné plus haut constituent un important canal pour toucher la population rurale et le travail accompli par les FADH mérite d'être souligné.

Les principaux problèmes relevés à leur propos sont les suivants:

- La Direction Nationale du Service de Santé des FADH a émis une directive qui limite strictement la distribution des contraceptifs aux seules familles des militaires et des volontaires de la Sécurité Nationale. Ces derniers ne sont donc pas autorisés à distribuer plus largement les contraceptifs à la population civile avec laquelle ils sont en contact permanent.

- Le manque de disponibilité d'autres contraceptifs, notamment les tablettes vaginales et le Depo-Provera qui, selon le médecin chef de FADH du Cap-Haitien sont demandées et acceptables par la population.
- L'impossibilité pour les FADH de satisfaire l'intérêt grandissant manifesté par les militaires pour la vasectomie faute de personnel formé à cet effet.
- Notons enfin le problème de la fiabilité des rapports statistiques qui mérite d'être examiné de plus près.

1.4. Les Matrones

Près de 7,000 matrones ont été formées afin de participer au programme de PF. Leurs tâches en cette matière consiste à:

- informer et sensibiliser les nouvelles accouchées à la PF;
- référer les femmes au dispensaire pour la contraception orale;
- distribuer les condoms et réapprovisionner les utilisatrices de pilule.

Au cours du premier semestre 1983, les matrones certifiées ont référé un total de 3.164 personnes (1.652 femmes et 1.512 hommes) à la PF, soit en moyenne 0.5 personnes référés par matrone en 6 mois.

Contraintes

Les principaux problèmes relatifs à la participation des matrones dans le programme de PF sont les suivants:

- Sur l'ensemble des matrones formées, beaucoup sont inactives. Par exemple, dans le District des Cayes, sur 985 matrones entraînées, seulement 207 sont considérées comme actives, soit 21%.
- Bien que les matrones soient habilitées à réapprovisionner les utilisatrices de pilules, elles n'ont pas de dépôt chez elles. Certaines profitent de leur passage au dispensaire pour se procurer quelques cycles de pilules qu'elles distribuent parcimonieusement (1 cycle) aux femmes qui leur ont demandé.
- Manque de supervision plus systématique des matrones par l'auxiliaire des dispensaire.

1.5 Recommandations

L'expansion de la qualité et de la quantité des services de PF nécessite de faire appel à une diversification de moyen car chacun d'eux a ces propres limitations. Ce n'est donc qu'en mettant en oeuvre l'ensemble des moyens potentiels--et pratiquement tous sont envisagés dans le projet--que l'on pourra espérer augmenter substantiellement la couverture du programme tout en veillant à lui assurer une qualité de service, condition indissociablement liée au succès même de son expansion.

Trois contraintes inévitables entravent l'expansion de la distribution de contraceptifs par la voie institutionnelle.

1. Le fait que plus de la moitié des institutions privées appartiennent à l'église catholique, donc sont peu susceptibles de promouvoir d'autres méthodes que les méthodes naturelles.
2. La difficulté d'accès aux institutions pour une grande majorité de la population rurale à qui il ne faut pas espérer demander de parcourir une trop longue distance pour obtenir des services de PF.
3. Le nombre relativement limité de structures fixées, 327 pour l'ensemble du pays soit en moyenne 1 pour 18,500 habitants.

Devant une telle situation, il apparait évident que l'approche communautaire est indispensable et doit être étendue à tous les canaux disponibles, (voir plus loin dans ce rapport "Programme Communautaire").

Malgré ses limitations, le système institutionnel conserve un rôle important à jouer dans l'expansion du programme et les recommandations suivantes ont pour objet de maximiser la contribution du système institutionnel au programme.

1.5.1. Personnel itinérants attaché aux institutions

-Rentabiliser davantage l'apport de ce personnel au programme de PF en:

- Faisant appliquer les normes qui les autorisent non seulement à réapprovisionner mais aussi à approvisionner les premières acceptrices de pilule. Il existe à cet effet une check-liste préparé par la DHF qui devrait être traduite en créole et remis à chacun de ces agents, lors d'un court "recyclage" qui pourrait se faire lors des visites de supervision ou lors de la visite de l'agent au dispensaire ou au centre de santé.
- Exploitant mieux les connaissances qu'ils ont des problèmes rencontrés par les utilisatrices de pilules, de leurs plaintes, de leurs craintes et de leur raison d'abandon.

- Insistant sur l'importance du suivi des acceptrices, de leur prise en charge et de leur référence éventuelle au dispensaire ou centre de santé.
- Les autorisant également--en temps utile--à distribuer d'autres contraceptifs qui pourraient être introduits ultérieurement dans le programme.

1.5.2. Les structures fixées

1.5.2.1. Dispensaires

Assurer de façon plus systématique le back-up des utilisatrices de pilules et être en mesure de faire face à leurs plaintes éventuelles (accueil, conseils, référence) en améliorant la connaissance des auxiliaires (voir chapitres "Formation").

1.5.2.2. Centre de Santé

Etre un centre de santé pour référence pour toute acceptrice ayant des problèmes sérieux et être capable d'y faire face (accueil, conseils, traitement).

Promouvoir l'utilisation d'autres méthodes contraceptives préalablement testées à l'échelon hospitalier.

Développer des structures d'accueil pour l'équipe mobile de stérilisation.

Promouvoir la vasectomie qui est nouvellement introduit dans le programme.

1.5.2.3. Hôpitaux

Offrir une gamme étendue de services cliniques de contraception (DIU, Depo, stérilisation) et tester l'introduction de nouvelles méthodes (éponge).

Assurer la formation clinique des médecins de centres de santé à l'insertion de DIU, prescription de Depo ou vasectomie.

1.5.2.4. Cliniques privées et mixtes

*Formation du Personnel

1. Sensibilisation et motivation en PF;
2. Technologie de la Contraception;
3. Collecte et acheminement des données y compris l'identification des populations cibles
4. Mise en place d'un système de programmation, supervision et suivi de leur activité en PMI/PF.

*Visite de Supervision par DHF afin d'assurer la qualité des services (normes et standards)

*Modalité d'établissement d'accord entre DHF et les établissements privés

1. Sous contrat de la DHF avec des organismes ou associations tels que l'AOPS, Association de Santé Publique d'Haiti (ASPHA);
2. Sous contrat de la DHF avec des organisations ou institutions expérimentées telles que Hopital Albert Schweitzer, Complexe Médico Social de la Cité Simone, Bon Berger à St. Michel, etc;
3. Sous contrat de la DHF avec des individus particulièrement actifs, expérimentés et intéressés à développer certains aspects du programme de PF.

1.5.3. Clinique Mobile

La principale recommandation relative à l'utilisation de la clinique mobile dérive de la finalité même de cet instrument qui devrait avant tout être considéré comme un fer de lance permettant de fournir des services de PMI/PF aux populations rurales éloignées des structures fixées. Encore faudrait-il que ces activités ne soient pas ponctuelles mais qu'un système soit mis sur pied pour assurer le suivi et la continuité de la prise en charge de la population après la fin du passage de la clinique. Les principes qui devraient guider l'utilisation de la clinique mobile peuvent être résumés comme suit:

1. Stimuler l'intérêt et susciter l'acceptation de la contraception dans un grand nombre de villages éloignés des dispensaires.
2. Assurer pendant un temps relativement limité--à définir en fonction des populations cibles à prendre en charge--des prestations régulières de PMI/PF de façon à satisfaire les besoins immédiats en matière de vaccination, examens des femmes enceintes, examen de l'état nutritionnel des enfants et recrutement d'un nombre satisfaisant (toujours en fonction de la population cible) d'acceptrices de PF.
3. Mettre en place une structure de réapprovisionnement et de suivi des utilisatrices en faisant appel aux membres de la communauté (matrones, collaborateurs volontaires, agents de santé).

A cette fin, il est recommandé de revoir la stratégie d'utilisation des cliniques mobiles qui, plutôt que de se rendre en zone peri-urbaine, plutôt que de visiter un nombre réduit de villages à de nombreuses reprises et

pendant très longtemps, devraient se déplacer en zone rurale éloignée, prendre la population en charge à la fois au point de vue éducation de la santé et prestation des services pendant une durée raisonnable, et mettre en place un système de follow-up en s'appuyant sur les possibilités communautaires locales.

1.5.4. Les FADH

- Par leur contact avec la population civile, les chefs de section et les militaires constituent un canal important de réapprovisionnement de contraceptifs pour la population rurale civile. Il est recommandé d'abroger la circulaire qui limite la distribution des contraceptifs reçus par les FADH aux seuls ressortissants militaires et volontaires de la Sécurité Nationale de façon à maximiser le plus possible la diffusion des contraceptifs en milieu rural.
- De par sa nature même, les FADH sont essentiellement constitués d'une population masculine donc population cible pour l'expansion du programme de vasectomie. Une telle opportunité de sensibiliser, éduquer, et motiver ces clients potentiels ne doit pas être négligée mais bien au contraire demande à être exploitée. Pour ce faire, il est recommandé:
 - De recycler les responsables des FADH de tous les niveaux (responsables régionaux, districtaux, et chefs de section) afin de leur expliquer le pourquoi, le comment et l'innocuité de la vasectomie.
 - De permettre aux médecins des FADH de bénéficier d'une formation en cette technique par l'octroi de bourses pour un certain nombre d'entre eux, (formation des formateurs).
 - De promouvoir la formation d'un plus grand nombre de médecins en vasectomie à l'échelon national.
 - Le cas échéant, de pourvoir à l'équipement nécessaire au bon fonctionnement de cliniques de vasectomie.
- Les institutions médicales des FADH pourraient utilement participer à tout projet pilote pour revaloriser certaines méthodes contraceptives (Depo-provera), et/ou à en introduire de nouvelles (éponge).
- Il est recommandé d'entreprendre une étude au sein de la clientèle féminine des FADH de façon à étudier le taux de continuation d'utilisation de la pilule qui semble plus élevé que celui des clientes institutionnelles gouvernementales. Si cette étude confirme l'existence d'une différence notable, la connaissance des raisons d'une telle différence pourrait permettre d'apporter les correctifs nécessaires pour améliorer la continuation des acceptrices institutionnelles.

-Enfin, il est recommandé de faire des investigations sur les modalités de distribution et d'utilisation des condoms distribués par les FADH, notamment dans la région du Nord, de façon à mieux mesurer l'impact démographique d'une si large distribution.

1.5.5. Les Matrones

Parallèlement à la poursuite du programme de formation des matrones qu'il est prévu d'étendre à l'ensemble des matrones (environ 12.000), il importe de rentabiliser davantage leur participation au programme de PF. Pour ce faire, plusieurs moyens peuvent être envisagés:

- * Identifier, par une meilleure analyse de leur rapport d'activité au niveau des dispensaires, et sélectionner, selon des critères à déterminer, les matrones les plus actives.
- * Regrouper en un corps d'élite des matrones qui pourraient jouir de certains avantages par rapport aux autres matrones certifiées mais insuffisamment actives, de façon à stimuler ces dernières à l'être davantage.

Remarque: La création d'un tel corps de matrones est actuellement à l'étude à la DHF mais aucune formule quant aux avantages à leur octroyer n'a été décidée. L'USAID devrait être prêt à apporter son support à toute mesure appropriée envisagée pour stimuler la création de ce corps de matrones (insignes de reconnaissance, encouragement matériel lors de séminaire de recyclage, équipement supplémentaire, etc.).

- * Veiller à ce que les dispensaires, qui sont chargées de réapprovisionner les matrones en petit matériel (gaze, savon, lame gilette, etc.) ne soient pas en rupture de stock et puissent faire face à la demande des matrones quand elles se présentent au dispensaire pour être réapprovisionnées.

- * Après la formation d'un groupe de matrone, assurer à partir du dispensaire un meilleur follow-up des nouvelles certifiées pour diminuer la déperdition.

- * Veiller à ce que les normes soient respectées c'est-à-dire que les matrones réapprovisionnent les utilisatrices de pilules.

- * Leur faciliter cette activité en leur permettant d'avoir un petit dépôt de contraceptifs à leur domicile.

2. Méthodes Contraceptives

Un programme qui se veut national vise par sa nature même à toucher tous les clients qui sont susceptibles d'utiliser la contraception. Pour ce faire, il faut d'une part développer des canaux de distribution aussi variés et étendus que possible de façon à toucher l'ensemble de la population et d'autre part il faut fournir à cette population un choix de méthodes suffisamment étendu de façon à ce que chacun et chacune trouve dans le programme la méthode qui lui convienne.

2.1. Pilules et Condoms

Le programme actuel se caractérise par une distorsion frappante entre les efforts qui ont été faits pour multiplier les canaux de distribution qui dépassent de loin de cadre purement institutionnel et médical et d'autre part le choix restreint de méthodes contraceptives offertes à la population. Alors que de nombreuses recherches opérationnelles ont démontré l'intérêt et la nécessité de dépasser le cadre institutionnel, aucun effort de ce genre n'a été entrepris pour étendre la gamme de contraceptifs disponibles. Il en résulte que, mis à part la stérilisation volontaire qui commence à prendre de l'essor, le programme repose pratiquement sur deux méthodes, pilule et condoms, dont l'efficacité réelle, c'est-à-dire dans les conditions d'utilisation de la société haïtienne, reste à être mesurée.

Distribution des nouvelles acceptrices par méthodes contraceptives - Pourcentage

<u>Année/Méthodes</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983 (1er semestre)</u>
Pilules	74.8	73.9	65.1	64.6	67.3
Condoms	9.8	10.3	25.7	28.7	25.0
Crème Vaginale	11.7	11.1	5.0	2.2	1.2
D.I.U.	2.7	1.4	0.7	0.5	0.6
Stérilisation	0.7	1.8	3.3	3.7	5.5
Autres	1.0	1.5	0.1	0.3	0.3

Depuis 3 ans, pilules et condoms constituent plus de 90% des méthodes acceptées. La stérilisation volontaire féminine est passée de moins de 1% en 1979 à plus de 5% en 1983 et vient en troisième position dans le choix des méthodes acceptées. En 1982, 375 DIU ont été insérés, dont 325 soit 86.7% dans huit établissements seulement. Le reste a été inséré dans des établissements dont aucun n'a fait plus de 10 insertions au cours de l'année.

Etablissements qui ont inséré plus de 10 IUD en 1982

District/Région	Etablissement	Nombre d'insertions
Nord	Gens de Nantes	30
Gonaïves	Bon Berger	46
Gonaïves	Anse-Rouge	22
St-Marc	Descarpelles	105
St-Marc	St-Nicolas	28
Port-au-Prince	Hopital de l'Université	12
Port-au-Prince	Anse-à-Galets	67

Le Depo-Provera totalise pour la même année 133 nouvelles acceptrices, dont 124 enregistrées dans 3 établissements:

Fort Liberté (Nord)	21
Bombardes (Port-de-Paix)	56
St. Louis du Nord (Port-de-Paix)	47

Enfin pour les 1.054 acceptrices de crème vaginale, la participation institutionnelle n'est que de 9.5%. 954 acceptrices ont été recrutées par les programmes communautaires des districts et des régions.

La limitation dans le choix des méthodes ne se manifeste pas seulement dans la gamme restreinte des produits contraceptifs offerts, mais au sein même d'un type de contraceptif donné, la variété est pratiquement inexistante.

C'est ainsi que par exemple, le Norynil (Noriday) constitue de loin la pilule la plus disponible (812.416 cycles distribués par la DHF aux régions entre janvier 82 et juin 83 contre 31.428 cycles d'Eugynon et 30.760 cycles de Neogynon). Certes l'AID doit faire face à ses propres contraintes en ce qui concerne les donations de contraceptifs mais d'autres organismes tels que le FNUAP pourraient utilement suppléer aux limitations de l'AID dans ce domaine.

Les condoms offerts par le programme sont tous colorés. Une étude est en train d'être élaborée pour déterminer la préférence de la population à ce propos et d'autres présentations devraient le cas échéant devenir disponibles dans le programme.

Il ne suffit pas de se dire que Depo-provera et DIU ne sont pas appréciés par la population et par le corps médical pour les ignorer sans autre forme de procès. Toutes deux sont des méthodes efficaces adaptées dans de nombreux programmes de PF de par le monde. En ce qui concerne Le DIU, si minime soit-il, les résultats de Chancerelles démontrent que s'il est disponible, et fourni par des personnes qui s'y intéressent, la population est

prête à l'accepter. En ce qui concerne le Depo-Provera--à part dans la région Sud et ceci pour des raisons purement conjoncturelles--tous les médecins avec lesquels la mission a eu l'occasion de s'entretenir reconnaissent la valeur de cette méthode et prônent sa revalorisation dans le programme.

Enfin d'autres méthodes telles que les éponges vaginales pourraient également venir élargir le choix offert aux futures acceptrices.

2.2. La stérilisation volontaire

Ce programme a débuté en 1976 dans 2 hôpitaux de Port-au-Prince, il s'est étendu par la suite à la plupart des hôpitaux de régions et districts, et en 1983, 21 établissements (dont 4 privés) fournissent des services de stérilisation volontaire et il est prévu d'en avoir 24 pour la fin de l'année.

Opérations de Stérilisation

Année	Mini-Lap	Laparo.	Culdo.	Vasectomie	Total
1976					36
1977					118
1978					177
1979	230	24	27	1	282
1980	566	44	6	8	624
1981	1061	146	1	3	1211
1982	1366	320	-	26	1712
1983 (le sem.)	707	281	-	85	1073

Les mini-laps représentent toujours la majorité des interventions (65%) mais la laparoscopie prend de plus en plus d'extension de même d'ailleurs que la vasectomie. En 1982, 70% des femmes qui se sont faites stériliser avaient plus de 5 enfants vivants; 38% étaient âgées de 30-34 ans; 31% de 35-39 ans et seulement 19% de 25-29 ans. Pour que le programme puisse avoir un effet sensible sur la poussée démographique, il importe de motiver davantage des patients de la tranche d'âge 25-29 ans ainsi que de recruter un plus grand nombre d'accepteurs et d'acceptrices à partir du troisième enfant vivant. Ce programme s'appuie sur un nombre de médecins obstétriciens formés par JHPIEGO à Baltimore, en Tunisie et à la Jamaïque ainsi que par des médecins chirurgiens et urologues formés localement par le responsable du programme. Outre les médecins, il existe un corps de 12 travailleurs sociaux attachés aux maternités qui éduquent, motivent et recrutent les candidats parmi les nouvelles accouchées, qui sensibilisent les couples dans la communauté et qui assurent le suivi des opérées.

Les normes et standards du programme prévoient que pour avoir accès à la stérilisation volontaire, il faut au minimum 2 enfants vivants, de sexe indifférent, ainsi que le consentement écrit des deux époux. S'ils ne vivent pas ensemble, il faut, outre celle de l'opérée, la signature d'un proche parent. Le suivi des opérées est assuré après 72 heures (visite domiciliaire par le travailleur social) après une semaine à l'hôpital pour enlever les pansements et examiner la plaie et enfin 2 mois, 6 mois et un an après l'intervention.

Le programme est bien accepté par la population et la demande potentielle est fort encourageante, comme la mission a pu le constater lors de ses déplacements sur le terrain.

Au Cap-Haitien, le médecin-chef de la maternité effectue 25 à 30 stérilisations par mois. Le staff de la maternité comporte un autre gynécologue et 4 médecins qui tous sont capables--et ont fait--des ligatures. Malheureusement depuis l'arrêt de la rétribution forfaitaire en 1982, ils se sont désintéressés de cette activité et ne font plus de ligatures qu'à l'occasion de césarienne. Or, rien qu'à la maternité, on hospitalise plus de 50 femmes par mois pour avortement sceptique et beaucoup d'entre elles sont désireuses d'avoir une ligature. Outre la contrainte humaine, il en existe d'autres, d'ordre matériel: manque de petit matériel (gaze, pansement, linge) et manque d'un local approprié pour y faire les vasectomies. Faute de matériel, il a fallu parfois sursoir à des demandes de stérilisation. Si ces contraintes pouvaient être allégées, on pourrait facilement atteindre 60 à 75 stérilisations par mois, rien qu'à la maternité, sans parler des possibilités d'expansion possibles dans 4 et éventuellement 6 centres de santé avec lits.

Aux Cayes, le médecin-chef de la maternité qui vient de rentrer du Brésil où il a subi une formation en vasectomie, effectue en moyenne 12 stérilisations par semaine à l'hôpital. De plus, il se rend 4 fois par mois dans 4 sous districts où il opère 4-6 patients par laparoscopie dans des centres de santé avec lits. Il compte former incessamment les résidents en service social et les médecins des sous districts à la vasectomie. Ici, aussi, la demande est grande et ces cas sont renvoyés, non seulement pour ligature mais également pour vasectomie.

A Miragoâne, le médecin chef de la maternité est rentré de Tunis en mai 1983. Depuis son retour, il fait environ 6 stérilisations par semaine, par minilap faute d'avoir un laparoscope à sa disposition. Il va être formé incessamment à la vasectomie par le responsable national du programme de stérilisation volontaire. Deux autres médecins généralistes de 2 centres de santé avec lits vont également être entraînés à cette technique. Enfin il est envisagé de faire des déplacements dans 3 autres endroits pour y effectuer des vasectomies.

A Petit-Goâve, le médecin chef de la Maternité de l'Hôpital Notre-Dame a été formé en laparoscopie. Il possède le matériel nécessaire et effectue 6 à 8 interventions par semaine. Comme il est seul pour assurer tout le service de la maternité, il ne peut pas toujours satisfaire la demande sans délai. Il attend d'avoir un confrère pour l'aider avant de se déplacer dans des centres

de santé (qui demandent quelques aménagements). Enfin, citons la performance d'un médecin privé, le Dr. Lolagne qui de février à septembre 83 a, dans des conditions difficiles, stérilisé 59 hommes et 187 femmes soit une moyenne de 30 stérilisation par mois.

Les conditions favorables existent pour étendre largement le programme de stérilisation volontaire à savoir:

- Un intérêt et une demande de la part de la population.
- Un corps de médecins formés susceptibles d'en former d'autres localement.
- Un intérêt de la part des médecins en général pour acquérir de nouvelles techniques opératoires.
- Un réseau d'agent de vulgarisation (agents de santé et travailleurs sociaux, agents communautaires, collaborateurs volontaires, FADH, etc.) susceptible de sensibiliser la population.
- Une volonté de la part du responsable national de ce programme d'étendre ce dernier, notamment par l'instauration d'équipes mobiles pouvant opérer (laparoscopie et vasectomie) dans les centres de santé avec lits.

Il existe cependant des contraintes:

1. Grande mobilité de la population médicale qui ne laisse parfois qu'un seul médecin par clinique ce qui est insuffisant pour assurer à la fois le travail de routine et faire face à la demande croissante pour la stérilisation, y compris les déplacements par l'équipe mobile.
2. Manque de sensibilisation des agents de vulgarisation (actuellement le recrutement est surtout assuré par les travailleurs sociaux) et de la population en général.
3. Manque de moyen de déplacements pour les travailleurs sociaux.
4. Manque d'équipements appropriés:
 - Tous les médecins formés n'ont pas de laparoscope.
 - Absence de table de Tredelenbourg.
5. Mauvais état de l'équipement existant. C'est le cas par exemple à l'Hôpital Universitaire de Port-au-Prince où la gaine des fibres optiques du laparoscope est très endommagée.

6. Manque de structures d'accueil adéquates. Les patientes stérilisées ne peuvent récupérer dans de bonnes conditions. Elles sont tantôt dirigées vers les lits d'obstétrique/gynécologie tantôt elles doivent se contenter des couloirs ou des galeries pour s'étendre quelques temps.
7. Manque de structure d'accueil pour la vasectomie. Les hommes n'aiment pas venir se faire stériliser dans un service de gynécologie. Ils n'ont aucun endroit pour se reposer et récupérer après l'intervention.
8. Manque de projecteur de diapositives, de caméra à fixer sur le laparoscope, voire d'un système video pour faciliter l'enseignement.
9. Nécessité de standardiser les procédures d'anesthésie et les médicaments utilisés en post-opératoire pour diminuer le coût des interventions et faciliter les commandes.
10. Manque d'appareillage de réanimation et de médicaments d'urgence pour pouvoir faire face à un incident éventuel.
11. Manque de stimulation et d'encouragement pour les médecins depuis la suppression de la prime forfaitaire.

2.3. Les Méthodes Naturelles de PF

Les méthodes naturelles de PF (méthodes sympto-thermique) sont enseignées aux couples intéressés par l'Action Familiale d'Haiti (AFH), organisation non gouvernementale, oecuménique, non médicale et non professionnelle, fondée en novembre 1971. Au niveau national, l'AFH est dirigée par un Comité National composé d'un coordonateur, d'un animateur et d'un administrateur national ainsi que des responsables régionaux (diocésains). Dans les régions, (5 diocèses sur 7) les activités sont menées par 165 éducateurs (la plupart hommes) et par 15 superviseurs. Les éducateurs sont recrutés parmi les couples utilisateurs qui pratiquent la méthode avec succès et sont désireux de l'enseigner à leur concitoyens. De même, les superviseurs sont choisis parmi les éducateurs expérimentés. Les rémunérations sont les suivantes:

	US \$/mois
Coordinateur national (1)-----	200 (plein temps)
Animateur national (1) -----	200 (plein temps)
Administrateur national (1) -----	150 (plein temps)
Responsable régional: -----	120 (plein temps)
Responsable régional: = (8) -----	60 - 80 (mi-temps)
Superviseur : -----	20 - 40 (mi-temps)
Superviseur : = (15) -----	60 (plein temps)
Educateur (165) -----	20 (mi-temps)

La formation des utilisateurs se fait par des visites à domicile: 2 visites/semaine pendant les 3 premiers mois puis une à deux visites par mois pendant les 3 mois suivants. Au cours de ces visites, on explique le cycle de la femme, on enseigne l'observation de la glaire et la prise de température avec report sur graphique et interprétation et on explique les cas spéciaux (post partum - post monopause).

Un nouvel utilisateur est considéré comme enregistré s'il a pratiqué la méthode et inscrit correctement 3 courbes thermiques sur le graphique. Il est considéré comme autonome après 6 courbes complètes s'il sait correctement les interpréter

Entre 1980 et 1982, 6.617 couples ont été enregistrés parmi lesquels on a noté 286 grossesses et 379 abandons par désintéressement. On pourrait conclure à un taux d'échec (grossesse) de 4.3%, ou de 10% si l'on y ajoute les abandons. En réalité il n'est pas possible à partir de ces chiffres de conclure à un taux d'efficacité et ce pour plusieurs raisons:

1. Le calcul n'est pas fait selon la procédure classique des "tables de survie".
2. Grossesse ne signifie pas automatiquement échec si l'on élimine les grossesses désirées.
3. Le taux d'échec--et il reste à définir ce qu'est un échec--peut être beaucoup plus élevé puisque ne sont pris en considération que les couples "enregistrés". Tous ceux qui ont commencé la méthode mais ont abandonné ou sont tombés enceinte avant d'avoir leur 3 ou 6 courbes correctes ne sont pas pris en considération.

A Hinche par exemple, une enquête retrospective a montré que sur 151 couples enregistrés, il y a eu 28 grossesses depuis le début d'utilisation de la méthode (entre 6 et 40 mois d'utilisation) soit un taux d'échec de 20% chez des personnes que l'on peut considérer comme bien entraînées.

Quoiqu'il en soit, la question qui se pose est de savoir s'il y a une place pour la méthode naturelle dans le programme national de PF et si oui, qu'elle est l'ampleur du support qu'il est raisonnable de lui accorder.

A la première question la réponse est oui et ce pour plusieurs raisons:

- Il existe des couples, catholiques et autres, qui pour des raisons variées (confessionnelles, craintes des autres méthodes) désirent adopter une méthode naturelle de PF, et qui sont suffisamment motivés pour se plier à la discipline qu'elle requiert. Ils ont le droit, comme tout un chacun, de pouvoir pratiquer la méthode de leur choix.
- C'est une voie de dissémination et d'information de la PF et donc une motivation pour les couples qui abandonnent la méthode naturelle pour se diriger vers d'autres méthodes moins astreignantes.

- Elle peut, dans la mesure de son acceptabilité et de son utilisation correcte concourir à augmenter le nombre global d'utilisateurs de la PF.

Les recommandations s'attacheront à répondre à la deuxième question.

Il existe deux principales contraintes à l'extension de la méthode naturelle de PF.

1. Au niveau de l'AFH, il s'agit avant tout de contraintes d'ordre financier. Les contributions reçues jusqu'ici par l'AFH s'établissent comme suit:

Contribution des agences donatrices à l'AFH (US \$)

Organisation	1976-77	1978	1979	1980	1981	1982
MISEREOR	40.230	41.183	65.943	82.534	43.488	41.705
UNFPA	27.000	15.500	19.399	-	-	-
USAID	-	-	-	26.500	21.375	30.000
TOTAL	67.230	54.683	85.342	109.034	64.863	71.705

Actuellement, l'AFH se trouve devant une impasse budgétaire qui l'oblige à réduire le nombre de ses animateurs de près de la moitié (100 au lieu de 165), de diminuer leur salaire (\$15 au lieu de \$20) et puis les place dans l'impossibilité de publier le matériel didactique qu'ils ont produit (3 brochures).

Une demande d'assistance a été adressée à l'USAID pour un montant de \$781.911 et \$18.500 de nourriture pour une période de 3 ans (oct 83-sept 86). Ce rapport se propose:

- De former 100.000 personnes à l'observation de la glaire cervicale.
- D'informer 350.000 personnes sur le cycle de la femme "Fertility Awareness"
- De motiver 150.000 personnes (sans précisions).

Tel qu'il est formulé, le projet est inacceptable. (Va-t-on toucher 350.000 personnes au total ou 600.000? Quelle est la différence entre "former", "informer" et "motiver"?). Le projet manque de précision quant à la définition des objectifs généraux, ne précise pas les objectifs

opérationnels, ne fait aucune allusion à la méthodologie envisagée, à la programmation, à la méthodologie de l'évaluation ni aux résultats espérés en terme d'accepteurs/utilisateurs. Il est à la fois ambitieux et imprécis.

La deuxième contrainte a trait en fait que jusqu'ici, l'AFH a le monopole de l'enseignement et de la dissemination de la méthode naturelle, via ses éducateurs, ignorant la centaine d'institutions catholiques réparties dans le pays et dirigées par des soeurs catholiques. Or, comme il a été dit au début de ce rapport, un programme national de PF ne peut ignorer une telle ressource et il est impérieux que ces établissements offrent à leur clientèle des méthodes naturelles de PF, à défaut d'autres moyens.

2.4. Recommandations

2.4.1. Pilules - Condoms

- Diversifier les types de pilules disponibles en faisant éventuellement appel à d'autres organismes donateurs (FNUAP). Il faudrait envisager d'avoir 3 types de pilule:

Dosage normal

Faible dosage

Dosage uniquement progesterone, particulièrement souhaitable pour les femmes allaitantes.

- Introduire des condoms non colorés s'il s'avère que la réceptivité de la population pour cette présentation le justifie.

2.4.2. D.I.U. - Depo Provera

La revalorisation de ces méthodes demande à s'entourer de toutes les garanties de succès, à savoir:

- Etudier les attitudes de la population et du corps médical vis-à-vis de ces méthodes. Un follow-up des acceptrices de DIU pourrait à ce propos apporter beaucoup de renseignements utiles.
- Promouvoir ces 2 méthodes par des campagnes de sensibilisation destinées au personnel médical, paramédical, agents de vulgarisation et grand public.
- Sélectionner des hôpitaux et centres de santé avec des responsables intéressés et formés pour lancer un programme pilote.
- En fonction des résultats, (acceptabilité - continuité) étendre ces méthodes à d'autres structures institutionnelles.

2.4.3. Introduction de nouvelles méthodes contraceptives

Promouvoir d'abord à titre expérimental, puis sur une plus grande échelle l'utilisation de l'éponge vaginale.

2.4.4. Stérilisation Volontaire

-Accélérer la formation de médecins en laparoscopie et vasectomie.

-En ce qui concerne la vasectomie, utiliser les compétences locales existantes par l'attribution de sous-contrats aux médecins déjà formés afin qu'ils puissent se déplacer et former leurs collègues.

-Inclure les médecins des FADH dans ce programme de formation, ainsi que des médecins du secteur privé.

- Acquisition de matériel didactique (projecteur, diapositives, camera et video pour prises de vue à travers le laparoscope).
- Alléger la procédure administrative relative à la rénovation des hôpitaux et des centres de santé afin d'améliorer les structures d'accueil en vue de l'expansion du programme de stérilisation.
- Promouvoir la stérilisation via:
 - les associations professionnelles de médecins
 - les publications et la diffusion de brochures explicatives (technique, simplicité, efficacité, sûreté) pour des populations cibles (usines, FADH)
 - Production d'affiches.
- Acquisition d'unités mobiles avec les équipements pour permettre d'opérer dans de bonnes conditions dans les régions rurales dépourvues de structures d'accueil.
- Encourager le Dr. Iolagne par un sous-contrat personnel à poursuivre ses activités en matière de stérilisation (sensibilisation, information, motivation et interventions chirurgicales) en lui fournissant notamment l'équipement nécessaire, à savoir: Un autoclave, un projecteur sur pile et un laparoscope. L'utiliser également pour la formation d'autres chirurgiens.
- Recycler le personnel paramédical et les travailleurs sociaux ainsi que les agents de vulgarisation pour qu'ils puissent diffuser les informations relatives à la stérilisation et notamment la vasectomie au cours de la communication interpersonnelle avec la population.
- Fournir une quinzaine de motocyclettes aux travailleurs sociaux pour leur permettre de se déplacer, recruter de nouveaux et assurer le suivi des anciens accepteurs de la stérilisation.
- Maintenir un certain nombre de bourses de formation à l'étranger pour encourager les médecins à participer davantage au programme.

2.4.5. Méthodes naturelles de PF

En ce qui concerne l'AFH:

- Maintenir un intérêt pour leurs activités, les encourager à revoir leur proposition de projet;
- Fournir une assistance technique à court terme pour les aider à élaborer un projet techniquement valable.

- Financer éventuellement une demande d'assistance pour un tel projet, pour autant que le projet débouche sur des résultats pratiques, quantitativement et qualitativement mesurables et que le montant de l'assistance demandée reste dans des limites raisonnables (\$50.000 à \$60.000/an par exemple).
- En attendant la soumission d'un tel projet, poursuivre le soutien financier à l'AFH pour leur permettre de poursuivre leurs activités de recrutement de nouveaux utilisateurs de la méthode naturelle (montant prévu \$34.000 pour 1983-84).
- Financer une petite étude d'évaluation pour mieux mesurer l'efficacité réelle de la méthode (taux d'échecs, raison d'abandon, devenir des drop-out, etc.).

En ce qui concerne les institutions religieuses:

- Soutenir financièrement, via la composante "mini-projet" toute demande émanant d'institutions catholiques présentant un projet structuré et techniquement valable (par exemple répondre favorablement à la demande des soeurs de l'Hôpital Immaculée Conception, Clinique St-Jean, Limbé). Outre l'impact immédiat sur la population fréquentant le centre, une telle assistance pourrait avoir des retombées stimulantes pour les autres institutions catholiques encore peu actives en PF.
- Exiger que les institutions religieuses fournissent des informations sur l'ensemble des méthodes de PF, naturelles et autres et réfèrent les clients non intéressés par la méthode naturelle aux autres institutions gouvernementales et privées qui fournissent d'autres services de PF.

3. Programmation

La régionalisation, outre qu'elle attribue au Directeur Régional du DSPP la responsabilité de l'exécution du programme de PF a également conduit à une décentralisation dans la programmation des objectifs qui sont élaborés au niveau des régions, revus et adaptés par la DHF en fonction des objectifs et de la politique nationale pour finalement être retournés aux régions pour exécution. Cette décentralisation de la programmation offre l'avantage de mieux permettre de tenir compte des contingences locales et devrait, enfin, déboucher sur une programmation plus réaliste que si elle était élaboré uniquement au niveau central.

3.1. Contenu de la programmation

Les objectifs de la programmation 83-84, assignés par régions et/ou districts sont pour la plupart exprimés en termes quantitatifs, et pour chaque région ou district elle mentionne entre autre les rubriques suivantes:

- Nombre de nouvelles acceptrices d'age fertile (15-49) à recruter;
- Nombre de femmes à risque à protéger, c'est à dire nombre d'utilisatrices à atteindre.
- Nombre de nouveaux accepteurs homme à recruter.
- Nombre d'institutions offrant des services de PF, d'agents communautaires et d'agents de santé devant participer effectivement au programme.
- Nombre de collaborateurs volontaires, de gagerres, de centres caféiers, de centres d'éducation de l'ONAAC, d'unités opérationnelles de santé activement impliqués dans le programme de PF;
- Nombre d'opérations de stérilisation à réaliser;
- Nombre de pharmacies, boutiques et vendeurs ambulants à enroller dans le programme commercial;
- Nombre de pilules, neo-sampooon et condoms à vendre par le programme commercial;
- Extension du programme de PF par l'approche multisectorielle;
- Programme de formation à l'étranger et nombre de types de séminaires de recyclage à effecteur localement.

3.2. Problèmes

Cette programmation, malgré quelques faiblesses, à le mérite d'avoir été faite. On peut cependant regretter:

- l'absence d'une programmation pour tous les districts (seuls ceux de la région transversale et de la région de l'Ouest sont mentionnés).
- l'absence d'une programmation d'extension du programme basé sur les résultats des recherches opérationnelles de distribution de contraceptifs à domicile par les collaborateurs volontaires du SNEM qui constituent un potentiel qui reste malheureusement négligé pour la distribution des services de PF à une grande couche de la population.

- le manque de précision en ce qui concerne les objectifs ou les intentions relatives à "l'amélioration du système de collecte des données statistiques au niveau des régions et districts sanitaires".
- même remarque en ce qui concerne la rubrique "Effectuer des recherches opérationnelles à des fins d'évaluation".
- enfin, parfois l'indicateur mentionné en regard d'un objectif n'est pas en rapport avec cet objectif.

Par exemple:

-les objectifs du programme communautaire sont d'avoir pour chaque région ou district tel nombre de collaborateurs volontaires. Par contre, l'indicateur mentionne : "Nombre de collaborateurs volontaires atteints" ce qui est normal, mais également le nombre d'accepteurs recrutés, par sexe, via le programme. Or aucun objectif en terme d'accepteurs à atteindre spécifiquement par ce programme n'est indiqué.

-De même pour le programme commercial, l'objectif se rapporte à des quantités de pilules, condoms et neo-sampoon vendus et l'indicateur se rapporte au nombre d'hommes et de femmes ayant effectivement utilisés les méthodes vendues par ce programme.

Au niveau de la région, les populations cibles, femmes en age de procréer et femmes à risque de grossesse à prendre en charge par chaque dispensaire et centre de santé sont indiquées sur des listes qui ont été remises aux responsables des institutions. Cependant, le pourcentage de cette population à atteindre au cours de l'année à venir n'est pas indiqué à ce niveau.

Par exemple, pour la région Sud, l'objectif global est de recruter 2% (nouvelles acceptrices) des femmes d'âge fertile au cours de l'année 83-84, soit 6.509 acceptrices. Pour le district des Cayes une liste répertorie le nombre de femmes en âge de procréer par dispensaire et par centre de santé mais elle ne mentionne pas le nombre à recruter par chaque formation en fonction de l'objectif régional. La même situation se présente pour les femmes à risque de grossesse: objectif régional: avoir 7% d'utilisatrices de cette population cible, soit 10,029 utilisatrices. L'objectif "sectoriel" de dispensaire et centres de santé mentionne la totalité de la population cible sans préciser pour chaque établissement le nombre d'utilisatrices à atteindre.

3.3. Recommandations

Tout d'abord, il importe de souligner l'effort entrepris par la DHF et les régions pour établir une programmation détaillée, régionale et parfois

districtale qui, si elle souffre de quelques lacunes, n'en constitue pas moins un instrument précieux pour permettre aux responsables régionaux et nationaux de suivre la bonne marche du programme. On peut, à la suite de l'analyse de cette programmation faire les recommandations suivantes:

Inclure dans la programmation l'extension de nouveaux canaux de distribution des contraceptifs au fur et à mesure que des projets pilotes, ou des résultats de recherches opérationnelles en ont démontré l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité.

Inclure dans la programmation tout projet pilote destiné à de nouvelles approches (nouveaux contraceptifs, secteurs privés, camps de vasectomie).

Décentraliser la programmation jusqu'au district et sous-district.

Veillez à la cohérence des objectifs et des indicateurs.

Préciser le type, les objectifs et les étapes des recherches opérationnelles.

Inclure de façon plus systématique et plus précise les objectifs et les indicateurs concernant la participation du secteur privé au programme national de PF.

4. Supervision

4.1. Supervision qualitative

La supervision à tous les niveaux de la qualité de l'exécution du programme est l'un des facteurs clef du succès de son extension car de la qualité des services rendus dépend dans une large mesure l'acceptation de ces derniers par une population de plus en plus large.

Au cours des visites sur le terrain, la mission a pu se rendre compte de la faiblesse du programme en ce domaine. Les normes et standards, bien précisés dans le "Manuel des Normes et de Travail de la DHF" ne sont pas toujours respectés. C'est ainsi que lors de ses contacts sur le terrain, la mission a pu se rendre compte que:

- les explications fournies par le personnel habilité à donner la pilule ne sont pas toujours suffisamment claires, précises et bien comprises par l'acceptrice, d'où lassitude et fréquence des abandons;
- qu'il n'y a pas de standardisation pour le réapprovisionnement en pilule qui varie de 1 à 3 cycles et plus;
- que le suivi des acceptrices laisse beaucoup à désirer (il est prévu une visite mensuelle durant les 3 premiers mois et de contrôler la prise en examinant le paquet de pilule)

- que les contre-indications à la pilule, dont la liste figure dans le manuel des normes, ne sont pas passés en revue avant de donner la pilule à une nouvelle acceptrice. (Tout agent habilité à approvisionner les femmes en pilule devrait avoir une copie de cette liste en créole sur lui, dans une pochette plastifiée);
- que le matériel de support visuel pour les séances d'éducation (affiches, livrets, dépliants, flanellographes) fait bien souvent défaut;
- que les rapports statistiques des activités des matrones et des agents de santé ne sont pas exploités au niveau des dispensaires, premier échelon de leur supervision;
- que le nombre de condoms à fournir au client à chaque visite--qui doit normalement être de 36--dépasse 100 dans la région du Nord;
- que toutes les personnes habilitées à approvisionner les premières acceptrices de pilule ne le font pas (sont habilités à approvisionner les premières acceptrices, outre le personnel médical et paramédical, les agents de santé et les agents communautaires).

La principale raison de non respect des normes et standards est un manque de supervision à tous les niveaux ce qui se traduit par l'existence d'un personnel de terrain qui, non stimulé et suffisamment suivi a tendance à négliger plusieurs aspects importants des tâches qui leur sont assignées notamment:

- L'éducation individuelle et personnalisée des acceptrices et utilisatrices de PF, leur prise en charge et leur suivi.
- La supervision du personnel itinérant rattaché au dispensaire notamment les agents de santé et les matrones.
- La compilation des rapports statistiques de leurs activités.
- L'identification des problèmes qui peuvent se poser.
- L'assistance technique pour les résoudre (conseils, petite séance de "recyclage" individualisé, rapport à l'échelon supérieur.

La DHF est très conscient de l'importance de la supervision pour assurer la bonne marche du programme et, au cours du déroulement de cette mission, elle mettait la dernière main à l'élaboration d'un Programme de Supervision qui précise les buts, les moyens et les méthodes envisagées pour renforcer la supervision (voir Annexe I).

4.2. Recommandations

L'équipe d'évaluation note avec grande satisfaction les mesures entreprises par la DHF et le DSPP afin de renforcer la supervision à tous les niveaux. Sans vouloir préjuger les problèmes spécifiques qui seront identifiés au cours de ces visites ainsi que des solutions qui seront proposés, la mission d'évaluation voudrait attirer l'attention sur le rôle fondamental dévolu à l'interlocuteur de PMI/PF et l'éducateur sanitaire régional. C'est sur eux que repose la supervision journalière, le suivi et l'évaluation routinière des activités de PF, les contacts avec les agents d'exécution, qu'ils soient dans les institutions ou dans la communauté, l'identification des problèmes, l'apport de solutions, etc. Il est donc important que les agents promus à ces nouvelles fonctions soient bien informés des tâches et des responsabilités qui leur incombent.

A cette fin, il est recommandé:

- de réunir ces agents pour un séminaire de formation de quelques jours au cours duquel seront discutés, précisés et arrêtés leurs tâches et fonctions ainsi que les moyens pour les accomplir. On insistera notamment sur le fait que:

La supervision ne signifie pas uniquement contrôler mais implique l'identification des problèmes et des solutions à y apporter;

Les superviseurs régionaux et districtaux doivent assurer un rôle d'encadrement du personnel du terrain, c'est-à-dire prendre en charge ce personnel pour lui assurer une formation permanente, individualisée et personnalisée;

La supervision doit être sélective. Le nombre de visites rendues aux institutions et/ou au personnel de terrain ainsi que le temps consacré à chacune d'elles doit être fonction de problèmes présentés par l'institution et/ou les agents du terrain;

C'est à eux également d'assurer le suivi et l'application des recommandations effectuées par l'équipe de supervision de la DHF;

Enfin c'est également à l'interlocuteur de PMI/PF et à l'Educateur Sanitaire Régional d'identifier les besoins en matière de formation continue et de proposer des solutions appropriées, (séminaire de recyclage, stages dans des institutions "modèles");

Un manuel pratique de supervision, issu d'un tel séminaire et remis à chaque interlocuteur de PMI/PF et Educateur Régional pourrait utilement les guider dans leurs nouvelles fonctions.

4.3. Supervision quantitative

Les objectifs assignés aux régions et districts sont formulés à la fois en terme de nouvelles acceptrices à recruter (exprimés en pourcentage de la population cible) et en termes d'utilisatrices, alors que l'objectif national--comme celui du projet d'ailleurs--est exprimé en terme d'utilisatrices. Pratiquement, il en résulte la mise sur pied d'un système de collecte des données complexe par lequel on essaye à la fois de relever le nombre de nouvelles (nouveaux) acceptrices et d'estimer le nombre d'utilisatrices (utilisateurs) selon des critères peu clairs et mal définis. Le nombre de nouvelles acceptrices de pilule dans le programme se confond avec des anciennes revenues pour le première fois au cours de l'année; le nombre de visites se confond avec le nombre de femmes; le nombre de cycles distribués avec le nombre d'acceptrices ou d'utilisatrices, etc. Les données relatives aux condoms sont tout aussi confuses et la multiplicité des canaux de distribution est loin de faciliter la collecte des données fiables.

Avec l'instauration d'une programmation régionale, le moment semble venu de rechercher une méthode simple, qui utilise des informations aisément disponibles pour mieux saisir l'évolution du programme, pour permettre au superviseur d'évaluer les réalisations accomplies et au planificateur de programmer en conséquence les efforts qui restent à accomplir en vue d'atteindre les objectifs fixés.

L'introduction du concept de Prévalence Contraceptive dans la Programmation/Supervision représente un instrument fort utile à ce propos.

Le taux de Prévalence Contraceptive représente le pourcentage d'individus éligibles pour la contraception qui, à n'importe quel moment dans le temps utilisent effectivement une méthode contraceptive offerte par le programme. Ce concept peut s'appliquer à tous les niveaux de programmation, d'analyse et de supervision: national, régional, de District, de sous-district et secteurs sanitaires. C'est un instrument d'évaluation permanente du programme qui permet facilement de comparer les performances de différentes régions ou sous-régions. Cette méthode s'adresse donc non seulement aux responsables nationaux mais aussi aux directeurs régionaux, aux administrateurs de district et sous district ainsi qu'aux interlocuteurs de PMI/PF.

La méthodologie d'utilisation de la Prévalence Contraceptive est décrite en Annexe 2.

4.4 Recommandations

Au vu des avantages qu'offre l'introduction du concept de prévalence contraceptive dans le monitoring et la supervision du programme de PF il est recommandé:

- que les autorités de la DHF prennent la décision d'introduire cette méthode dans l'évaluation bi-annuelle du programme;

- que le concept et la méthodologie soit exposé aux interlocuteurs de PMI/PF, au Directeur Régional, aux Administrateurs de districts et sous-districts ainsi qu'aux statisticiens régionaux lors de séminaires régionaux de 2 jours en utilisant les chiffres locaux pour démonstration pratique;
- que les interlocuteurs de PMI/PF initient à leur tour les agents du terrain au concept de Prévalence Contraceptive;
- qu'une attention particulière soit apportée dans les visites de supervision sur le terrain à la bonne tenue de la gestion du mouvement des stocks de contraceptifs à tous les niveaux.

5. EDUCATION SANITAIRE

5.1. Organisation des Services d'Education Sanitaire

5.1.1. Niveau Central

En relation avec la politique d'intégration du DSPP, la section d'Education Sanitaire de la DHF a été détachée de la Division et promue, en février 1983, au rang de "Direction de l'Education Sanitaire" au sein du DSPP, rassemblant en une entité unique les unités d'éducation sanitaire existants au sein des différentes divisions techniques (DHF, Nutrition, Malaria, Tuberculose, etc.) du DSPP. L'organigramme de cette nouvelle Direction se présente comme suit:

ORGANIGRAMME

DIRECTION D'HYGIÈNE FAMILIALE ET DE NUTRITION

DIRECTION

SERVICE
d'Evaluation,
Recherches
et Statistiques.

SERVICE
de Normalisa-
tion.

SERVICE
d'Intervention
Communau-
taire et de Com-
mercialisation.

SERVICE
de Coordina-
de l'Aide Ali-
mentaire.

SERVICE
Administratif

SECTION
Planification
Familiale

SECTION
Protection
Maternelle

SECTION
Protection
Infantile

SECTION
Surveillance
Nutritionnelle

SECTION
du Materiel

SECTION
de Transport

SECTION
de Gestion
Financière

SECTION
du Personnel

Les ressources humaines envisagées pour la Direction d'Education Sanitaire comprennent:

<u>Direction:</u>	1 Directeur 1 Secrétaire
<u>Stratégie:</u>	1 Chef de Section
<u>Communication de Masse:</u>	1 Chef de Section 1 Responsable cinéma 1 Responsable presse
<u>Service d'Education en Communication:</u>	non précisé
<u>Section de Production:</u>	1 Chef de Section 1 Dessinateur 1 Opérateur radio 4 Techniciens en sérigraphie 1 Photographe
<u>Service d'enseignement médical et paramédical:</u>	non précisé

Actuellement nombre de ce personnel fait encore défaut. Outre le Directeur, la Direction d'Education Sanitaire compte 6 personnes et 3 en fonction/voyage d'étude à l'étranger.

Le Directeur est à la recherche de candidats valables et a déjà conduit des interviews pour recruter le personnel manquant.

Le budget 83-84 de la Direction d'Education Sanitaire est estimé à 335,477 dollars sans compter les salaires du personnel.

5.1.2. Au niveau périphérique

Parallèlement à l'intégration des ressources en matière d'éducation sanitaire au niveau central, on assiste à une décentralisation des responsabilités en ce qui concerne l'exécution du programme. Au niveau de chaque Région et District va être nommé un Educateur Régional et Districtal chargé d'organiser, de coordonner et de superviser toutes les activités d'éducation sanitaire. Ce responsable sera assisté dans sa tâche par un officier sanitaire, un éducateur du SNEM, une auxiliaire nutritionniste, une infirmière hygieniste et un superviseur d'agents communautaires. Un corps périphérique d'environ 25 personnes, assurera donc l'exécution du programme d'éducation pour la santé en fonction non seulement de la politique nationale arrêtée dans ce domaine mais également en tenant compte des besoins, des problèmes prioritaires, et spécificité de la région ou du district.

5.2. Stratégie

Le regroupement de toutes les fonctions d'éducation sanitaire, conduites auparavant par le SNEM, la DHF, la DHP, la Division de Nutrition et le Bureau de Contrôle de la Tuberculose, au sein d'une Direction et la régionalisation de l'exécution de ces activités par l'affectation des responsables régionaux et districtaux d'éducation sanitaire s'est accompagné d'une révision de la stratégie en ce domaine. Pour le passé, les efforts des différentes divisions ont abouti à une dispersion des ressources, une confusion des messages et un manque d'intérêt du niveau périphérique pour les activités d'éducation sanitaire. L'accent a surtout porté sur la communication indirecte (utilisation des medias) négligeant l'important potentiel de communication que représente le personnel du DSPP, les structures communautaires et d'autres agents de développement sur le terrain.

La nouvelle stratégie, qui se veut nationale de par son contenu et sa couverture et décentralisée en ce qui concerne son exécution comporte 3 phases échelonnées dans le temps au cours desquelles l'accent sera mis progressivement sur la participation de plus en plus active de la communauté à l'identification, la planification et l'exécution du programme d'éducation sanitaire, avec l'appui technique et logistique du DSPP. La communication indirecte se verra progressivement attribuée un rôle de support au profit de la communication directe assurée par le personnel du DSPP et autres agents de développement. La stratégie a mis au point un programme qui comporte 9 objectifs éducationnels prioritaires, à savoir: la lutte contre la diarrhée et la déshydratation diarrhéique, la vaccination, la tuberculose, les maladies nutritionnelles et de carence, la mortalité et la morbidité maternelles, la mortalité et la morbidité infantiles et la surpopulation, et la malaria. La supervision sera assurée au niveau national par la Direction d'Education Sanitaire et au niveau local par le responsable d'Education Régionale et Districtale. L'évaluation prévoit des mesures d'efficience--nombre d'activités réalisées/nombre d'activités prévues et coût--et l'efficacité du programme (degré de réalisation des objectifs des programmes cibles) par l'utilisation des statistiques de services et enquête et sondage sur le terrain.

5.3. Problèmes

L'intégration centrale et la régionalisation périphérique des responsabilités et des activités d'éducation sanitaire posent à chacun de ces niveaux une série de problèmes:

- Au niveau central - La Direction d'Education Sanitaire est actuellement squelettique par rapport aux besoins humains nécessaires pour réaliser le programme envisagé:

Tous les fonds destinés à des activités d'éducation sanitaire et jusqu'ici disséminés dans différentes divisions devraient être mis à la disposition du Directeur de l'Education Sanitaire de façon à lui

permettre de disposer d'un budget global pour mener à bien le programme National d'Education Sanitaire à l'établissement duquel ont participé les responsables de ces différentes sections.

- Le budget de la Direction, émanant de plusieurs divisions et d'agences donatrices, se doit de compléter un système analytique qui permette de rendre compte de l'utilisation des fonds pour ce à quoi ils étaient destinés. C'est ainsi par exemple que les fonds mis à la disposition de la Direction d'Education Sanitaire par la DHF pour le programme éducationnel en PF doivent effectivement être utilisés à des activités d'éducation, de sensibilisation et d'information en PF.
- Le fait d'avoir de nombreuses priorités pose la question de savoir quelle est celle qui reviendra à la PF. Si tous les objectifs prioritaires doivent être pris en considération avec la même attention, on peut craindre qu'il ne soit pas donné à l'information, l'éducation et la communication en matière de PF--souci majeur du support apporté par le projet de l'USAID--toute l'importance qu'elle mérite.
- Au niveau périphérique se pose une série de questions non moins importantes:

Le personnel régional et districtal responsable de l'éducation, ainsi que son équipe, manque d'expérience en production de programme radio, de technique de communication, de gestion et de supervision;

Le personnel de terrain, qu'il appartienne au DSPP ou à d'autres agences de développement et sur qui se repose essentiellement la communication interpersonnelle n'est pas non plus versé dans ces techniques.

Cette décentralisation requiert outre le support technique qui sera apporté par la Direction de l'Education Sanitaire, des moyens financiers et logistiques pour chaque région et district;

Enfin, ici encore, la place qui sera réservée à la PF dans toutes les activités éducationnelles envisagées reste un sujet de souci légitime pour l'USAID.

5.4. Recommandations

La mission d'évaluation reconnaît le bien fondé de la restructuration entreprise ayant abouti à la création d'une Direction d'Education Sanitaire au niveau central et à la mise sur pied de responsables régionaux et districtaux en matière d'éducation pour la santé.

La mission d'Assistance Technique de l'Université John Hopkins auprès de la Direction d'Éducation Sanitaire (août-septembre 1983) a fait dans son rapport une série de recommandations techniques afin de rentabiliser au maximum cette nouvelle structure, recommandations appuyées sans réserves par la présente mission. De plus, nous recommandons qu'au cours de l'année 1983-84 le Directeur National et les Responsables Régionaux accordent à la PF une place privilégiée dans la réalisation des activités éducatives et cela pour les raisons suivantes:

- Depuis 1980, aucun nouveau matériel imprimé n'a été produit et distribué à propos de la PF. Alors que partout l'on peut voir des affiches encourageant l'utilisation des sels de rehydratation orale, aucune affiche de PF n'a été aperçue par les membres de cette mission, ni dans les institutions de santé, ni dans les lieux publics.
- La participation au programme de PF de nombreux agents extérieurs aux structures de santé ne peut être pleinement rentabilisée que si ces derniers sont soutenus dans leurs activités de communication interpersonnelle par une campagne nationale et régionale d'information sur le PF.
- Le succès de l'introduction de nouvelles méthodes de PF dans le programme (Depo-Provera, DIU, éponges) repose entre autre sur l'information du public de leur disponibilité, de contrecarrer les rumeurs, et sur la formation et l'information du personnel médical, paramédical et agents de développement à leur propos.
- Enfin le programme de vasectomie, encore a ses débuts, doit lui aussi bénéficier de campagne d'information et de sensibilisation des populations cibles de façon à lui assurer le maximum de succès.

6. FORMATION MEDICALE ET PARAMEDICALE

6.1. Formation de Base

6.1.1. Infirmières-Auxiliaires - Spécialistes en Santé Communautaire

Il existe en Haïti 7 écoles de formation de personnel paramédical: trois écoles d'infirmières et trois écoles d'auxiliaires situées à Port-au-Prince, Cap-Haïtien et Cayes et une école de Santé Communautaire à Port-au-Prince.

Au cours des 5 dernières années, le nombre de diplômées s'établit comme suit: 629 infirmières, 829 auxiliaires et 64 infirmières spécialisées communautaire.

Dans toutes ces écoles, le curriculum de formatin des élèves en PF a été révisé en 1981. Un curriculum détaillé a été mis au point par deux consultants successifs. Il présente l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques que doivent acquérir les élèves. Le curriculum des infirmières est bien fait, détaillé, précis, exhaustif et présente des objectifs cognitifs, pratiques et des standards d'expérience pratique (méthodologie). Les étudiantes qui ont suivi ce cours devraient être bien formées pour assurer les multiples tâches (communication/motivation, prescription, prise en charge) qui les attendent dans les institutions du DSPP en matière de PF.

Les stages pratiques des infirmières en PML/PF se font au cours de la 2ème et 3ème année d'étude. A Port-au-Prince, ce stage s'est fait jusqu'ici à la maternité de l'Hôpital Universitaire ce qui entraînait des problèmes de compétition avec les étudiants en médecine, (accouchements, prénatal, postnatal), et nuisait à la qualité du stage. Les auxiliaires font un stage pratique de 2 mois à Chancelles et les infirmières de santé communautaire se spécialisent dans les districts et la communauté.

Aux Cayes, le stage pratique de 1 mois se fait en 3ème année au centre d'Arniquet. L'AID finance les frais de séjour des étudiants (11 en 82-83), des monitrices et des déplacements pour les superviseurs. L'encadrement comporte une monitrice de l'école, professeur en santé communautaire, et le personnel du centre. La supervision est assurée par l'infirmière régionale.

En ce qui concerne la PF, au cours de leur stage, les étudiants apprennent à conseiller, orienter, sélectionner et prendre en charge les acceptrices (pilule et condoms). Pour l'DIU et le Depo-Provera, elles n'ont que des notions théoriques.

6.1.1.2. Formation des Matrones

De 1976 à 1982, 6.735 matrones ont été formées afin:

- d'améliorer les conditions d'accouchement (Hygiène de l'accouchement et du post-partum);
- de référer les femmes enceintes à la clinique pré-natale;
- de référer les enfants à la consultation pédiatrique et à la vaccination;
- de référer et d'approvisionner (condoms) les clients et clientes de la PF,

Un guide de formation des matrones destiné à la formation des formateurs a été élaboré par la DHF. Il passe en revue de façon détaillée les objectifs de l'enseignement des monitrices (médecins, infirmières et auxiliaires) et expose la méthodologie à mettre en oeuvre pour former les matrones. Les

formateurs ont reçu une formation de 5 jours à la DHF où ils se sont rendus par groupe de cinquante. Ensuite, de retour dans leurs institutions respectives (hôpital de district, centres de santé et dispensaires) ils ont au cours des années écoulées formé plusieurs milliers de matrones. Ces dernières se rendent à l'institution à raison de 1 jour par semaine pendant 4 mois. Chaque séance regroupe environ 25 matrones et à la fin de leur formation, elles reçoivent un certificat et un kit UNICEF. La supervision des matrones et assurée par l'auxiliaire du dispensaire où les matrones se rendent une fois par mois pour rendre compte de leur activité et se réapprovisionner en petit matériel.

Contraintes

- Effectifs trop nombreux des étudiantes infirmières à Port-au-Prince ce qui entraîne des difficultés à la fois pour la bonne marche des cours théoriques et des stages pratiques. Un quota de 60 élèves (y compris les doubleuses) a été instauré pour les étudiants de l'année de 1983-84.
- Inadéquation des structures pour les stages pratiques, notamment en ce qui concerne l'Hôpital Universitaire. Pour y remédier, il est envisagé à partir de cette année de faire les stages pratiques dans les Centres de Santé de Carrefour, Chancelles et Croix-des-Bouquets.

6.1.2. Formation médicale

Environ 80 étudiants en médecine sont diplômés chaque année à l'Université d'Etat d'Haiti. L'initiation en PF des étudiants de 3ème année a commencé timidement il y a 3 ans par la projection de film sur les méthodes contraceptives reçus de la DHF. En 1982, l'enseignement théorique de la PF a été introduit de façon plus formelle dans le cadre des cours de gynécologie-obstétrique et en 1983, la PF est enseignée en 3ème et 4ème année. De plus, au cours de leur instruction clinique (un mois en troisième et un mois en quatrième année) à la Maternité de l'Hôpital Universitaire, les étudiants sont confrontés à des situations vécues par les acceptrices/utilisatrices de PF. Ils assistent parfois à la démonstration d'une insertion d'un DIU mais c'est rare. Les résidents en obstétrique/gynécologie sont formés en mililap et en laparoscopie.

6.1.2.1. Contraintes

Bien que des progrès aient été accomplis au cours de ces dernières années, l'enseignement de la PF aux étudiants en médecine reste insuffisante et trop limité à une simple initiation à la technologie contraceptive.

Formé dans une optique hospitalière et clinique, les étudiants sont mal préparés au cours de leurs études à faire face aux problèmes qui les attendent sur le terrain lors de leurs service civil à savoir: dépasser le cadre du diagnostic et traitement de l'individu malade pour s'attacher à celui d'une communauté. Outre son rôle de médecin, il lui faut organiser, planifier, exécuter, diriger et superviser le travail d'une équipe mal disciplinée et animer un corps d'agents communautaires non médicaux, toutes tâches auxquelles il est mal préparé au cours de ses études.

6.1.3. Recommandations

Si la formation théorique en PF des infirmières et auxiliaires semble satisfaisante, la qualité des stages pratiques demande à être améliorée. Les conditions sont meilleures aux Cayes qu'à Port-au-Prince (encombrement et compétition avec les médecins stagiaires) où des mesures ont été prises pour remédier à cette situation. En effet, à partir de cette année (1983-84) les infirmières de Port-au-Prince feront leur stages pratiques dans les centres de santé de Carrefour, Chancelles et Croix des Bouquets afin de décongestionner la maternité universitaire.

D'autre part, la formation des médecins n'est pas suffisamment orientée vers les problèmes de santé réellement prioritaires et leurs stages pratiques devraient être l'occasion pour eux de dépasser le cadre hospitalo-clinique, de mieux s'intégrer à l'équipe de santé et de se pencher davantage sur les problèmes de santé communautaire.

Il est recommandé:

- D'améliorer les conditions de déroulement des stages pratiques des médecins et du personnel paramédical en se basant sur l'expérience d'Arniquet qui semble donner satisfaction.
- De sélectionner à cette fin des institutions (centres de santé, hôpitaux) qui participent à des projets orientés vers la communauté (Cité Simone, Miragoâne).
- Une partie des fonds du projet de l'USAID destinée à la formation --qui n'ont pas tous été utilisés--pourrait utilement être programmée pour améliorer les stages pratiques des infirmières, auxiliaires et étudiants en médecine, ce qui diminuerait d'autant la nécessité de devoir les recycler systématiquement--recyclage malheureusement souvent plus théorique que pratique--après leurs sorties des écoles.
- Que le service d'enseignement médical et paramédical de la Direction d'Education Sanitaire, en collaboration avec les responsables de la formation médicale et paramédicale de l'Université et des écoles d'infirmières et auxiliaires, s'attache à améliorer la formation de

base des étudiants en médecine, notamment en matière de santé communautaire, technique de communication, organisation, gestion et supervision des programmes prioritaires de santé.

- Enfin, notons qu'un dialogue a été amorcé entre le Doyen de la Faculté de Médecine et JHPIEGO afin d'introduire un enseignement sur la Santé de la Reproduction à la Faculté. il est recommandé que la Mission USAID d'Haiti apporte tout son appui à la réalisation d'un tel projet.

6.2. Formation en cours d'emploi

6.2.1. Situation Actuelle

La formation et le recyclage du personnel médical, paramédical et d'autres agents communautaires, ainsi que celui des responsables nationaux et régionaux des services techniques (Administration, Statistiques, Education Sanitaire, etc.) revêt une importance primordiale pour permettre l'expansion qualitative et quantitative du programme de PF.

A cet effet, l'accord de projet prévoyait une composante, formation à l'étranger et dans le pays, répartie comme suit:

Budget USAID Attribué à la Formation US \$

Bénéficiaires	Formation dans le pays	Formation à l'étranger	Total
Administration/Gestion	19.500	34.255	53.755
Prestation Services	43.500	45.000	88.500
Stérilisation	19.940	-	19.940
Programme Communautaire	56.000	44.000	100.000
Programme Commercial	20.000	20.000	40.000
Development Politique Pop.	30.000	112.000	142.000
TOTAL	188.940	255.255	444.195

Comme il est indiqué dans la section financière de ce rapport, au cours des 2 années écoulées, plusieurs milliers de dollars alloués pour la formation en cours d'emploi n'ont pas été dépensés. Les raisons de ces retards des dépenses sont multiples:

- Programmation arbitraire et systématique de séminaire de recyclage pour l'ensemble de telles ou telle catégorie de personnel ce qui a amené parfois les responsables de la section d'Education Sanitaire à s'opposer au déroulement de séminaires de recyclage jugés inappropriés.

- Manque de communication et de mécanisme administratif adéquat entre la région, chargée d'exécuter le séminaire et la DHF chargée de le financer, ce qui entraîne pour conséquence d'une part l'impossibilité d'organiser le séminaire et d'autre part la non utilisation de fonds prévus à cet effet.

- Réorganisation de la section chargée de la formation qui s'intègre dans la nouvelle Direction d'Education Sanitaire mais qui n'est pas encore suffisamment structurée pour être pleinement opérationnelle.

- Organisation de séminaires dont le financement était prévu par le projet par d'autres organismes et départements, différents de la DHF, sans recours aux ressources financières du projet.

Ce retard dans l'utilisation des fonds ne signifie pas pour autant qu'aucune formation en cours d'emploi n'a été réalisée. En fait, au cours des deux dernières années, nombre de médecins, administrateurs et responsables du programme de PF ont bénéficié de bourses de formation et de voyage d'études à l'étranger et de nombreux séminaires de recyclages se sont déroulés, dans le pays pour divers catégories de personnel (médical, paramédical, agents communautaires, agents de santé, matrones, etc), Voir Annex 4.

Comme c'est le cas pour d'autres secteurs d'activités tels que planification, programmation, éducation sanitaire, supervision et exécution, la régionalisation a également conféré aux responsables périphériques plus d'autonomie en ce qui concerne la formation en cours d'emploi. Il revient donc aux régions, districts et sous-districts (infirmière régionale, interlocuteurs de PMI/PF, éducateur sanitaire régional) d'identifier les faiblesses et les problèmes et d'exécuter ces recyclages s'ils semblent être le moyen le plus approprié pour les résoudre. C'est au personnel de la région et des districts d'exécuter les séminaires de recyclage, avec l'appui technique de personnes ressources de la DHF et d'autres directions.

Le programme de la DHF pour 1983-84 prévoit une série de bourses et séminaires et précise pour chaque type de séminaire les fonctions, qualifications et nombre de participants, le nombre de séminaires prévus ainsi que la durée de chacun d'eux. Il serait fastidieux d'en reprendre ici la liste exhaustive. Notons cependant que d'octobre 83 à septembre 84 il est prévu 13 bourses d'étude à l'étranger, ainsi que 33 séminaires locaux pour plus de 1.000 participants.

6.2.2. Contraintes

Le programme prévu est ambitieux. Les responsables locaux (interlocuteurs PMI/PF, éducateur sanitaire régional, responsable régional du programme communautaire) viennent ou sont sur le point d'être nommés et il faudra d'abord qu'ils soient eux-mêmes formés avant qu'ils ne puissent pleinement jouer le rôle de formateur et de superviseurs que l'on attend d'eux.

Parallèlement, la Direction d'Education Sanitaire, qui par son Service d'entraînement doit jouer un rôle décisif dans l'appui technique des séminaires de recyclage périphériques est elle-même en pleine structuration. Ce n'est que lorsque le Service d'Entraînement sera pleinement opérationnel qu'il pourra véritablement apporter aux régions le support technique et logistique dont elles ont besoin.

La programmation de la formation en cours d'emploi envisage uniquement les bourses et les séminaires de recyclage. Or beaucoup de ceux-ci envisage le recyclage systématique de catégories de personnel qui assistent pratiquement chaque année aux mêmes séminaires.

Il semble être considéré donc comme acquis que réunir 30 personnes pour 5 jours soit la seule façon d'aborder la question de la formation permanente. Or la théorie est connue. Ce qui fait défaut c'est sa mise en application pratique.

Enfin, le recyclage n'est pas une fin en soi. Son but ultime est d'améliorer les performances de diverses fonctions (collecte et analyse des données, supervision, administration, gestion, planification, prestations des services de PF à la population, suivi des acceptrices, etc.). Les indicateurs des résultats des séminaires prévus dans la programmation sont tous d'ordre purement quantitatif. (Nombre de séminaires réalisés par rapport au nombre de séminaires prévus). Mais les critères d'évaluation de leur efficacité c'est-à-dire résolution de problèmes, et amélioration de la qualité des services rendus par les personnes recyclées restent à définir.

6.2.3. Recommandations

Les recommandations s'adressent tout naturellement aux problèmes identifiés dans ce chapitre à savoir:

- Tenir à jour, au niveau central de la Direction d'education Sanitaire, une liste de tous les séminaires de recyclage effectués dans le pays avec les informations suivantes: date, durée, nombre de participants, catégorie/fonction/qualification des participants, formateurs, sujets traités, source de financement, coût réel du séminaire (dépenses effectuées).
- Déléguer à la Direction d'Education Sanitaire la responsabilité technique (contrôle de la qualité et adéquation) des séminaires envisagés aux niveaux des régions et districts pour:
 - s'assurer que le séminaire proposé correspond bien à une identification de besoins ou problèmes et qu'il est susceptible de les résoudre. En présentant un projet de séminaire, la Région ou District devrait mentionner quelle est la nature du

problème que le séminaire se propose de résoudre et comment on envisage de mesurer l'impact du séminaire sur ce problème, c'est-à-dire d'effectuer son évaluation qualitative (suivi, enquête, performance)

- s'assurer de l'adéquation du programme proposé à la réalisation des objectifs.
- pouvoir assurer l'appui technique et logistique si nécessaire.
- Mettre au point les mécanismes administratifs nécessaires pour assurer une meilleure utilisation des fonds destinés à la formation continue et à la reprogrammation des ressources financières non utilisées dans les délais prévus. (voir section Administration/Gestion de ce rapport).
- Former en priorité les interlocuteurs de PMI/PF et les éducateurs sanitaires régionaux et leur équipe qui ont un rôle de premier plan à jouer dans la formation permanente du personnel.
- Nommer sans tarder le personnel responsable des différentes sections du Service d'Entraînement du personnel médical et paramédical de la Direction d'Education Sanitaire (actuellement il n'y a que les chefs de service).
- Envisager d'autres moyens que les séminaires de recyclage pour assurer la formation en cours d'emploi, tels que:
 - la formation personnalisée et individualisée des agents du terrain au cours des visites de supervision de l'interlocuteur de PMI/PF et de l'éducateur Sanitaire Régional.
 - identifier des institutions "modèles" et y envoyer, pendant par exemple 1 semaine, telle ou telle personne pour y bénéficier d'un stage pratique souvent plus nécessaire que la participation à un nouveau séminaire de recyclage de routine.

7. APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

7.1. Mécanisme d'approvisionnement/distribution au niveau central

La DHF est chargée de réceptionner et d'approvisionner toutes les structures institutionnelles et communautaires en contraceptifs.

Dès réception de la notification de la ligne aérienne de l'arrivée des colis, une lettre de demande de franchise est adressée par la DHF au Ministère des Finances pour permettre le dédouanement. Au moment de la réception, on

vérifie la comptabilité entre le bordereau d'expédition et les produits effectivement reçus, et on enregistre sur les fiches de stock les quantités de contraceptifs reçus. Ces derniers sont stockés dans deux dépôts, l'un à Chancerelles, l'autre au garage du DSPP. L'approvisionnement des institutions se fait à la demande des Bureaux Régionaux et des institutions elles-mêmes, via l'Administrateur de District.

A la DHF, sans être critique, la réserve de stock de contraceptifs est assez basse. Plusieurs lots de pilule ont récemment été endommagés par l'eau et il reste 78.000 condoms au dépôt et 2 millions de condoms attendent depuis plusieurs mois leur dédouanement à l'aéroport. La tenue des fiches de stocks est excellente et à jour.

7.2. Situation sur le terrain

Au Cap-Haitien: Le Bureau Régional a une réserve de 120.000 cycles de pilule. En ce qui concerne les condoms, la situation est plus inquiétante: il ne reste que 81.000 unités. (Une distribution mensuelle venait d'être faite). Le Bureau distribue 10 à 15 cartons de 6.000 unités par mois, dont 6 à 10 cartons pour la FADH. Les réquisitions à la DHF se font lorsqu'il reste environ 15 cartons et le délai de livraison est de 15 jours à un mois. Les fiches de stocks sont bien tenues et à jour.

Aux Cayes: Le Bureau Régional a 113 cartons de pilule, soit 67.800 cycles. Il en sort 3.600 à 4.000 par mois, ce qui nous donne une réserve pour environ 1 an à 1 an et demi, ce qui est trop. Il reste 11 cartons de condoms (66.000 unités). Il en sort 80.000 par mois. On se trouve donc en imminence de rupture de stock.

A Miragoâne: Le responsable du district a reçu 2.000 doses de Depo-Provera en 1982 qui ont été vite épuisées. (Notons que cette information n'apparaît pas dans les statistiques du rapport annuel 82 et du rapport semestriel 1983.) Il se trouve actuellement en rupture de stock et ne peut satisfaire à la demande qui paraît-il est importante. Une commande de 20.000 doses a été faite à la DHF.

A Petit-Goâve: Il y a eu une rupture de stock de condoms il y a 4-6 mois qui a duré 1-5 mois. Les dispensaires visités étaient tous approvisionnés en pilule et condoms.

7.3. Contraintes

Au niveau central, le temps qui s'écoule entre l'arrivée des contraceptifs et leur dédouanement est trop long (plusieurs mois bien souvent), ce qui entraîne des frais d'entreposage élevés (plusieurs milliers de dollars).

Sur le terrain--mis à part la situation de Depo-Provera à Petit-Goâve--il n'y a pas de problèmes majeurs, tout au plus des situations tangentes qui parfois--mais rarement--ont conduit à une rupture de stock passagère.

Parfois également, les produits reçus sont proches de la date de péremption.

7.4. Recommandations

Expédier plus rapidement la procédure de dédouanement. Une lettre de garantie de l'agence donatrice permettrait semble-t-il de dédouaner immédiatement tout arrivage.

Faire des commandes à l'agence donatrice en quantité suffisante dont les délais permettent d'avoir une réserve de 6 mois à un an au niveau national.

Surveiller de plus près l'état des fiches de stocks au niveau régional de façon à commander à la DHF des quantités suffisantes pour constituer une réserve de stock de 3 mois minimum.

Entreposer les cartons de façon à permettre l'application de la règle "first-in, first-out".

Investiguer ce qu'il est advenu des 2,000 doses de Depo-Provera à Petit-Goâve et pourquoi leur utilisation ne figure pas dans les rapports statistiques.

Suivre avec l'UNFPA le devenir de la commande de Depo-Provera effectuée.

8. ETUDES ET RECHERCHES

Les études et recherches nécessaires au développement du programme de PF peuvent être catégorisées en 2 types:

- Etudes fondamentales
- Recherches opérationnelles/Investigations ponctuelles spécifiques

8.1. Etudes fondamentales

Ces recherches ont pour but essentiel d'éclairer les planificateurs et les responsables politiques de façon à mieux cerner l'ampleur des problèmes posés par l'accroissement démographique sur le potentiel de développement du pays et de les amener à établir une politique de population qui tienne compte des interrelations économiques, sociales et démographiques.

Dans cette catégorie sont envisagées des recherches de plus ou moins longue haleine et d'une certaine ampleur concernant les interrelations entre le facteur population et le développement. Elle comprend l'étude des phénomènes démographiques de base tels que: évolution et déterminant de la fécondité, évolution et cause de la mortalité, études des phénomènes migratoires internes et externes, ainsi que études d'interrelation entre l'accroissement démographique, la distribution par âge et la répartition géographique de la population sur les variables socio-économiques.

Ce type de recherche peut être entrepris par divers organismes (Département Ministériel, Institut National de Statistique, Plan, DSPP) et peut faire appel à différentes techniques d'investigations, telles que enquêtes, analyse de recensement, project , compilation des statistiques nationales, etc.

Peu de recherche de ce type sont actuellement en cours et des recommandations à ce propos sont faites dans la section "Politique de Population" de ce rapport.

8.2. Recherches Opérationnelles et Investigations Ponctuelles Spécifiques

Dans ce secteur sont comprises:

- Les recherches qui ont pour but d'investiguer la faisabilité technique, administrative et financière de nouvelles approches innovatives pour aider à l'extension du programme de PF.
- Les études et enquêtes nécessaires pour évaluer l'impact du programme sur la pratique contraceptive et la fécondité.
- Des investigations destinées à éclaircir certains problèmes particuliers qui peuvent se présenter au cours du déroulement du programme.

Un certain nombre d'activités de ce type sont en cours de réalisation ou ont été réalisées partiellement dans le passé:

- Projet de recherches d'extension du programme communautaire à Miragoâne, Léogâne, St. Marc et Fond Parisien (voir section "Programme Communautaire et Secteur Privé").
- Enquête sur la prévalence contraceptive (voir section sur la Prévalence).
- Enquête sur la continuation de la pilule aux Gonaives à partir de la compilation des registres.

- Enquête sur l'acceptation et les attitudes de la population envers le DIU (interrompue par manque de personnel qui a été occupé par l'enquête de Prévalence).

8.3. Responsabilité de la Recherche Opérationnelle

La responsabilité d'identifier les priorités en matière de recherches opérationnelles de mobiliser les ressources humaines et matérielles pour les mener à bien et de superviser leur déroulement revient à la section "Evaluation et Recherche" de la DHF. Le moyen pour réaliser les recherches opérationnelles varient selon chaque type de recherche envisagée, depuis des moyens "lourds" avec ressources financières et techniques importantes comme dans le cas du projet de recherche de Miragoâne jusqu'aux moyens simples comme l'exploitation des connaissances du personnel de terrain (notamment les agents communautaires) dont l'expérience est restée jusqu'ici une source inexploitée de renseignements.

Des enquêtes particulières, l'exploitation de données existantes, des projets pilotes, etc., font également partie de l'arsenal des moyens nécessaires à la recherche opérationnelle.

La capacité de gestion de la DHF et les attributions spécifiques de la section Evaluation et Recherche à ce propos sont discutées et analysées dans les sections "Gestion au niveau de décision" et "Section Statistique" de ce rapport".

8.4. Recommandations

Quelle que soit leur nature, les recherches opérationnelles ont pour but fondamental d'améliorer la bonne marche du programme, de tester de nouvelles avenues disponibles pour augmenter la qualité et la quantité de service rendus et d'apporter des solutions réalistes aux problèmes rencontrés.

Tout au long de ce rapport, une série de problèmes et de questions ont été identifiés et discutés et un certain nombre de recherches opérationnelles susceptibles d'y apporter une solution ont été proposées.

Il est recommandé d'entreprendre les recherches opérationnelles suivantes:

- Enquête nationale sur la continuation de l'utilisation de la pilule par source d'approvisionnement (institutionnel, communautaire, secteur privé, FADI).
- Etude d'acceptabilité et de continuité des DIU (Chancerelles).
- Etude sur l'acceptabilité (couleur-présentation) et sur l'utilisation des condoms.

- Etude de suivi des acceptrices de nouveaux contraceptifs (éponges, Depo-Provera, DIU).
- Etude pilote sur la vente commerciale des contraceptifs.
- Etude du niveau de la demande non satisfaite pour la PF.
- Evaluation de l'efficacité réelle de la méthode sympto-thermique.
- Poursuite des recherches opérationnelles en vue de l'extension du programme communautaire, notamment par l'utilisation des agents du SNEM à l'échelle nationale.

Toutes ces recherches ne peuvent bien évidemment pas être entreprises en même temps et il appartient à la DHF d'en fixer les priorités.

Enfin, pour rentabiliser pleinement les résultats de ces recherches, qui toutes débouchent sur des implications pratiques, il est recommandé d'introduire progressivement dans la planification, la programmation et l'exécution du programme national de PF les acquis positifs détenus à partir de ces études et recherches.

EXPANSION DE L'APPUI AU SECTEUR COMMUNAUTAIRE ET PRIVE
POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Un point important du programme national de planification familiale durant les quatre à cinq dernières années a été d'augmenter l'accès aux services de planification familiale à travers des services de base dans les communautés par opposition à ceux basés dans les institutions. Jusqu'à la fin des années 70, les activités de la communauté étaient principalement éducatives et référentielles de nature et étaient limitées à 120-140 agents communautaires qui s'occupaient de l'extension et de l'éducation dans les grandes villes et les villes secondaires, formaient et soutenaient les matrones qui réfèrent les clientes à la planification familiale, fournissaient l'orientation générale en PMI/PF au personnel et aux volontaires de diverses agences et associations et collaboraient avec des organisations privées à but non lucratif et des manufactures. Vers 1979, la DHF avait entrepris des activités pour étendre considérablement l'éventail des services offerts et le type d'infrastructure communautaire utilisée, afin de fournir un plus grand accès aux services à ceux qui ne voudraient pas ou ne pourraient pas utiliser les services institutionnels.

1. Système de Prestation de Service basé dans la communauté: Structure et Ressources Humaines

Les structures officielles et traditionnelles sont toutes deux utilisées pour atteindre la communauté, et parmi les activités les plus réussies ont été celles entreprises avec:

- Les comités d'action communautaire - Selon la loi, chacune des 565 sections rurales a deux conseils d'action communautaires (CAC) reconnus officiellement dont beaucoup sont actuellement une fédération de plusieurs CAC secondaires, évoluant dans les limites d'une Section Rurale. Les CACs sont formés de volontaires et fournissent une direction générale et une aide par l'entremise de l'Organisation Nationale d'Alphabétisation et d'Action Communautaire (ONAAC) qui comprend des moniteurs d'éducation familiale, des travailleurs en développement communautaire et des professeurs pour l'alphabétisation des adultes. Il y a actuellement 490 CACs et CACs secondaires avec plus de 700 collaborateurs volontaires engagés dans le programme PMI/PF.
- Le personnel de l'ONAAC - Au moment de l'évaluation, les régions Nord et Sud offraient un mois de formation aux moniteurs d'éducation de l'ONAAC y compris une semaine de PMI/PF dans l'espoir qu'ils participeraient aux activités éducatives et de distribution de contraceptifs. Il y a environ 98 centres d'éducation familiale à travers le pays. Le nombre exact d'autres agents de l'ONAAC directement engagés dans les activités PMI/PF n'est pas disponible, mais on espère que la plupart prêteront leur assistance quand plus de CACs seront incorporés.

- Ilôts de développement - Les îlots se définissent comme des zones géographiques choisies par le Département de l'Agriculture pour les projets de développement intégrés et qui ont été livrés à eux-mêmes. La Division a 4-5 dans lesquels elle travaille avec plus de 100 volontaires, dans le but d'incorporer l'information, l'éducation et la distribution aux activités de développement.
- Les Centres de Production de Café - Ces groupes sont formés par 7-15 producteurs de café qui reçoivent assistance et fonds du Département de l'Agriculture afin d'améliorer leurs récoltes. La DHF travaille avec 4-5 d'entre eux pour fournir des informations et procéder à la distribution des contraceptifs.
- Centre Haitien de Recherches pour la Promotion Féminine (CHREPROF) - C'est une institution privée avec plusieurs filiales à travers le pays et la DHF est en train de développer de nouvelles stratégies pour la coopération. La PMI/PF a été inclus dans les sujets pour la formation du personnel et des volontaires.
- Gagerre - Les propriétaires et arbitres ont été recrutés comme volontaires dans environ 100 gageures pour fournir informations et références en planification familiale et dans une certaine mesure, pour distribuer des contraceptifs.
- Service National des Endémies Majeures (SNEM) - Un projet pilote est en train d'être organisé à Miragoâne avec le concours du personnel salarié du SNEM et de volontaires. Ce projet promet d'aboutir à une utilisation beaucoup plus importante de la structure développée pour l'éradication de la malaria à travers le pays. Plus de 80 volontaires ont achevé avec succès la formation et participent actuellement au programme.

2. Méthode du Programme

2.1. Distribution de Contraceptifs

Les services de planification familiale basés dans la communauté qui sont auto-suffisants, c'est-à-dire qui ne dépendent pas de services de référence fournis par les dispensaires et les centres de santé, s'occupent principalement de la distribution de condoms, du réapprovisionnement en pilules des clientes permanentes et de l'utilisation à la pilule de nouvelles clientes. Au moment de l'évaluation, il était difficile d'identifier qui avait commencé à prendre la pilule, parce que la décision de le faire et la possibilité de continuer dépend d'un nombre de facteurs à tous les niveaux, à savoir: (a) l'existence de description de la fonction et/ou les normes et les critères pour différentes catégories de personnel et de volontaires; (b) l'approbation des administrateurs au niveau régional, de district et de sous-district; (c) la quantité de fournitures et le système logistique d'approvisionnement pour garantir la continuité; et (d) la supervision pour assurer la référence appropriée de la cliente et le niveau de qualification des employés et des volontaires.

Le Bureau des Normes et Standards assure la qualité des services de la DHF. Ses fonctions comprennent entre autre la documentation des instructions pour l'initiation à la pilule et le réapprovisionnement et le bureau se propose de traduire la documentation en créole pour son utilisation sur le terrain. Les descriptions des fonctions de l'Agent de Santé n'incluent pas actuellement, l'initiation à la pilule, quoique ce soit pareil par les agents communautaires parmi lesquels un certain nombre assurent quand même cette activité. L'appui des administrateurs est variable concernant l'initiation à la pilule et plusieurs agents n'assurent même pas le réapprovisionnement en pilules, d'une part parce que les superviseurs n'ont pas accompli ce travail et d'autre part à cause d'un manque de système logistique pour garantir l'approvisionnement. Au moment de l'évaluation, le Directeur Général du DSPP a donné des instructions au chef de la DHF afin d'organiser un système d'approvisionnement en pilules et condoms pour les agents de santé.

2.2. Formation et Education

Il est escompté que le Bureau de l'Education de la Santé du DSPP fournira les informations complémentaires, l'éducation et les activités de communication nécessaires à promouvoir les services basés dans la communauté aussi bien la formation que l'orientation fondamentale pour le personnel qui y collabore. Les activités de l'IEC ont été minimales, telles qu'elles sont décrites dans la section précédente de ce rapport, mais les plans pour 1983-84 tant pour la DHF que pour le Bureau d'éducation Sanitaire comprennent des objectifs et des activités planifiés pour accentuer les communications et l'éducation personnelles. La formation et l'orientation ont été une partie intégrante de l'aspect de développement des ressources humaines du programme communautaire, et continue à viser des groupes spécifiques pour des séminaires d'une semaine. Les plans pour 1983-84 poursuivront les mêmes activités que ceux de l'année précédente: une semaine de PMI/PF durant le mois de formation pour les moniteurs d'éducation familiale de l'ONAAC dans chacune des quatre régions; le recyclage des agents et auxiliaires de la communauté qui supervisent le personnel communautaire; les séminaires pour les leaders communautaires, les volontaires travaillant dans les gagerres, les groupes de producteurs de café et le CHREPROF, ainsi que les autres activités de formation.

2.4. Supervision

La DHF a pour fonction le développement de stratégies tendant à l'extension au renforcement du programme communautaire, l'assurance de la qualité en ce qui concerne les services de planification familiale fournis, et les premiers contacts avec les agences et les personnes nécessaires au niveau national, et des contacts au niveau local en collaboration avec le personnel régional ou de district. Les bureaux régionaux et de district sont chargés de l'exécution des programmes et de leurs opérations en cours. Néanmoins, comme les stratégies et le personnel travaillant actuellement dans le programme ont commencé avec la DHF, le programme est encore considéré comme appartenant à la

DHF, bien que les salaires soient expédiés aux bureaux régionaux pour distribution. De nombreux employés de la communauté continuent d'attendre les directives du personnel de la DHF et on maintenu des rapports directs avec le staff de la DHF en partie parce que le bureau de la DHF et/ou son personnel sont plus accessibles.

La restructuration des méthodes de recrutement du personnel régional et de district par le DSPP comprend le personnel attaché spécifiquement à la PMI/PF, à l'éducation sanitaire et au programme communautaire (au niveau régional seulement). Le personnel responsable du programme communautaire est classé comme spécialiste en développement communautaire dans la version préliminaire de la structure régionale sur le point d'être implanté il est prévu que de futures responsabilités de supervision seront plus clairement définies et que les efforts de la communauté bénéficieront d'une aide plus large à l'avenir.

2.2. Stratégie Organisationnelle

Outre le montant du salaire du personnel du DSPP (agents communautaires, agents sanitaires, promoteurs, assistantes sociales en stérilisation) le temps accordé par les agents de l'ONAAC et autre personnel salarié, voyage, équipement et matériels, certaines ressources sont allouées au corps de volontaires. Au début, les volontaires recevaient un bonus annuel, ou des honoraires, mais ce procédé a créé des problèmes lorsque les budgets, les dépenses planifiées ou la MBA ont interféré avec des récompenses uniformes ou occasionnelles et de nombreux volontaires confondaient le bonus unique avec des salaires ou un remboursement pour le temps ou les dépenses. Il a été décidé alors que les communautés engagés dans le programme en tireraient profit par l'entremise d'activités de développement communautaire conduisant à la formation de coopératives et si possible à d'autres efforts favorables.

Les premiers contacts dans les communautés sont entrepris par la DHF et/ou le personnel de district et on demande des volontaires qui formeront un comité de santé, choisiront des agents et établiront un fonds qui sera utilisé pour entreprendre des projets de coopérative. A mesure que les communautés s'organisent les promoteurs de la DHF et parfois les Agents de Santé assument la responsabilité des communications en cours, et la DHF fournit les ressources pour l'orientation de base et les séminaires pour les collaborateurs. La première étape dans l'organisation des activités d'éducation et de distribution de contraceptifs est une enquête sur la communauté, après quoi des zones géographiques sont assignées aux collaborateurs bénévoles.

3. Operations de Recherche

3.1 Mini-Projets

L'accord de Projet Original envisage une série de mini-projets de l'ordre de \$10.000 à \$30.000 en 1983 à \$45.000 en 1984 et 1985. Le but de l'approche de mini-projet est de porter le secteur bénévole privé à appuyer le programme communautaire de planification familiale par la démonstration de méthodes pour stimuler l'initiative locale, les structures efficaces pour atteindre et engager activement les communautés rurales et les moyens par lesquels les efforts locaux peuvent devenir auto-suffisants. L'approche mini-projet n'a pas encore été utilisée jusqu'à cette date.

3.2 Projets de Démonstration

Entre 1977 et 1981 un projet de distribution à domicile avait été planifié et mené dans les zones rurales proches de Léogane, de St. Marc et de Fonds Parisien, il a révélé une acceptation et une utilisation de contraceptifs à des niveaux sensiblement plus élevés que ceux prévus dans les données de base et on a observé un déclin dans la prévalence des grossesses dans les deux zones où la distribution de contraceptifs avait été plus grande. Cet effort de recherche de la DHF avait été réalisé avec l'assistance technique de l'Université de Columbia. Dans une certaine mesure, les activités dans la zone de Léogane avaient été incorporées dans le programme de développement communautaire de la DHF avec des modifications dans son plan afin de le rendre plus réalisable financièrement. Les chiffres les plus récents pour une période de 12 mois d'exécution du programme révèlent qu'une très grande quantité de contraceptifs oraux et de condoms a été distribuée par 55 volontaires. S'ils avaient été utilisés de manière appropriée et continue, les contraceptifs répondraient aux besoins de 40% des femmes à risque et de 35% des hommes âgés de 15 à 59 ans, environ quatre fois le total pour le programme national et à un coût supplémentaire de \$1.20 l'an par usager selon les chiffres du Bureau de Recherches et d'Evaluation de la DHF.

Une fois la faisabilité de la distribution basée sur la communauté démontrée, dans les trois zones rurales, la DHF a entrepris un projet d'opérations de recherche à Miragoâne avec un programme tenant compte des expériences du premier projet. Fondamentalement, le projet utilise 80 travailleurs bénévoles de la campagne contre la malaria avec le soutien de l'administrateur et du personnel du district sanitaire, du SNEM, du Bureau de

Recherche et d'Evaluation de la DHF avec l'assistance de l'Université de Columbia et du Bureau de Programme Communautaire de la DHF. Il y a plus de 6.000 volontaires de la campagne contre la malaria à travers le pays, concentrés dans les plus basses altitudes là où les risques de malaria sont les plus élevés. Ils utilisent leurs demeures comme dépôts pour la distribution de tablettes de chloroquine et comme points pour la collecte des lames de prises de sang qu'ils font pour individus de la communauté suspects d'être atteints de malaria. On est en train d'agrandir les dépôts dans la zone de Miragoâne afin d'y ajouter la distribution de contraceptifs oraux et de condoms et peut-être d'autres matériels essentiels comme les paquets de rehydratation orale. La phase de démonstration comprend la collecte de données fondamentales et deux ou trois tours de distribution à domicile. Les travailleurs salariés ne sont pas intégrés et les volontaires ne reçoivent directement aucun stimulant monétaire mais des coopératives produisant des revenus seront de préférence développées au bénéfice de la communauté. Des systèmes de supervision et des méthodes pour procurer des stimulants pour une collaboration à la communauté seront étudiées par le projet. Il y a eu des retards dans l'exécution du développement des coopératives à cause de la lenteur et des procédures requises pour obtenir l'approbation et s'assurer des fonds de l'USAID par l'entremise du don pour les Opérations de Recherche de l'Université Columbia. Cela a porté la DHF à hésiter à poursuivre toute activité ayant rapport à un mini-projet ou une approche de sous-contrat pour réaliser les objectifs du projet.

4. Impact de l'Approche Communautaire sur les Services de Planification Familiale

Le résultat le plus tangible du programme communautaire se reflète dans les statistiques annuelles des services qui indiquent que près de la moitié des clientes ont été initiées aux méthodes contraceptives et sont approvisionnées par des travailleurs communautaires et qu'un bien plus grand nombre de clients sont approvisionnés par le programme communautaire que par les institutions du DSPP. Cependant, peu de rapports sont fournis et les statistiques ne reflètent donc pas véritablement le volume des services fournis par cette activité. De plus, par sa nature même, cette activité du programme est diffuse et plus difficile à estimer que les services institutionnalisés. Spécialement, le nombre de visites en rapport avec la distribution de condoms est inadéquat et n'est pas comparable à celui des institutions où les individus venant s'approvisionner sont plus aisément comptés. Les travailleurs communautaires utilisent des méthodes variées pour l'approvisionnement qui ne sont pas susceptibles d'être comptées.

Un autre résultat du programme communautaire est la différence sensible des attitudes avant 1978 envers la distribution des contraceptifs oraux. De plus en plus, les détaillants basés dans la communauté sous la supervision de la DHF et du DSPP initient les femmes à la pilule et réapprovisionnent aussi bien celles qui avaient commencé dans une clinique. Il est à noter que les contraceptifs sont disponibles dans les pharmacies sans ordonnance, bien que beaucoup de professionnels médicaux travaillant tant dans le secteur privé que dans le secteur public soient peu disposés à en voir une distribution massive sans supervision médicale directe. Néanmoins, les

professionnels médicaux partisans de la tendance à la libéralisation dans la distribution des pilules font remarquer que le risque de grossesse non planifiée et non désirée est plus grand que celui de l'utilisation de la pilule, que des directives écrites en Français et en Créole peuvent garantir que les femmes en comprennent les contre-indications et les effets secondaires, et que des médicaments de nature plus puissante sont disponibles sans ordonnance dans les pharmacies.

Moins mesurable, mais non moins évident est l'impact que le programme communautaire a eu sur la participation de ressources qui ne proviennent pas de la DHF dans les services de planification familiale. Un personnel régional de district et rural plus nombreux ont été directement engagé dans l'extension de l'accès à la planification familiale parce que les activités communautaires sont décentralisées, plus proches du personnel des cliniques des petites villes et des zones rurales, et utilisent une très grande variété de structures et d'individus. La DHF est bien moins visible dans cet effort particulier de planification familiale que dans les années 70 quand les services dépendaient davantage des institutions administrées par le personnel du DSPP avec les fonds et les fournitures de la DHF. Les agences et les cadres supérieurs d'autres secteurs publics comme l'agriculture, l'alphabétisation des adultes, et le programme de la malaria sont de plus en plus partisans d'une intégration PMI/PF à leur propres champs d'activités communautaires parce qu'ils reconnaissent l'interdépendance des variables sanitaires, sociales et économiques pour atteindre leur objectifs. Les projets d'opération de recherches, procurent outre des résultats probants pour les prises de décision mais encouragent aussi la participation de ressources provenant de sources autres que de la DHF en suivant le centre d'activités pour les cadres supérieurs et des organisations qui seront plus tard nécessaires pour incorporer les résultats des recherches dans les programmes en cours. Ceci est particulièrement vrai pour les administrateurs régionaux et de district qui sont finalement responsable de l'exécution de tous les services basés dans les communautés de leur zones géographiques.

5. Contraintes.

Une limitation importante du programme est le peu d'assortiment des contraceptifs disponibles dans la totalité du programme national, particulièrement pour les distributions dans les communautés. Un mélange de pilules, un produit semblable à la tablette moussante Neo-Sampon, d'autres crèmes contraceptives, vaseline et mousse aussi bien que les instructions dans les méthodes naturelles de planification familiale sont cruciales en tant que méthodes de soutien et alternatives si l'Extension du projet espère maintenir les résultats encourageants des toutes premières années du programme communautaire. Pour le moment le programme dépend complètement d'une marque de pilule et de condoms.

Après un certain temps, quand les volontaires et les travailleurs salariés qui ont peu de technique para-médicale se trouveront face à un nombre croissant de clients insatisfaits ou incapables d'utiliser les méthodes médicales pendant de très longues périodes, les membres du programme communautaire se décourageront quand il se verront moins apte à maintenir les

taux de continuité. Les contre indications psychologiques et médicales pour toutes les méthodes modernes sont accablantes face à la période de trente ans où plus de fertilité durant laquelle une femme peut désirer n'avoir aucun, un, deux ou trois enfants. Le personnel formé en service d'orientation de planification familiale et en services médicaux sont désarmés par la technologie contraceptive d'aujourd'hui au point qu'on peut difficilement s'attendre à ce que des profanes affrontent le défi plus efficacement, et avec si peu de choix de méthodes à leur disposition. Une forte possibilité existe qu'un désenchantement croissant avec une seule marque de pilule et les condoms avec une seule contraception permanente (stérilisation) et des techniques défectueuses de planification familiale naturelle comme alternative finiront par créer de la résistance à la planification familiale en général.

Une autre contrainte au programme est la diffusion de la supervision des niveaux national, régional, de district et de communauté, compliqué par le caractère pénévole du corps des travailleurs responsables du fonctionnement du système. La DHF est responsable de la stratégie et fournit des salaires à ceux qui sont payés, mais le personnel régional et de district est responsable de l'exécution du programme y compris l'assurance d'un approvisionnement régulier sur le terrain. Il y a certaines régions géographiques où le personnel régional et de district est très coopératif comme Belladère et Hincne; mais la seule réponse actuelle à la question de savoir comment assurer une supervision efficace semble être que chacun "doit" coopérer. Une bonne partie du personnel régional et de district est consciente de sa responsabilité pour tous les services fournis dans leurs zones mais qui n'envisage pas le programme communautaire comme une priorité. D'autres critiquent ouvertement la façon dont la DHF l'envisage. La réussite future du programme communautaire dépendra en grande part du soutien, de l'attention et de l'imagination qui seront exercés par les bureaux régionaux et de district et quel leadership sera fourni par les quatre spécialistes en développement communautaire qui doivent être nommés par les zones: les fonctions normatives de la DHF et l'assistance technique et matérielle qu'elle accorde ne sont pas suffisants pour assurer l'expansion du programme, et un esprit coopératif du personnel sur place ne peut pas être commandé.

* Personnel de Santé Publique basé dans la communauté

Les Agents Communautaires sont au nombre d'environ 130 y compris un superviseur pour cinq agents. Ils sont assignés aux centres de santé dans les districts les plus étendus et sont en fonction depuis 1975 lorsque la DHF les avait organisés en corps de travailleurs d'extension pour les services de l'institution. Au cours des dix-huit derniers mois on a consacré beaucoup de temps au renforcement de l'utilisation efficace de ce groupe de travailleurs. Ils sont assignés à une zone comprenant environ 200 familles et organisent leurs activités d'extension autour de l'inscription de clients de la PMI/PF aussi bien que des enquêtes périodiques porte-à-porte pour identifier les femmes et les enfants à risque pour l'approvisionnement des clientes régulières aussi bien que la distribution de condoms et au cours des dernière années quelques agents communautaires ont été formés pour initier les pilules et orienter les clientes vers la méthode sympto-thermale de planification familiale.

Les Agents de Santé au nombre de 550, sont assignés aux dispensaires ruraux et sont censés procurer les services para-médicaux de base à la population rurale dans les communautés référant les plus sérieux problèmes de santé aux dispensaires ou à des institutions supérieures. Pour la plupart des agents de santé l'équipement et le matériel ne sont pas fournis régulièrement et la supervision n'a pas encore été systématisé; on s'attend cependant à ce qu'ils fassent des visites pour approvisionner les clientes régulières et pour distribuer les condoms.

Les Animateurs au nombre d'environ 15, avaient été établis par le Bureau de Développement Communautaire pour organiser et superviser les milliers de volontaires qui sont supposés participer éventuellement aux activités d'éducation et de distribution de contraceptifs à travers le pays. Ils relèvent à leur tour de quatre superviseurs de la DHF. Les aides du travail social de stérilisation, au nombre de 12 environ, ne sont pas des assistants sociaux formés, mais plutôt des travailleurs communautaires avec une orientation spéciale en éducation relative à la stérilisation des hommes et des femmes, et en suivi des clients afin de s'assurer qu'ils ne sont sujets à aucune complication ou à des problèmes émotionnels. Les Sages Femmes Traditionnelles, près de 7000 d'entre elles qui ont été formées aux techniques améliorées pour les accouchements à domicile sont supposées continuer à servir de sources de référence pour la planification familiale.

6. Recommandations

6.1 Renforcer l'Engagement National et Régional à l'Approche basée dans la Communauté

Le DSPP a chargé les bureaux régionaux de nommer une spécialiste du développement communautaire au niveau régional qui aura la responsabilité du développement et de l'opération des activités communautaires. Le programme du Bureau Communautaire du DHF devrait être pourvu de toutes les ressources nécessaires pour assurer le choix d'employés efficaces, de leur formation, de leur orientation, de la description de leur fonctions et de l'assistance technique à leur fournir.

Au cas où le DSPP déciderait, à l'avenir, d'établir une direction pour les programmes communautaires pour aider tous les services sanitaires, il est recommandé qu'il soit demandé à ceux qui sont choisis pour organiser cette direction de tenir compte des expériences réussies jusqu'à cette date et de réclamer le rendement maximum de ceux qui ont développé l'expertise au cours des 4 à 5 dernières années.

6.2 Choix de Contraceptifs

La même recommandation contenue dans la section du rapport relative à la qualité des services est applicable ici avec un accent spécial sur la nécessité de soutenir les profanes qui sont moins qualifiés dans l'orientation des clients sur l'utilisation efficace des méthodes dont ils ne sont pas satisfaits et dont ils ont expérimenté des effets secondaires.

6.3 Recherche Opérationnelle

Relancer l'idée de mini-projet, en élargissant le pool potentiel de talents et de ressources disponibles pour y inclure tout individu, organisme ou groupe professionnel en mesure de mettre leurs idées à exécution avec l'aide d'un don; augmenter le montant des dons individuels pour satisfaire aux besoins indiqués dans les propositions et simplifier la procédure d'attribution du don. L'USAID devrait apporter son aide dans la simplification de sous-contrat et/ou la procédure d'attribution de don et les procédures de rapport et de comptabilité, pendant et après le projet. Tout problème ayant trait au financement des coopératives dans le projet de Miragoâne devrait être résolu rapidement vu que la DHF considère cette expérience particulière, comme un modèle pour tous les mini-projets futurs et a été affectée par les difficultés jusqu'à cette date. En vu d'assurer des propositions réalistes, la DHF devrait établir le montant total en dollars dont il dispose, laissant savoir aux bénéficiaires que les documents du plan du DSPP devraient refléter cet engagement sous forme d'objectifs spécifiques parce que la manière dont le personnel et les ressources autre que celles de la DHF utiliseront les résultats n'est pas claire. Il est en outre recommandé que l'Administrateur du District de Miragoâne aussi bien que le personnel de la DHF, soient appelés à fixer les objectifs pour examen et inclusion finale dans le document du plan en intégrant la distribution de contraceptifs dans leurs services locaux en cours à leurs communautés, aussi bien que certaines démarches porte-à-porte et services édifés pendant les premiers mois du projet de démonstration.

PROGRAMME COMMERCIAL

1. Objectifs, Historique et Résultats à cette Date

Une assistance est accordée comme partie intégrante du Projet d'Extension de Planification Familiale en vue de déterminer la viabilité des ventes de contraceptifs au détail (CRS). Vu la rareté des ressources financières disponibles dans le secteur public et l'accroissement de la conscientisation et de la demande de contraception moderne, on a pensé que CRS pourrait fournir à des prix raisonnables, des alternatives à la distribution gratuite par l'entremise des services du gouvernement pour les personnes à faible revenu. Alors que CRS ne serait pas une entreprise strictement commerciale, puisque'il posséderait une subvention interne en tant que programme social de commercialisation, il devrait produire des revenus pour devenir autosuffisant. Il n'était pas prévu que l'indépendance serait obtenue dans les limites de la durée du projet, mais les recettes de vente étaient planifiées pour couvrir au moins les frais de publicité et de ré-emballage.

CRS a commencé par l'intermédiaire de La DHF en 1978 avec des ventes de condoms dans les machines. A un certain moment, il y avait 250 machines avec des condoms de Tahiti à dix centimes chacun*. Toutes les machines étaient à Port-au-Prince et les ventes semblaient satisfaisantes avec 9.000 condoms vendus durant les trois premiers mois. Toutefois, cette méthode de distribution a été jugée problématique et ses machines éliminées en 1981 quand on a commencé à vendre les condoms en détail dans les pharmacies, les boutiques et même dans les rues. En juin 1980 la Section Commerciale de la DHF a été établie pour maintenir toutes les ventes commerciales, et plus tard, CRS s'est élargi pour inclure les tablettes de mousse Neo Sampooon et quelques pilules. Le programme de CRS tel qu'il était envisagé dans le Document de Projet n'a seulement complété qu'une phase jusqu'à cette date: Recherche et Planification de marché.

La deuxième phase, celle du test pilote, aurait dû être terminée maintenant selon les objectifs du projet, et la publicité, le ré-emballage et les campagnes de promotion de vente auraient dû commencer. Alors qu'il y a eu un certain nombre d'études, sur la manière d'implanter la CRS, l'état actuel du projet est que la Section Commerciale de la DHF est toujours en train d'essayer de vendre un ensemble de produits inadéquats sous la publicité qu'elle pense nécessaire pour obtenir de meilleurs résultats.

Le Directeur actuel de la CRS est un rude et compétent travailleur qui a eu à apprendre les principes de la vente au détail et de la commercialisation avec son travail. Au cours des trois derniers exercices, la section a vendu \$10.438 de contraceptifs dont le produit a été consigné dans un compte séparé de la DHF. Les prix sont les suivants:

* Correction:

Dix centimes haïtiens ou U.S. \$0.02. Le projet de machines à vendre les condoms a été commencé et financé par PPF/Western Hemisphere durant 2 ans.

	<u>Prix DHF au vendeur</u>	<u>Prix de revente</u>
Condoms/Pharmacie	\$ 0.02	0.05
Condoms/Boutiques	0.015	0.02
Tube de Neo Shampoo (20)	0.80	\$1.00-\$1.20
Neo-Shampoo - Unité	0.04	0.06

Pilules (très peu se vendent - Prix ne prête pas à conséquence)

Utilisant les mêmes chiffres que le Document de Projet pour deux ans de Protection (CYP) 200 condoms, 20 cycles de pilules, 160 tablettes de mousse distribuées, tenant compte des abandons et des erreurs d'utilisation, les ventes pour 1983 montrent que la CRS a fourni 758 CYP (42 CYP/condoms, 716 CYP/Neo Shampoo et 0,6 CYP/pilules). Pour l'exercice 1981-1982 la CRS a fourni 621 CYP. Même si les calculs de CYP sont conservateurs comparés aux calculs utilisés dans d'autres documents, le fait est que la CRS est encore très petite et l'amélioration d'une année à l'autre est minime. Les chiffres cités plus haut reflètent aussi une baisse considérable dans les ventes de condoms et une augmentation proportionnelle dans les ventes de Neo-Shampoo.

Le coût total de la Section Commerciale, à l'exclusion des contraceptifs et des coûts d'administration indirecte du programme, est de \$49.000 environ l'an. Ceci, en tenant compte des salaires des cinq employés de la Section, (\$27.144), du chauffeur, de l'essence, des véhicules, du matériel des services administratifs et financiers et de frais généraux (loyer, électricité, entreposage) évalués à 80% des salaires directs (\$27.715). Les recettes de l'exercice 1982-1983 étaient de \$14.718, moins que 10% des dépenses totales et, si le coût des contraceptifs et de l'administration était ajouté, la proportion récupérée est encore moindre.

Le coût pour fournir 757 CYP (à l'exclusion encore du coût de l'administration indirecte et des contraceptifs) aurait été de \$64.54 par CYP. Sans barème spécifique contre lesquels mesurer ces chiffres, il est difficile de les juger. Néanmoins, considérant le très mince volume des ventes et le fait que la structure en place est déjà payée pourrait correspondre à un plus grand volume, ce chiffre est élevé.

Un examen de ces résultats décevants révèle que 85% des pharmacies à Port-au-Prince, participent à la CRS (45 en tout) mais que le nombre de boutiques a baissé d'un maximum de 175 en 1981 (lorsqu'on avait discontinué les ventes dans les machines) à seulement 30 à la fin de l'exercice 1981-1982. La participation de plus de pharmacies de la capitale est peu probable, mais il est encore possible d'intéresser les 55 pharmacies hors de Port-au-Prince, aussi bien que les boutiques, supermarchés et petits magasins. Cependant, il y a quatre conditions au moins, qui doivent être remplies pour que le programme s'étende:

- a) Une réserve stable de contraceptifs à un prix raisonnable que les Haitiens veulent acheter.

- b) Une attitude plus favorable du GH, de l' importateur, du détaillant et du médecin/pharmacien.
- c) Un programme efficace de ré-emballage, de commercialisation et de publicité.
- d) Une administration de programme commercialement viable et convenablement motivée.

2. Demandes Possibles et Défauts des Produits

Toutes les études faites sur les CRS en Haiti révèlent une demande potentielle sérieuse sur le papier. L'étude la plus détaillée, un travail remarquable, a été réalisé en 1982 par CRESHS (Centre de Recherches en Sciences Humaines et Sociales)

Utilisant les pourcentages établis dans cette étude pour la population répartie par âge et par sexe et le chiffre généralement accepté établissant la population haitienne actuelle à 6.000.000 qui est probablement élevé, le marché potentiel à couvrir est:

Hommes (entre 15 et 64 ans) - 25.8% de la population - ou 1.568.000

Femmes (entre 15 et 44 ans) - 22.9% de la population - ou 1.374.000

L'importance de ce marché potentiel et la très grande connaissance des méthodes contraceptives révélée dans les études ainsi que la demande croissante pour ces méthodes font que les analyses commerciales présument de l'existence d'une demande, réelle et très forte. Il y a cependant plusieurs facteurs révélateurs qui doivent être pris en considération.

Premièrement, 92% de toute l'activité industrielle et 94% de tous les travailleurs salariés vivent dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. A partir du Cap-Haitien, la deuxième ville du pays, avec une population de 60.000 habitants, le pourcentage national des travailleurs salariés tombe à seulement 2 à 3% du total. Ainsi donc, la demande pour un marché sérieux est limitée à plus ou moins 22% de la population urbaine.

Deuxièmement, l'enquête du CRESHS était basée sur des revenus de \$50 à \$200 par mois par foyer, avec une moyenne de \$125 en gros. Cette étude, comme les autres, a prouvé que ces consommateurs accepteraient de payer \$1 à \$2 par mois pour un contraceptif moderne de leur choix. Cette somme de \$1 à \$2 semble être prise hors de contexte par quelques analyses des exigences du marché. C'est à dire qu'on suppose qu'il y a un désir général de payer cette somme alors qu'il s'agit clairement d'un désir dans l'étude qui dépend du niveau de revenu de certains foyers.

Troisièmement, l'étude de Tulane citée par la MSH a conclu que les haitiens des zones rurales accepteraient et pourraient payer \$24.60 par an pour les soins médicaux essentiels. Ces chiffres paraissent élevés par

rapport au montant général des revenus ruraux disponibles et il se peut bien qu'ils viennent d'un échantillonnage restreint qui n'est pas représentatif. Puisque seulement 40% du produit national brut vient de l'agriculture en Haïti et doit faire vivre à peu près 80% de la population qui, selon l'étude de CRESHS, vit dans les zones rurales ainsi que les propriétaires absenteistes, le revenu rural disponible pour la santé paraît être inférieur à l'estimation de Tulane.

Quatrièmement, dans seulement 5% des cas des réponses reçues du secteur urbain par l'étude du CRESHS on achetait couramment des contraceptifs du secteur privé, lequel est bien plus large que la CRS de CS/DHF. Etant donné le taux élevé du revenu moyen mensuel par rapport aux frais de contraception dans le secteur privé et étant donné la grande accessibilité des contraceptifs dans les pharmacies - jusqu'à 20 types, y compris toutes les marques de pilules, mousses, tablettes et même injections - durant ces dernières années la connaissance du marché en découlant, la demande pour l'achat de ces contraceptifs sur le marché tels qu'elle existe actuellement semble restreinte.

C'est précisément à cause de cette absence apparente de demande et de sa persistance en dépit des efforts commerciaux privés que nous devons supposer plus agressifs que le programme CS/DHF que nous ne pouvons pas prouver qu'une CRS à part entière déclencherait une vaste demande pour ces produits. Note: Ce n'est pas à dire qu'une telle demande pourrait ou ne pourrait pas exister. C'est plutôt qu'aucun test pilote ou de recherche n'a montré de façon convaincante qu'elle existe.

Cinquièmement, les recherches révèlent certaines attitudes qui méritent d'être considérées. Les Haïtiens se soucient beaucoup de la question sanitaire des méthodes de contraception moderne et il faut en tenir compte. Le groupe de Recherche Porter/Novelli Focus encourage l'achat de contraceptifs dans les pharmacies dont le personnel qualifié pourrait fournir toutes sortes d'explications médicales satisfaisantes. L'étude du CRESHS a révélé des craintes d'infections et d'autres problèmes de santé mineurs en plus d'un désir pour plus d'information sur les contraceptifs de la part de professionnels en santé. L'étude de pharmacie a aussi soulevé le besoin de meilleures informations. Ce souci du côté sanitaire et le désir pour une forme quelconque de consultation sont peut être une explication du niveau peu élevé de la demande actuelle et toute CRS élargie doit attaquer ce problème de front. (Le réapprovisionnement par des détaillants commerciaux, après une consultation initiale, n'est pas considéré comme un problème.

Il semble aussi qu'il y a un très fort pourcentage d'abandon dans le programme commercial comme dans le programme de distribution gratuite. Beaucoup plus de recherches devraient être faites sur le moyen de garder ceux qui ont accepté les méthodes modernes et d'éviter les taux d'abandon qui semblent être aussi élevés que 50% dans certaines régions. L'enquête sur la Prévalence Contraceptive devrait fournir des informations supplémentaires aussi bien que quelques directives pour l'avenir.

La publicité à la radio et à la télévision et la participation du gouvernement semblent ne présenter aucun problème. L'étude Porter, Novelli

fait ressortir que ceux qui utilisent les contraceptifs sentent qu'un programme commercial ne devrait pas remplacer la distribution gratuite à la clinique mais la compléter.

Les importateurs et les pharmaciens ont signalé qu'un effort compétitif serait inacceptable pour eux. Les pharmaciens et la profession médicale se soucient aussi du fait que les contraceptifs sont des médicaments à obtenir sur ordonnance bien qu'ils aient toujours été disponibles sans ordonnance. Alors que la distribution basée dans la communauté a eu lieu et a été largement acceptée par la communauté médicale officielle, toute CRS qui ne s'assure pas l'appui des importateurs, des pharmacies et du corps médical risque de rencontrer de la résistance.

L'impact de la distribution gratuite de contraceptifs par les CRS reste encore à être mesurée. 31% de ceux qui ont répondu au CRESHS avaient obtenu leurs contraceptifs par la distribution gratuite contre 5% qui les avaient achetés. Les marchés clés comme les Forces Armées, en groupe naturel d'intérêt pour la CRS, ont un programme de distribution généreux qui paraît approvisionner plus que les militaires et leurs familles.

Déficiences du Produit

La tentative de vente des contraceptifs de l'USAID disponibles paraît avoir été entravée par une forte aversion pour les condoms en emballage transparent et pour les effets secondaires du Noriday. Les études documentent cette aversion de la clientèle et les résultats des ventes de CS/DHF la confirment apparemment. Le désir d'un condom emballé discrètement a été exprimé depuis les trois dernières années. L'USAID fournit encore les condoms CS/DHF dans un emballage transparent. Il semblerait aussi que les condoms colorés ne sont pas très désirables. Si les ventes de condoms sont tombées de 108.000 au cours de l'exercice 1979-1980 à seulement 8.400 en 1982-1983, il demeure que 18.000.000 de condoms de la même qualité reçus gratuitement ont été distribués de l'entrepôt principal dans les programmes nationaux. Les condoms Tahiti peuvent être acceptables pour un programme de distribution gratuite mais peut-être pas dans leur programme commercial. Il est clair que tout développement ou continuation de la CRS devrait être basé sur l'approvisionnement d'un condom emballé distinctement et désigné sous un nom différent à partir du programme de distribution gratuite.

Puisqu'il y a une forte demande pour le Neo Sampooon, il est regrettable que l'USAID ne veuille plus en fournir. On souhaiterait qu'un substitut américain puisse être introduit avec succès en Haïti. Le Neo Sampooon est, pour le moment, la seule alternative sûre aux deux types principaux de contraceptifs fournis, la pilule et les condoms. Il a moins d'effets secondaires et est plus sûr et plus commode à utiliser. La réception favorable du Neo Sampooon a été impressionnante dans une CRS qui, autrement, n'a pas eu beaucoup de succès. Une alternative pourrait être d'emballer les tablettes vaginales individuellement - avec identification et information appropriées - au lieu des paquets en papier d'aluminium sans marque employés actuellement.

Quant aux pilules, étant donné que les pharmaciens les aiment, qu'elles reviennent moins cher à l'USAID et qu'elles sont faciles à trouver, toute CRS devrait stocker une des marques populaires en vente maintenant dans le secteur privé, réemballé comme un produit différent pour lequel on ferait de la publicité. Vu la connaissance précise que les femmes ont des pilules, de leur efficacité et de leur degré d'acceptabilité les pilules doivent être le soutien principal de tout programme CRS. On devrait faire attention au choix, sur la base de recherches de groupe concentrés, d'une pilule avec le moins d'effets secondaires puisque ce sont ces effets qui découragent les clientes et les empêchent de les utiliser. La publicité doit aussi répondre au besoin en orientation médicale spécifique et précise concernant les contre indications et les effets secondaires.

On devrait considérer d'inclure l'éponge ou les injections dans l'extension du programme si cela s'avère financièrement faisable. Le manque de choix actuel dans le domaine de la contraception semble avoir un effet négatif sur le programme et annuler les avantages reconnus de la planification familiale et le désir de cette planification exprimé par beaucoup d'Haitiens. Le fait de l'aversion marquée pour les condoms et la pilule, et de la préférence pour le Neo Sampooon doit être concilié. S'il est possible d'adopter une attitude d'indifférence pour les préférences du client dans un programme de distribution gratuite, toute CRS qui ne satisfait pas et ne pourvoit pas aux préférences qu'exprime le client dans son marché est voué à l'échec. Une étude des résultats de CS/DHF à cette date souligne ce point.

3. Réglementation des Prix et Evaluation des Coûts

Les prix doivent être raisonnables et tenir compte de l'élasticité de la demande pour les contraceptifs. De l'avis général, les prix doivent être dans l'ordre de 1-2 dollars, de sorte que le programme de prix développé dans le texte préliminaire de Manoff International puisse être augmenté dans le cas des pilules et qu'une partie des revenus supplémentaires générés soient utilisés pour compenser les prix des condoms qui semblent coûter plus chers que les deux autres méthodes.

En ramenant le prix du condom de 10 centimes l'unité à 3 pour 25 centimes et en utilisant ce principe comme principale méthode de distribution, on satisfait aux recommandations de l'étude pour l'achat par trois et on réduirait le coût de 20%. L'emballage par paquet de trois peut produire une économie qui réduirait la subside rendue nécessaire par le changement de prix.

En portant le prix de détail de la pilule à \$1.00 le cycle et son prix de base à 60 cts. on rendrait possible la diminution de prix des condoms aussi bien que la vente de tablettes vaginales à 3 cents l'unité. Pour la pilule, avec un prix de base de 60 cents, le distributeur obtiendrait une marge de majoration de 15 cents ou 25% de profit et le détaillant une marge de majoration de 25 cents ou 25% de profit. Le même genre de stratégie de prix devrait être adoptée pour les tablettes vaginales de sorte que les marges de profit ne portent pas des distributeurs/détaillants à préférer une méthode à une autre.

Prix Suggérés pour le Programme CRS

<u>Produit</u>	<u>Prix de Base</u>	<u>Majoration Distrib.</u>	<u>Marge Profit</u>	<u>Majoration Détail.</u>	<u>Marge Profit</u>	<u>Prix Consommat.</u>
Condom/1 unité	\$0.05	\$0.02	29%	\$0.03	30%	\$0.10
Condom/3 unités	0.14	0.04	22%	0.07	28%	0.25
Pilule/Cycle	0.60	0.15	25%	0.25	25%	1.00
Tablettes/Tube/20	0.60	0.14	25%	0.25	25%	1.00
Tablettes/1 unité	0.03	0.01	25%	0.01	20%	0.05

Cette réglementation de prix procurerait les plus grands profits sur les condoms puisqu'il semble que ce produit requiert la plus forte poussée sur le marché commercial. Cela signifierait aussi une subvention importante si les frais d'emballage cités dans le rapport Manoff International sont corrects (5,5 centimes l'unité, plus les dépenses associées soit un coût total de 6.8 centimes l'unité). Les coûts du produit, plus le frêt (6,3 centimes par unité), devraient être ajoutés à l'emballage, de sorte qu'un condom CRS coûterait 13,1 centimes sans les coûts de la gestion du programme et de la publicité. Cependant le coût des pilules est estimé à 23 centimes le cycles y compris le frêt, plus 8 centimes de frais d'emballage et d'étalage ou 31 centimes par cycle.

Le coût des tablettes vaginales est estimé à 5,75 centimes la tablette y compris le frêt; les frais d'emballage et d'étalage devraient coûter encore 8 centimes la tablette, soit un total de 13,75 centimes la tablette.

Coûts des Contraceptifs CRS emballés en Centimes Américains contre Prix de Base

<u>Produit</u>	<u>Prix de Base</u>	<u>Coût Total + Embal./Frêt</u>	<u>Profit/Unité (Perte)/Unité</u>	<u>Estimation Unité/Année 1</u>	<u>\$Profit Perte</u>
Condom/Unité	5	13.1	(8.1)	2.062.750	(167.083)
Pilule/Cycle	60	31	29	092.092	26.707
Tablette/Unité	3	13.75	(10.75)	708.400	<u>(76.153)</u>
Total Profit (Pertes) - U.S. \$					(\$216.529)

Cela représente la subvention qui doit être accordée au niveau du contraceptif emballé (frêt compris) prêt à être vendu au distributeur. Ce chiffre est de loin inférieur à la subvention nécessaire pour un programme CRS en Haiti).

Le coût total de la publicité est évalué à \$170.400 pour la première année, selon le rapport Manoff International (cf p. 57).

Le coût total direct du programme--à l'exclusion des frais de gestion de la DHF, du DSPP et de l'USAID et de tous les frais généraux de soutien--est estimé à \$1.138.249 y compris les frais de publicité, d'emballage et de distribution des contraceptifs.

Les recettes utilisant votre réglementation de prix seraient estimées à:

2.062.750 condoms x 8.9 cents par unité*	= \$183.584
92.092 cycles x \$1.00 par unité	= 92.092
708.400 tablettes x 5 centimes par tablette	= 35.420

* A supposer que 1.370.000 condoms soient vendus à 3/25 centimes et 692.750 à 10 centimes l'unité.

pour un revenu total de \$311.096 ou \$24.000 de plus qu'estimé dans le rapport Manoff International en utilisant les chiffres pour les quantités vendues et les prix de vente recommandés.

Au cours de la première année, le coût net du programme--à l'exclusion des frais de gestion de la DHF, du DSPP et de l'USAID et de tous les frais généraux de soutien--serait par conséquent de \$827.153 en supposant que les produits nouveaux, nouvellement emballés qui seraient introduits et pour lesquels on aurait fait de la publicité génèrent réellement les ventes projetées. Ces ventes sont simplement supposées être 5% de toutes les femmes entre 15 et 49 ans à Port-au-Prince, les Cayes, Gonaives et Cap-Haitien et 5% de tous les hommes en âge de reproduction. Au cours de la deuxième année, ces chiffres atteignent 8% de l'un et l'autre groupe et au cours de la troisième année 11%. Alors que ces chiffres paraissent possibles sur le papier, nous

doutons qu'ils soient réalistes étant donné l'expérience de la CRS dans le CS/DHF à ce jour et des ventes de contraceptifs en général dans le secteur privé. Les augmentations qui auraient dû provenir de l'actuelle base CS/DHF sont astronomiques.

- de 12 cycles de pilules à 92.092
- de 8.400 condoms à 2.062.750 et
- de 114.362 tablettes à 708.400

De plus, tous ces produits seraient nouveaux si un substitut américain pour le Neo-Sampon est utilisé. Quoiqu'on désire des pilules et des condoms nouveaux on ne peut pas obtenir facilement leur acceptation dans le secteur commercial par les distributeurs, les détaillants et les usagers à cause de leur attitude négative envers les pilules et les condoms distribués auparavant.

Les chiffres utilisés pour le nombre de personnes atteintes--5% de la population urbaine à risque en une année et 11% après trois ans--semblent optimistes considérant le temps qu'il a fallu (1975-1982) à un programme national pour atteindre les niveaux actuels, estimés à 10% des femmes à risque selon les rapports de service de la DHF. Ou la CRS atteindrait les personnes qui ne sont pas desservies actuellement, ou bien elle attirerait des gens acceptant de payer pour un produit qu'ils reçoivent gratuitement, et dans les deux cas, le but paraît trop optimiste.

Les évaluations de coût dans le rapport Manoff International semblent toutes élevées pour Haiti si un objectif d'une CRS est de maintenir les prix bas et rendre la proportion coût/profit favorable.

Des frais d'emballage de 6.8 centimes l'unité pour les condoms et de 8 centimes pour les pilules et les tablettes vont probablement paraître excessifs au DSPP. L'actuel Ministre de la Santé Publique a écrit que les programmes de planification familiale devraient être administrés et financés localement de sorte qu'un programme si délicat pour l'avenir d'un pays ne dépende pas des fantaisies de l'assistance d'un donateur international. Etant donné cette perspective, l'USAID devrait par l'intermédiaire de l'AID/Washington, encourager les fournisseurs américains à voir si des produits et des emballages améliorés, dans le cadre des recherches faites par la Publicité Corbin, ne pourraient pas être réalisés à meilleur marché aux Etats-Unis au niveau de la fabrication. On devrait s'efforcer à améliorer la situation actuelle pour répondre aux préférences comme des usagers sans produire des frais de réemballage coûtant autant que le condom lui-même, à l'exclusion des besoins de distribution et d'étalage.

Pareillement, le budget pour le programme CRS exposé aux pays 57/58 du rapport de Manoff International semble inutilement élevé. Aucune raison n'est fournie pour la nécessité d'avoir un consultant résidant à plein temps pendant deux ans à un coût moyen de \$108.000 l'an. Une assistance à court terme, soigneusement structurée et basée sur les demandes du GH, devrait suffire pour superviser un programme CRS sur une base ad hoc. Les contraceptifs oraux et les spécialités pharmaceutiques comme Bufferin et Clairol sont déjà distribués avec succès en Haiti. L'aide de la publicité et des medias est disponible localement et Ron Levy de Corbin/Jamaïque qui possède certainement une

expérience en commercialisation sociale est tout proche pour offrir son assistance. La somme de \$8.333 par an pendant trois ans pour un chauffeur et \$12.000 en moyenne par an pour une secrétaire sont hors de propos avec le marché actuel en Haïti. On ne voit pas très bien pourquoi une somme de \$80.000 est prévue pour les voyages pendant les trois premières années ni pourquoi le programme doit être réalisé par une compagnie consultante, ajoutant \$105.000 aux frais généraux du budget. On ne peut pas de façon réaliste s'attendre à voir un consultant étranger co-directeur du CRS.

Il existe en Haïti une capacité locale de distribution et de détail sur laquelle travailler. Le sérum oral est fabriqué et distribué localement. Une campagne d'affiches réussie a été organisée et l'on voit partout des affiches publicitaires pour le sérum oral. C'est un exemple de programme local de commercialisation sociale réussi dans lequel la CRS trouverait quelque talent.

Les importateurs de contraceptifs tels que Reimbold, Villedrouin, Paulémond, Commerce S.A., Mallebranche, TransWorld, Dobbaco, et Delva ont de l'expérience à offrir. En juillet 1981, Kercy Jacob a trouvé 17 types de contraceptifs oraux, trois types de mousse vaginale et plusieurs types de contraceptifs en vente dans un échantillonnage de 14 pharmacies à Port-au-Prince. Alors qu'il est impossible de savoir combien de cycles de pilules le secteur privé a importé puisque les pilules font parties des produits pharmaceutiques et médicaux, les chiffres des douanes pour l'exercice 1978 1970 montrent que 1.500 tonnes de ces types de produits avaient été importés et presque 7 millions de dollars de droits recueillis à l'importation. Avec l'inflation et l'accroissement de la classe moyenne, nous pouvons supposer que ces chiffres ont à peu près doublé. Il existe apparemment dans le milieu haïtien une base de qualification à exploiter dans le domaine commercial et qui devrait être utilisé dans toute CRS.

En résumé, les estimations de vente sont trop optimistes à notre avis, et les coûts de produits, du fret, du réemballage, de la distribution et de la vente au détail sont élevés et difficiles à réduire. Nous recommandons par conséquent que la direction du programme et les frais de soutien soient maintenus au minimum nécessaire pour rendre la CRS réalisable et que les talents locaux soient engagés.

1.8 Rôles du GH et de l'USAID

Alors que légalement il semble exister peu d'empêchements à la CRS, il y a une question précise quant à l'appui au programme CRS dans le GH. Aucune équipe d'évaluation n'a montré de vrai enthousiasme pour les CRS. Le Directeur de la DHF a ouvertement mis en question la possibilité de vendre des préservatifs dans les boutiques et supermarchés. Le chef du CS/DHF, bien qu'il soit enthousiaste et rude travailleur se trouve dans une situation difficile. Dans le personnel, il y a un manque d'expérience et de motivation typique de la plupart des associations commerciales, et bien sûr, une situation de travail offrant une sécurité relative (bien qu'aucun membre du personnel ne soit employé au DSPP) et un salaire stable. Il n'y a aucun barème de commission prévu, de ventes spéciales ou de projets de bourses pour motiver les gens. Le manque de stimulant était évident quand deux membres du personnel lisaient des romans au bureau pendant l'entrevue de suivi plutôt que

de travailler au dehors à chercher de nouveaux débouchés et à essayer de distribuer des contraceptifs.

Aux niveaux supérieurs du DSPP il n'y avait aucune expression d'engagement quoique personne n'ait exprimé le désir de voir fermer le programme. L'ancien assistant Directeur du CS et, plus tard, le chef de la DHF/CS ont déclaré spécifiquement qu'un consultant résident était inacceptable.

Les résultats du CS/DHF à ce jour sont si restreints qu'il n'est pas surprenant de trouver fondamentalement une attitude neutre et passive dans le GH; que l'USAID veuille engager plusieurs millions de dollars dans un tel contexte reste à débattre. En outre, il est maintenant clair que les importateurs du secteur privé et la communauté médicale et pharmaceutique résisteront à toute CRS qui leur paraît inacceptable.

D'un autre côté, on a discuté la possibilité d'un programme parallèle c'est à dire que la CRS fonctionnerait à côté d'un programme du secteur privé qui profiterait de la publicité de la CRS (peut être même y contribuerait) et d'une exemption des droits à l'importation. La compensation serait que le secteur privé passe à l'usager toute réduction dans le prix de revient. (Les droits à l'importation selon Kerby Jacob, sont de 0 gde 72 le kilo pour les pilules et de 5 gdes 80 le kilo pour les condoms ou 14.03% du prix de vente pour les pilules et 41% pour les condoms. Cette discrimination dans les droits explique peut être, les prix anormalement élevés des condoms dans le secteur privé ici).

4. Options Disponibles

1. Fermer le CS/DHF sur la base du nombre d'années d'expérience, des résultats et du prix élevé de chaque CYP obtenu. L'option gaspillerait tous les investissements faits dans le CS/DHF à ce jour. Elle renforce ainsi l'opinion du GH du manque de sérieux des organisations donatrices internationales. Cette décision prive Haiti de 757 CYP, qui ne peuvent pas être réalisés ailleurs. Même si ces CYP sont coûteux, ils représentent de vrais clients et des naissances évitées.

2. Continuer le CS/DHF, mais accepter le rôle limité qu'il peut jouer dans l'extension de la planification familiale en Haiti. Pour rendre le programme plus rentable, un personnel strictement réduit sera nécessaire pour passer dans les 115 pharmacies et 30 boutiques qui vendent actuellement les contraceptifs et les réapprovisionner régulièrement. Une personne disposant d'un moyen de transport serait capable de le faire. Il faudra aussi quelqu'un d'autre pour tenir les dossiers, faire les rapports, superviser le réapprovisionnement et faire les appels commerciaux suivant le temps dont il dispose y compris le réapprovisionnement, quand la première personne est absente ou malade. Ces deux personnes peuvent être à un niveau plus bas que l'actuel Directeur et l'Assistant Directeur. Elles relèveraient du bureau de l'Administrateur ou du bureau d'Evaluation/Recherche et en utiliserait les services de secrétariat. En réduisant les coûts du programme à environ \$7.000 l'an, et en fournissant des condoms mieux emballés, de nouveaux paquets de tablettes et une nouvelle pilule, on devrait avoir une augmentation suffisante des ventes pour contrebalancer la réduction drastique des prix. Tout frais de

publicité ou d'étalage serait sous la responsabilité des pharmaciens mais le CS/DHF aiderait en essayant de développer un programme de coopérative entre les détaillants pour préparer quelques petits étalages et des distributeurs de paquets et même quelques affiches. En combinant l'effort de 145 détaillants, des étalages convenables pourraient être développés à un prix raisonnable qui serait contrebalancé par l'augmentation des ventes.

Si le nouveau produit devient populaire, le CS/DHF pourrait être renforcé pour tirer avantage de cette circonstance. L'option 2 est une décision encore plus raisonnable. Elle fournit un programme stable qui continuera les 757 CYP et, espère-t-on, les étendra avec de meilleurs produits. Elle ne semblera pas être une coupure arbitraire de fonds au GH et elle déplacera seulement trois personnes qui peuvent être absorbées ailleurs dans la DHF, si elles désirent y rester.

3. Monter un programme pilote soigneusement structuré, bien défini, peut-être au Cap-Haitien ou aux Cayes où, du fait de la concentration moindre de la population, les coûts seraient moins élevés et les effets, vu la nouveauté du programme, seraient plus faciles et plus clairs à contrôler.

On devrait développer de nouveaux produits, un nouvel emballage, une campagne de publicité agressive mais bon marché. Le travail de base est assez bien fait dans tous les rapports déjà préparés. Si le projet pilote CRS marche bien là, le transporter à Port-au-Prince et dans deux autres villes proposées dans le rapport Manoff International, ceci apportera des économies d'échelle tout en augmentant le potentiel du marché de plus de 20 fois.

Un pareil test donnera à l'USAID une vraie mesure de la demande potentielle et lui permettra (ainsi qu'au GH) de voir si les marchés prévus dans ces études se concrétisent. Des consultants à court terme utilisant des talents locaux et la Corbin/Jamaïque pourraient mettre sur pied un programme peu coûteux en peu de temps. L'actuel Directeur et son assistant pourraient être envoyés au Cap-Haitien ou aux Cayes pour permettre au test pilote de profiter de leurs connaissances en commercialisation dans les pharmacies et les boutiques. L'Equipe de Recherches sur les Opérations pourrait aussi offrir un haut niveau de soutien technique à l'enquête.

Un tel test pilote pourrait revitaliser le CS/DHF et, si les résultats sont positifs, faire d'un suivi un fait accompli. Comme les sommes engagées seraient minimes comparées aux millions envisagés par le Manoff International et les autres rapports, la rentabilité d'un pareil test devrait être grande.

Aucun test pilote de ce genre ne saurait être envisagé, cependant, tant que les condoms nouvellement emballés avec une marque différente, de nouvelles pilules et de nouvelles tablettes ne soient disponibles. Une assez bonne partie du travail de base a été réalisée par le rapport Corbin et autres de sorte qu'on peut procéder sur le champ au choix sérieux d'une marque, d'un logo, de la couleur et de l'emballage. Finalement, Raudi Thompson, Betty Ravenholt, Shirley Barnes, Edith Lataillade et Ron Levy (Corbin/Jamaïque) parmi d'autres, seraient capables d'aider dans ce petit programme pilote.

L'Option 3 est une étape de suivi raisonnable. Elle vérifie si l'unique hypothèse douteuse que l'on trouve dans tous les rapports - la demande potentielle peut être prouvée. Etant donné les nouveaux produits, l'emballage et la publicité et étant donné la modicité du coût d'un tel test pilote, utilisant les ressources locales disponibles, les consultants étrangers intimement familiers avec le programme CRS proposé et le petit nombre de personnes concernées dans le test, c'est apparemment là une démarche très rentable aussi bien que nécessaire si le CRS doit continuer.

4) Décider que les études faites prouvent qu'une demande considérable pour la CRS déjà existant est raisonnable. Exploiter le rapport Manoff International avec un budget définitif et continuer avec un programme CRS complet si le GH y consent.

L'Option 4 est une alternative bien plus risquée. L'ampleur et la complexité du programme plus le coût élevé de l'entreprise, plaident contre son financement d'après les informations disponibles pour le moment. Le test pilote décrite dans l'Option 3 serait une condition préalable à l'Option 4 dans toute entreprise commerciale, de sorte qu'un test de demande d'un marché véritable pourrait être évalué avant d'engager plusieurs millions de dollars de ressources restreintes.

5. Recommandation

L'Option 3 - un test pilote de CRS sur une petite échelle avec de nouveaux produits améliorés, en dehors de Port-au-Prince, utilisant des ressources locales et des consultants déjà familiarisés avec le projet proposé et en Haiti est recommandé. Le test pilote devrait commencer immédiatement puisqu'il est déjà en retard sur l'horaire prévu dans le document de Projet. Si le test pilote réussit, l'extension de la CRS se confinerait aux zones urbaines dans un avenir immédiat. On ne devrait encore rien tenter pour couper les usagers de contraceptifs ruraux et urbains de leurs actuelles sources de distribution gratuite. Il faudrait plutôt encourager des programmes novateurs comme distribution du SNEM à Miragoâne et les projets de distribution à domicile à Léogâne. On peut envisager de convertir les Forces Armées très bientôt si les niveaux de salaires le permettent, du fait de l'optique naturel d'un tel marché. Les programmes communautaires et la distribution par les agents de santé devraient continuer sur une base gratuite jusqu'à ce qu'il soit démontré que les démunis des régions rurales en Haiti peuvent et veulent acheter les contraceptifs dans le commerce et que des boutiques de vente en détail rurales sérieuses et pratiques sont largement disponibles. Il faudrait penser à faire préparer à l'avance une liste de prix de tous les contraceptifs CRS sur le marché. Si la demande est grande, les prix devraient augmenter régulièrement, avec presque toutes les augmentations allant compenser les subventions accordées aux CRS. Si le changement de prix de ces produits s'avère une proposition coûteuse, on devrait régler soigneusement les revenus supplémentaires escomptés contre les dépenses supplémentaires d'emballage. Toute publicité - orale ou écrite - devrait appuyer le prix établi afin que les détaillants ne puissent pas facilement les augmenter au-delà des marges de profit exposées ci-dessous. Celles-ci sont généreuses spécialement du point de vue de l'investissement minime qu'elles demandent.

A supposer que le test pilote, dirigé par la section commerciale de la DHF avec le concours de consultants et de la Section de Recherches et d'Evaluation, réunisse, la question se pose à savoir qui va s'occuper du suivi de la CRS, la DHF, le DSPP, une organisation bénévole privée sous contrat avec la DHF, une entité semi-autonome du gouvernement comme l'AGAPCO, ou le secteur privé?

Dépendant de l'engagement du GH, chacune des options sus-mentionnées a des avantages et des inconvénients. Pour le moment, nous recommanderions une organisation bénévole privée sous contrat avec la DHF comme le meilleur administrateur du programme. Il est peu probable que la CRS puisse devenir une entreprise du secteur privé vu qu'elle a fonctionné jusqu'à ce jour dans la DHF. Le choix d'un importateur plutôt qu'un autre peut produire du ressentiment parmi les usagers. Il est aussi improbable que le secteur privé s'intéresse à un sous-contrat pour faire fonctionner le programme CRS de façon convenable pour une entreprise de commercialisation sociale. La garder entièrement dans la DHF serait trop limité. La mettre dans le DSPP la submergerait dans une plus vaste et manifestement moins efficace bureaucratie où elle n'aurait pas l'aide administrative et financière suffisante. Alors qu'une entité gouvernementale d'utilité spéciale semi-autonome de type de l'AGAPCO offre quelques avantages, elle ne procure toujours pas à la CRS la liberté et la flexibilité dont celle-ci a besoin pour réussir.

Donc, la meilleure alternative semblerait être une organisation bénévole privée à but non lucratif qui a de l'expérience en planification familiale et, espérons-le, en commercialisation sociale. Elle serait libre dans ses opérations quotidiennes, n'étant sujette seulement qu'à la supervision de la Section commerciale de la DHF. Le Directeur de la Section commerciale superviserait le programme, il serait responsable du travail de bureau et de la préparation des rapports. Il aurait son bureau dans le bâtiment de la DHF, relèverait du Directeur de la DHF et n'aurait aucune position de responsabilité dans le fonctionnement de la CRS. Il coordonnerait la CRS avec le DSPP et les autres entités du GH et pourrait voyager de temps à autre en pays étranger pour présenter un exposé ou pour examiner un autre projet CRS, il développera aussi des capacités supplémentaires pour sa fonction de supervision.

Il doit exister des relations de travail efficaces entre le programme CRS et la DHF/DSPP puisque l'échelle des salaires, les bourses privées et les opportunités à la CRS peuvent bien provoquer du ressentiment de la part des employés du gouvernement. Si la CRS pouvait être détalée de la bureaucratie par un tel arrangement coopératif avec une agence privée à but non lucratif il serait nécessaire de fournir le cadre nécessaire à un programme commercial réussi.

Quand l'organisation bénévole privée est choisie, il faudrait envisager l'acquisition des services de consultation de deux ou trois importateurs/distributeurs pour obtenir leur soutien et profiter de leur connaissance du marché. on devrait éviter l'exclusivité chaque fois que ce serait possible et considérer à ce moment là la possibilité de réaliser un programme parallèle dans le secteur privé comme décrit plus haut. Cependant, puisque une distribution commerciale existante et les moyens de vente au

détail sont proposés, des marges raisonnables et généreuses déjà fournies, et puisque le volume des ventes deviendrait probablement plus élevé si une décision de mettre sur pied un programme CRS est prise, il y aurait à la fois, assez d'engagement dans l'élaboration du programme et des avantages immédiats pour le secteur privé, spécialement les pharmacies qu'une opposition sera probablement minime et un programme parallèle inutile.

DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE POPULATION

Le Projet FPO a pour objectif à long terme "La réalisation d'une réduction importante et soutenue du nombre d'enfants par famille en Haiti". Cet objectif, et un développement satisfaisant du Projet lui-même par les agences gouvernementales requièrent un engagement politique de la part du gouvernement. Pour aider à développer cet engagement, l'USAID propose d'encourager une prise de conscience et une compréhension de l'impact de la croissance de la population sur le développement national, et d'appuyer le développement d'une capacité pour la formulation, l'application et l'évaluation de réglementations s'y rapportant.

Les activités envisagées comprennent "La recherche d'une politique de secteur spécifique visant à comprendre les déterminants spécifiques de fertilité en Haiti et leur interaction avec les paramètres de développement", d'une part et des séminaires et des ateliers pour la conscientisation d'autre part. Entre autre "mécanismes" et "stratégies", suggérés pour stimuler le processus, il y avait l'établissement d'un "Comité national sur la population et le développement de programmes appropriés, une supervision de la population et les dynamismes de développement et la recommandation de politiques et de programmes au gouvernement.

Un tel éventail d'activités va au-delà des possibilités d'organisation et de contrôle de la DHF, et le Projet avait envisagé la participation active du Ministère du Plan et de l'Institut de Statistiques, spécialement dans les analyses préparatoires. En fait, bien que les matières de population soient une part du mandat du DSPP, et que le Département ait formulé pour lui-même des objectifs démographiques¹, la tendance découverte par l'équipe d'évaluation est de considérer que le programme PF contient essentiellement des objectifs de santé et que la formulation d'une politique de population est une tâche qui incombe au gouvernement dans son ensemble.

Deux observations devraient être faites:

a) Il est tout à fait correct que la formulation d'une politique de population soit confiée à une institution multi-sectorielle, puisque l'implantation et l'évaluation de cette politique sera aussi une affaire multi-sectorielle.

1. En termes d'indices de mortalité infantile et de fertilité, y compris atteindre un CBR de 33 pour 100 en 1986 et de 20 pour 100 en 2000.

b) La situation implique aussi que le DSPP commence à considérer les activités de PF - un instrument important de la politique de population - comme un champ d'intérêt multi-sectoriel, et à travailler sur les voies et moyens de développer leur portée en collaboration avec les autres Départements. En fait, la réalisation des objectifs démographiques du DSPP nécessitera l'engagement actif des secteurs de l'éducation et de l'information dans une proportion importante, d'où, coopération et coordination seront d'une importance vitale*.

En fait, l'initiative dans le domaine de politique de population est venue essentiellement du Ministère du Plan. A la suite de son séminaire de A82 sur la Population, les Ressources et le Développement, l'Institut de Statistiques (IHSI) a insisté, suggérant la formation d'un groupe de travail sur les questions de politique de population et formulant tentativement une description de la formation et de rôle possibles d'un "Conseil National de la Population" (CNP).

Un groupe de travail a été établi par la Direction Générale du Ministère du Plan. Il comprend deux représentants de la Direction Générale dont, l'un est le coordonateur du groupe; deux autres représentants du Ministère du Plan, délégués par les directions de Programmation et de Planification régionales; deux représentants de l'IHSI; et un représentant du DSPP (Dr. W. Dieudonné de la DHF).

Le groupe de travail a produit deux documents sommaires sur la situation économique et démographique d'Haiti et travaille maintenant sur un document préliminaire qu'il exposera dans les grandes lignes, les politiques possibles en matière de population et proposera les voies et moyens de les institutionaliser. L'idée est, que ce document serve de base aux experts judiciaires pour la préparation d'une loi définissant la politique nationale en matière de population et créant le CNP. Le premier texte de ce document devrait être prêt dans les premiers mois de 1984.

Le groupe de travail n'a relativement pas consulté les autres Départements, ces consultations sont prévues pour les prochains mois. D'autre part, un effort a été réalisé pour sensibiliser les groupes de planificateurs des ministères techniques (Agriculture, Education etc.) par des démonstrations du modèle de: "Ressources pour la conscientisation de l'Impact de la Population sur le Développement" (RAPID); ce modèle basé sur le micro-ordinateur** se trouve au Ministère du Plan. Bien que la structure actuelle et la présentation du modèle pourraient être améliorés, (l'équipe d'évaluation a offert des suggestions en ce sens à son opérateur), c'est un instrument de grand potentiel pour sensibiliser ceux qui prennent les décisions. On devrait considérer de fournir une assistance pour habiliter le Ministère du Plan (en collaboration avec le Groupe Futur) à bien accorder l'instrument et sa présentation et à organiser des sessions pour les hauts fonctionnaires du Ministère même et des autres secteurs.

* Des actions sur une petite échelle engageant le DSPP et le Département de l'Education et de l'Information sont en cours.

** Développé par le Groupe Future (Washington).

Le Ministère du Plan a fait connaître son intention d'introduire des éléments explicites de politique de population dans le prochain Plan quinquennal (1986-1991). Il est clair que des études sectorielles seront nécessaires pour évaluer la nature et les implications des liens entre les dynamiques de populations et le développement socio-économique, spécialement en ce qui concerne la migration/urbanisation et la fertilité d'une part, et l'agriculture, l'éducation et la santé d'autre part.

Le Plan actuel (1981-1986) mentionne quelques problèmes liés à la population:

- La faible productivité agricole est liée à la dégradation du sol et à la fragmentation des parcelles sous la pression démographique.

- Les bas niveaux de condition de vie rurale ont causé la migration vers les centres urbains dans des conditions sanitaires catastrophiques.

- La planification doit aborder les problèmes spécifiques de catégories de population qui ont un accès insuffisant aux bénéfices de la croissance économique.

- Les ressources humaines ne sont pas utilisées à leur maximum, le chômage et les sous-emploi sont communs tant dans les zones urbaines que rurales.

- Le système éducatif a des difficultés à rattraper le nombre croissant de jeunes sans éducation.

Des études détaillées dans tous ces domaines seront nécessaires et devraient être élaborées pour répondre à la question à savoir quelles politiques de population pourraient aider à résoudre les problèmes économiques et sociaux spécifiques. Le Groupe de Travail voit la nécessité de tels efforts de recherche bien que l'on n'ait pas réalisé leur urgence (il faut des mois pour examiner correctement de tels problèmes d'une manière sérieuse et pour produire des études qui ne peuvent pas être écartées pour des raisons de faiblesse technique). L'USAID devrait établir clairement sa volonté de financer de telles études, donnant peut être à l'IHSI la possibilité de les identifier et de les prendre en charge.

Il est important de noter que les modèles démographiques/économiques en Haiti sont tout à fait caractéristiques et qu'une politique de population ne devrait pas être définie de manière dogmatique, mais sur la base d'études des problèmes spécifiques du pays.

A l'avenir, le GH sera chargé d'études pertinentes, définissant les stratégies appropriées et contrôlant leur application. Le GP aura une unité de soutien technique. Il y aura un besoin de formation à ce niveau, tout comme il existe un besoin maintenant au Ministère du Plan et dans les autres Départements.

Il est malheureux que l'Université (UEH) ne possède pas de Chaire d'Etudes de Population--non pas tant pour fournir une formation démographique

technique en tant que telle, que pour traiter de questions de population et de développement--comme une partie des programmes économiques et sociaux. En ce qui concerne les études de population appliqués à la planification, il doit être noté que le Centre de Formation pour les statisticiens (CEFORS) ouvrira bientôt un "Centre des Techniques de Planification et d'Economie Appliquée", qui semble être le lieu approprié pour former planificateurs en techniques liés à la population. L'USAID pourrait envisager d'accorder chaque année un nombre fixe de bourses partielles de préférence pour la formation supplémentaire des cadres moyens des différentes unités de planification du gouvernement. La formation à des niveaux plus élevés pourrait ne pas avoir un impact aussi important et poserait des problèmes quant au choix des institutions. Tout le monde connaît l'excellent programme développé par l'Université de Michigan avec l'assistance de l'ILO, mais la question de langue pose un problème.

Le rôle futur de DSPP dans la formulation d'une politique nationale de population reste une question ouverte. Le Département conserve ses attributions officielles dans les questions de population et sa structure future comprend un "Service de la Population". A l'examen attentif, il paraît que, cette unité s'occupera essentiellement des problèmes de migration et d'épidémiologie" (il est nécessaire de travailler d'avantage au DSPP sur ce dernier point). Le DSPP sera clairement responsable d'un plus grand volet de la stratégie de population, le programme de PF. Tout aussi clairement, ses préoccupations du gouvernement concernant la population sont plus diversifiées (la migration est une question très sérieuse), l'approche sera multi-sectorielle et, pour le moment, L'IHSI et le Ministère du Plan sont les partenaires-clés pour quiconque désire aider à développer ce procédé avec succès.

Recommandations

En conclusion, les recommandations suivantes sont faites à la DHF, au DSPP, et à l'USAID en ce qui concerne l'objectif du Projet FPO de développer une politique de population:

- * La DHF et le DSPP devraient profiter de l'occasion offerte par l'existence d'un Groupe de Travail multi-sectoriel pour promouvoir plus vigoureusement leurs objectifs de planification familiale. Le Groupe de Travail deviendra éventuellement un Conseil National de la Population avec des représentants des secteurs de l'éducation, de l'information, de l'agriculture et autre dont la collaboration est nécessaire pour que le DSPP et la DHF atteignent leurs propres objectifs. Cette recommandation pourrait être menée à bien en augmentant la représentation dans le Groupe de Travail, vu que les autres agences dépassent de beaucoup en nombre l'unique représentant de la DHF/DSPP, pour inclure un membre du personnel DSPP qui aurait l'autorité de prendre des décisions sur des secteurs variés au DSPP. L'actuel Directeur de l'Unité de Services Déconcentrés possède une préparation en matière de planification de population et devrait être employé comme ressource. L'USAID devrait faire comprendre clairement au Groupe de Travail et à l'Institut de Statistique qu'elle désire financer les études détaillées requises pour choisir les politiques

de population appropriées et dès qu'un Conseil National pour la Population sera formé l'USAID devrait exprimer son désir de soutenir le développement d'une unité technique d'aide.

- * L'USAID devrait accorder des bourses partielles pour formation supplémentaires aux cadres moyens dans différentes unités de planification des départements du gouvernement, particulièrement, à ceux du nouveau Centre qui va être ouvert par le CEFORS.
- * La DHF devrait développer une description complète des fonctions de son Service de Population, y compris la manière exacte d'organiser ses rapports avec les agences et les unités similaires des autres départements et comment elle participera au Conseil national pour la Population.

APPENDICES

BIOGRAPHIE DES MEMBRES DE L'EQUIPE

Norine C. Jewell, MPH-Actuellement Directeur de l'Association de la Planification Familiale du Maine; fournit une assistance technique 1-2 mois par an comme consultante--a travaillé en Haiti pour le Centre d'hygiene Familiale et la Division d'Hygiène Familiale; a travaillé au Chili et au Nigeria avec le Corps de la Paix, à Washington au Programme de Planification Familiale du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique et en Louisiane au Programme de Planification Familiale. Née au Canada, elle réside dans l'état du Maine.

Jean Lecomte M.D. actuellement consultant en santé publique avec sa base en Belgique; ancien Chef des Services Ruraux de Santé Préventive, Ministre de la Santé au Maroc, membre du staff du Conseil de Population à Taiwan et au Maroc; conseiller en PMI/PF, OMS au TONGA et Chef de la Division du Programme international sur la Fertilité en Caroline du Nord.

Alain Marcoux, diplômé en démographie et en Sciences Economiques. Actuellement consultant en analyse démographique appliquée et en études des populations avec sa base à Rome, Italie, il était en Tunisie avec l'Institut National de Statistiques, Université de Tunis Bureau National de la Planification Familiale et de la Population.

James Robinson MPA--actuellement consultant de la Banque Mondiale à Washington, ancien conseiller supérieur en matière financière et budgétaire pour le Ministre du Gouvernement Local en Egypte; vice-président, haut fonctionnaire administratif et financier, Université Américaine au Caire, Egypte Administration Occupationnelle de Sécurité et de Santé, Washington, Institut National des Affaires Publiques, Volontaire du Corps de la Paix, en Côte d'Ivoire.

DOCUMENTS CONSULTÉS

1. General

--USAID: Haiti-Project Paper-Family Planning Outreach (Sept. 1981).
Project Grant Agreement between the Republic of Haiti and the United States of America for the Project Family Planning Outreach (Sept. 1981)

--DSPP: Nouvelle Orientation du Département de la Santé Publique et de la Population (Déc. 1982)

--DSPP-DHF: Programmation des activités de PMI et de FP à l'échelle régionale et/ou districtale - Période octobre 1983 - septembre 1984 (June 1983);
Justification (Sept. 1983).

--Management study of the Division Family Hygiene, Westinghouse Health Systems, 28 May 1981.

2. Statistique et Démographie

--DSPP-DHF: Activités de protection materno-infantile et de planification familiale - Rapport annuel: 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982; - Rapport du semestre (janvier-juin 1983).

--IHSI: Enquête Haitienne sur la Fécondité (1977) - Rapport national (janvier 1981).

--IHSI: Analyse de quelques indicateurs démographiques tirés des Recensements de 1950, 1971 et 1982 (avril 1983); Note sur les paramètres démographiques de la période intercensitaire en Haiti 1971-1982 (juin 1983).

--IHSI: Enquête Haitienne sur la fécondité (1977) - Rapport national (janvier 1981).

--UN Population division: Some relationships between marital unions and fertility in six countries of the West Indies (November 1982).

--J. Allman and J. May: Fertility, mortality, migration and family planning in Haiti (Population Studies, 23, 3, 1979).

--Haiti Resident Advisor's Reports.

--DSPP-SCS: Manuel de normes statistiques (octobre 1979); Grandes lignes du rapport annuel des régions sanitaires pour la période 1er octobre 1982 - 30 septembre 1983.

--Grandes lignes du rapport annuel des régions sanitaires pour la période 1er octobre 1982-30 septembre 1983.

--DSPP-DHF: Archives et informations statistiques - Normes à l'usage des auxiliaires des dispensaires (janvier 1983);

--DSPP-BCS: Projet d'un cours de formation en statistiques sanitaires à l'intention de 40 aides statisticiens (n.d.).

3. Politique de Population

- UN Population Division/UNFPA: Population policy compendium - Haiti.
- IHSI: Population, ressources humaines et développement - Dossier du Séminaire: 8 - 10 décembre 1982.
- IHSI - Groupe de travail ad hoc sur la politique de population en Haiti: diagnostic de la situation démographique en Haiti.
- Battelle HARC: Population and Development Policy Report. Final country report: Haiti (May 1983)
- SE au Plan: Plan quinquenal de développement économique et social 1981-1986 (juillet 1981).
- Strategic Considerations in Developing a Population Assistance Plan for Haiti, Battelle, November 1981.

4. Entraînement et Education

- Draft: Report of T.A. Mission to Directorate of Health Education, DSPP, Haiti, Margaret Parlato, Sept. 1983.
- De l'Organisation de l'Education pour la Santé en Haiti, L. Eustache
- Manuel de Travail en Education Sanitaire DSPP, 1983
- Manuel de Formation des Matrones
- Programme d'Entraînement sur la Maternité/Puériculture/Contrôle des Naissances

5. Distribution de Services

- Report on Action Familiale d'Haiti, Shelagh O'Rourke, March, 1983
- Operations Research to Support Family Planning and Primary Health Care in Haiti, Draft, May 1983, J. Allman
- Contraceptive Distribution in Rural Haiti, Source Lessons Learned Sept 1982 Bordes, Verly, Allman
- Le Manuel de Normes et de Travail de la DHF
- Le Programme Communautaire, DHF, Avril 1982
- Programme National d'Education et d'entraînement en santé de la reproduction et laparoscopie
- Conditions de Fonctionnement d'un centre de stérilisation volontaire
- Etape pratique en Santé Communautaire
- Aide mémoire de l'Etudiant: PF
- Evaluation of the Haiti Rural Health Delivery System project, March 10, 1983
- Taux de Continuation a Gonaives, DHF, 1979

6. Financement/Administration

--Financial Analysis and Financial Projections prepared for the Departement de la Santé Publique et de la Population, 30 September 1982

--June 14, 1983, Neil Ewen, Foreign trip (AID/RSSA): Haiti 19-29, 1983
William H. Foegen, M.D. Director, Centers for Disease Control through: Dennis D. Tolsma Acting Director, CHPE

--DHF Budgets/Expenditure Reports FY 82, FY 83, FY 84.

--DHF Accounting Journal and Receipts Journal, 1982-83.

PERSONNES INTERVIEWEES

- USAID: Ms. Sue Gibson
M. Richard Metcalfe
M. Paul Hartenberger
- DHF: Dr. Serge Armand, Chef de DHF
M. Guy Fred Célestin, Chef de Section, R & E
M. Silvio Albert, Chef d'Administration
Dr. Lambert Jasmin, Chef de Section, Normes Medicales
Dr. Gadner Michaud, Assistant Chef
Dr. Jacqueline P. Louis, Assistant Chef
Mme. Georgette Mallebranche, Infirmière/Sage-femme
M. Fritz Pierre, Sociologue
M. Kercy Jacob, Section Commerciale
M. James Allman, R & E
Dr. Edouard, Projet Miragoane
M. Pierre François, Projet Miragoane
Mme. Irene Lafontant, Assistant Chef
Dr. Wooly Dieudonné, Chef de Section Dev. Communautaire
M. Jean Jacques, Chef d'Approvisionnement
- DSPP: Dr. Serge Toureau, Directeur General
Dr. Adeline Verly, Directeur, Unité des Services Deconcentres
Dr. Laurent Eustache, Directeur, Direction d'Education Sanitaire
Mme. Alphonse, Directrice, Bureau de Nursing
M. Guillet, Directeur, Bureau de Statistique
- REGION DU NORD:
- Dr. Marc Angrand, Directeur Regional
Mme. Marie Paul Edith Geffrard, Infirmiere
Mme. Camille, Auxiliaire
Dr. Lubin, Medecin Chef, Maternite
Serge Eloi Charles, Medecin Chef, Pédiatrie
M. Jean Pierre, Programme Alimentation Sèche
Rosemarie Jean Baptiste, Service Education Nutritionnelle
Fritz Magloire, Service Regional Approvisionnement
Jocelyne Prophète Jean-Jacques, Infirmiere regionale
Angelina Laine, Infirmiere Hygieniste PF
Musset Pean, Programme de Matrones
Dr. Ovide, Medecin Chef Forces Armées d'Haiti Region Nord
Soeur Sylmithe Mercier, Auxiliaire Dispensaire Limonade
Claudette Joseph, Auxiliaire Dispensaire Limonade
M. Leonard Altidor, Travailleur Social/Sterilization
M. Roger Fabien, Superviseur Agents Communautaires
M. Gabriel Guillaume, Agent Communautaire
Monitrice de l'ONAAC
M. Saint-Surin, Statistique
Mme. Hérireux, Statistique
Personnel du Centre de Santé, Limonade

REGION DU SUD:

Dr. Josette Bijoux, Directeur Regional
Dr. Ulrick Montas, Assistant Chef de region
Soeur Solange Gerard, Directrice Ecole d'Infirmiere
Mme. Caridad Rho, Auxiliaire Dispensaire Carrefour route
Mme. Nativita Calixte, Infirmiere clinique mobile
Mme. Jeanette Domerson, Auxiliaire clinique mobile
Mme. Yvette Désir, Auxiliaire clinique mobile
Mme. Hermine Lubin, Auxiliaire clinique mobile
Dr. S. Louissaint, Medecin Chef maternite
M. Jacques Fortune, Travailleur social
M. Choudry Pierre Pyland, Service regional d'Approvisionnement
Dr. Nicolas Elie, Medecin Superviseur Regional
Mme. Ginette Charles, Programme de Matrones
Mme. Yvette Henri Pierre, Agent Communautaire
Mme. Tussina, Superviseur, Agent de Santé
Statisticien Regional

MIRAGOANE:

Dr. Yves Alexandre, Medecin Chef District
Dr. Mompont, Medecin Chef Maternite
Jean-Claude Clouis, Travailleur social

PETIT GOAVE:

Dr. Michel Leandre, Medecin Chef District
Dr. Camille Archange, Chirurgien Hopital Notre Dame
Dr. Fritz Lolagne, Obsteticien gynecologue privé

MINISTERE DU PLAN:

M. Yves Blanchard, Secretaire d'Etat
M. Edouard Berrouet
Mr. Duberval

ACTION FAMILIALE D'HAITI:

Pere Welters

CITE SIMONE:

Soeur Marie Helene Van Keerbergen
Dr. Reginald Boulos

INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE:

M. Courbage
M. Fortunat

UNDP:

Mme. Edith Lataillade

HISTORIQUE DES ANALYSES DEMOGRAPHIQUES

ANNEXE I-V

Alain Marcoux

ANNEXE I

ESTIMATION DU NOMBRE DE FEMMES A RISQUE DEPUIS LE DEBUT DU PROGRAMME

"Femmes à Risque" sont définies comme celles qui ont entre 15 et 49 ans, et sont soit mariées, placées ou engagées dans un des types d'union sans cohabitation qui sont communes en Haiti.

A. Femmes à Risque en 1971

Il y avait environ 1.076.900 femmes âgées de 15-49 ans lors du recensement de 1971. Ce chiffre devrait être augmenté pour corriger le sous-comptage qui pour les besoins de ce rapport est considéré être de 5% (voir Annexe V). Alors la proportion de femmes en union doit être appliquée au nombre estimé de femmes entre 15 et 49 ans. Il est mieux d'utiliser les catégories appliquées dans l'Enquête sur la Fertilité en Haiti de 1977 qui sont plus précises que celles employées par les recensements. La proportion de femmes en union au moment de l'enquête était de 57.4 pour cent. Il semble que depuis il ya un léger déclin de cette proportion (voir Section 2 du rapport) elle sera arrondie au chiffre supérieur en 1971.

L'estimation du nombre de femmes à risque en 1971 (en milliers) est estimé par conséquent à:

$$1.076.9 \times 1.05 \times 0.58 = 655.8$$

B. Femmes à risque en 1982

Le recensement de 1982 donne un total de 5.053.800 d'habitants. Ce chiffre sera grossi de 6 pour cent pour corriger l'estimation du sous comptage (voir Annexe V). La proportion de femmes entre 15 et 49 ans doit être estimée, étant donné que les données par âge ne sont pas disponibles. Je devrai utiliser la proportion observée lors de l'Enquête sur la Fertilité en Haiti ou 23.5 pour cent. En ce qui concerne la proportion de femmes en union, elle sera celle observée dans la même enquête arrondie au chiffre inférieur.

L'estimation (en milliers) du nombre de femmes à risque en 1982 est par conséquent:

$$5.053,8 \times 1,06 \times 0,235 \times 0,57 = 717,6$$

C. Femmes à risque 1973-1983

Le nombre de femmes à risque par an depuis le début du programme jusqu'à maintenant, est obtenu par simple interpolation pour les années 1973-1981 et par extrapolation pour 1983.

Les estimations sont les suivantes:

1973	667,0
1974	672,7
1975	678,3
1976	683,9
1977	689,5
1978	695,1
1979	700,1
1980	706,4
1981	712,0
1982	717,6
1983	723,2

Il est possible d'estimer, bien qu'approximativement, le nombre total de femmes qui étaient à risque à un moment ou à un autre au cours de la période concernée. Pour ce faire, nous devons estimer les distributions d'âge des femmes à risque en 1973 et en 1983:

Groupe d'âge	Nombre en 1973	Nombre en 1983
15-49	46,9	55,7
20-24	96,7	132,3
25-29	125,2	151,1
30-34	110,7	119,3
35-39	116,7	103,2
40-44	88,6	83,1
45-49	655,8	723,2

Le groupe de femmes à risque à un moment ou à un autre peut être considéré la somme de:

- a) les femmes à risque en 1973
- b) les femmes âgées de 15 à 49 ans et à risque en 1983 (qui sont entrées dans le groupe entre 1973 et 1983) et
- c) les femmes âgées de 15 à 49 ans qui n'étaient pas en union en 1973 et qui ne sont entrées en union entre 1973 et 1983

Nous avons a) = 655,8
b) = 55,7 + 138,3 = 188,0
c) peut être estimé en deux parties:
c1) les femmes âgées de 15 à 49 ans en 1973 qui sont entrées en union
c2) les femmes âgées de 25-49 en 1973 qui sont ensuite entrées en union. Les femmes âgées entre 15 et 24 ans en 1973 étaient âgées de 25-34 en 1983, ainsi
c1) = (151,1 + 110,3) - (46,9 + 96,7) = 126,8

L'estimation de c2 substitue l'utilisation des estimations des proportions de femmes mariées dans les divers groupes d'âge. Les détails peuvent être omis ici. Le résultat est: (c2 = 47,6).

Nous arrivons à l'estimation finale de:

(a)	655.8
+ (b)	188.0
+ (c1)	126.8
+ (c2)	<u>47.6</u>
	1,018.2

qui doit être une légère sous-estimation parcequ'elle néglige l'effet de la mortalité entre 1973 et 1983, sur les femmes des groupes (b) et (c) après qu'elles soient entrées en union.

ANNEXE II

ESTIMATION DE LA POPLATION MALE VISE
1973-1983

Lors du recensement de 1971, il y avait environ 1.068.600 homes âgées de 15 à 59 ans. En augmentant ce chiffre de 5% pour des sous-comptages (voir Annexe V) nous avons une estimation (en millier) de:

$$1,068,6 \times 1,05 = 1.122,0$$

Pour 1982, notre estimation e la population totale est de 5.357.000 habitants (voir Annexe V). En appliquant à ce chiffre à la proportion d'hommes âgées de 15 à 59 ans observée lors de l'Enquête sur la Fertilité de 1977, nous obtenons cette estimation:

$$5.357,0 \times 0,257 = 1.376,7$$

Les estimations pour les années 1973-1981 sont trouvées par interpolation et pour 1983 par extrapolation

1973	1.168,3	
1974	1.191,5	
1975	1.214,6	
1976	1.237,8	
1977	1.260,9	
1978	1.284,1	
1979	1.307,2	
1980	1.330,4	
1981	1.353,5	
1982	1.376,7	
	1983	1.399,9

ANNEX III

ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERES CONTINUES DE LA PILLULE, DES CONDOMS, DE LA CREME ET AUTRES METHODES A L'EXCLUSION DU STERILET ET DE LA STERILIZATION

Pour estimer le nombre de femmes utilisant d'une manière continue les méthodes qui réclament un "réapprovisionnement", il est nécessaire d'estimer les taux de continuation de ces méthodes. Et puisque les statistiques de service ne donnent pas de détail des anciennes contraceptrices pendant une année par méthode, il est nécessaire de considérer toutes les méthodes ensemble. Apparemment, les taux calculés seront les taux de continuité de toutes les méthodes.

Afin d'avoir une idée de quelques taux de continuation dans le Tableau I, comparez d'abord le nombre d'anciennes contraceptrices à celui des nouvelles contraceptrices des années précédentes.

Le Tableau III-1 fournit ces données pour les années de 1974-1982

Tableau III-1

NOUVELLES ACCEPTRICES MOINS LE STERILET ET LA STERILIZATION ET ANCIENNES CONTRACEPTRICES 1974-1982

Année	Nouvelles Contraceptrices	Anciennes Contraceptrices
1974	4.520	-
1975	14.162	-
1976	14.580	9.811
1977	19.015	14.020
1978	23.029	13.246
1979	32.784	15.062
1980	33.296	22.219
1981	35.005	24.476
1982	47.340	29.264

141

Supposons que toutes les anciennes contraceptrices utilisent la pilule, le condom, la crème et d'autres méthodes modernes, et comparons leur nombre à celui des nouvelles contraceptrices des mêmes méthodes au cours des deux années précédentes, alors dans les trois années précédentes:

Tableau III-2

PROPORTION DES ANCIENNES CONTRACEPTRICES AUX NOUVELLES

Année	2 années précédentes	3 années précédentes
1976	0,53	0,43
1977	0,49	0,42
1978	0,39	0,28
1979	0,36	0,27
1980	0,40	0,30
1981	0,37	0,27
1982	0,43	0,29

Le plus élevé est la proportion, le meilleur est la continuation. Cela étant le cas, il semble que la continuation était meilleure au cours des premières années du programme pour estimer les taux de continuation récente, il sera mieux d'utiliser les valeurs des proportions observées depuis 1978. Les moyennes de ces proportions sont les suivantes:

$$\begin{aligned} -A.C./N.A. \quad (2 \text{ years}) &= 0.39 \\ -A.C./N.A. \quad (3 \text{ years}) &= 0.28 \end{aligned}$$

En préparant un tableau de la continuation estimée, ces valeurs seront prises comme taux de continuation à la durée qui correspond à la moyenne de temps écoulé depuis l'acceptation quand les anciennes contraceptrices viennent pour la première fois au cours d'une année donnée.

Au 1er janvier d'une année donnée on peut présumer que les nouvelles contraceptrices des deux années précédentes ont accepté les méthodes en moyenne, 11 mois auparavant (pas 12 parce que les nouvelles contraceptrices des années précédentes sont plus nombreuses et font baisser la moyenne). Présument que les anciennes contraceptrices se sont présentées 4 mois après le début de l'année en moyenne, j'ai attribué la première proportion aux 15 mois de durée et par conséquent la deuxième à 21 mois de durée. Après la préparation d'un tableau de continuation autour de ces valeurs l'essayant et le corrigeant, je suis arrivé au tableau résumé ci-après:

Durée en mois	Taux de continuation (pourcentage)
0	100
6	74
12	51
18	32
24	17
30	6
36	0

Lesquels quand appliquées à la série de nouvelles contraceptrices (par semestre) donne des estimations du nombre d'usagères ayant accepté au cours des années précédentes qui en moyenne sont proches des chiffres des anciennes contraceptrices pour 1978-1983. Ce tableau, semble-t-il, décrit adéquatement la continuation de toutes les méthodes par des femmes qui ont accepté depuis le deuxième semestre de 1977 les méthodes que nous examinons.

Cependant, le tableau semble sous-estimer les taux de continuation qui prévalaient au début du programme. Ainsi, je dois estimer le nombre total des usagères de ces méthodes (au milieu de chaque année de 1974 à 1983) en ajoutant le nombre d'anciennes contraceptrices au nombre d'usagères continues du premier semestre de chaque année (le dernier étant estimé au moyen du tableau ci-après) :

Année	Anciennes	Nouvelles	Total
1974	2,610*	1,879	4,489
1975	3,638*	5,894	9,532
1976	9,811	6,686	16,497
1977	14,020	7,914	21,934
1978	13,246	9,158	22,404
1979	15,062	13,037	28,099
1980	22,219	13,241	35,460
1981	24,476	13,920	38,396
1982	29,264	18,825	48,089
1983	18,576	14,427	33,003

* Estimé par l'application des taux de continuation présumés, reflétant les niveaux de continuation impliqués par le nombre d'anciennes contraceptrices de 1976 et 1977.

ANNEX IV

ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS DE CONDOMS

Considérons le nombre de nouveaux acceptants et des visites subséquentes de 1979 à 1982 (par millier)

Année	Nouveaux Acceptants	Visites Subséquentes
1979	71,6	227,9
1980	59,1	394,1
1981	52,0	276,5
1982	65,1	421,2

Les visites subséquentes concernent tant les nouveaux acceptants demandant un réapprovisionnement au cours de l'année et les acceptants des années précédentes. La grande variation dans le nombre de ces visites peut être d'abord attribué aux variations dans la conduite des nouveaux acceptants: supposons qu'en 1979 et 1981 les nouveaux acceptants font une visite en moyenne contre deux pour les nouveaux acceptants de 1980 et 1982. Par soustraction, nous obtenons une estimation du nombre de visites faites par les acceptants précédents.

1979	156,3
1980	276,0
1981	224,6
1982	291,0

La moyenne de condoms fournis par visite au cours de cette période était 24, correspondant au sixième de la quantité nécessaire pour assurer la protection d'un couple pendant une année. Par conséquent nous convertissons ces nombres de visites en nombre d'usagers équivalents à plein temps en les divisant par 6*:

1979	26,0
1980	46,0
1981	37,4
1982	48,5

* Cela présume implicitement aucun gaspillage de contraceptifs, il peut donc représenter une surestimation de nombre correspondant d'usagers.

1/82

Ajoutons maintenant à cela le nombre estimé de nouveaux acceptants de l'année qui sont des usagers au milieu de l'année, nous pouvons supposer qu'ils représentent 40% de ces nouveaux acceptants (c'est-à-dire 80 pour cent de l'estimation des acceptants du premier semestre) pour les deux années où la continuation semble être la meilleure et un tiers pour les deux autres années. L'estimation résultant du nombre total d'usagers est:

1979	54,4
1980	65,7
1981	58,2
1982	70,2

Si nous comparons ces estimations au nombre cumulatif des nouveaux acceptants sur les trois ans (y compris l'année en cours) nous trouvons les proportions des usagers aux acceptants cumulatifs de:

1979	0,36
1980	0,38
1981	0,32
1982	0,40

Le modèle est assez régulier avec une moyenne de 0,36. Etant donné que ce dont nous avons besoin est une moyenne pour estimer le nombre d'usagers de condoms pour toute la période, j'ai choisi de la faire en appliquant cette proportion aux séries de nombres cumulés d'acceptants comme dit plus haut. Les résultats se trouvent dans le Tableau 9.

1/60

ANNEX V

ESTIMATIONS DU NOMBRE D'HABITANTS ET DE LA CROISSANCE DE LA POPULATION 1971-1982

Le taux apparent de croissance de la population d'Haiti entre 1971 et 1982 était estimé à environ 14 pour 1.000 (14,0 avec la formule arithmétique et 14,2 avec la formule géométrique). Il a été dit quelquefois que toute la population n'a pas été inscrite dans le recensement, et que le taux de croissance doit être plus élevé.

Il faut faire une distinction entre ces deux propositions: sûrement le total de la population n'a pas été inscrit (tous les recensements ont ce défaut), mais cela n'implique pas un taux de croissance plus élevé à moins qu'il soit montré que le recensement de 1971 est meilleur du point de vue de la couverture; on n'a pas de preuve que ce soit le cas.

Le taux de croissance apparent devrait être confronté avec des estimations indépendantes de naissance, de mortalité et de taux net d'émigration.

1) Le taux brut de naissance était estimé à 39,8 par 1.000 pour l'année précédant le recensement de 1971 et à 35,1 par 1.000 à l'époque de l'Enquête Démographique (MDS). La source la plus fiable de données sur la Fertilité en Haiti, l'Enquête sur le Fertilité en Haiti, donne une estimation 36,6 par 1.000 confirmant l'estimation de 37 pour 1.000 en 1976 par l'IHSI. Nous pouvons baser une estimation raisonnable sur le déclin apparent à partir du niveau de 39,8 pour 1.000 en 1970/1971* à 36,6 pour 1.000 en 1975/1976 la moitié de la période de référence pour les estimations de l'enquête sur la Fertilité en Haiti); la moyenne de déclin serait donc un peu plus que 0,6 par 1.000 par an. Si on présume que le déclin serait donc un peu plus que 0,6 par 1.000. Dans tous les cas cela peut avoir été le niveau au milieu de la période entre le recensement (en 1976/1977) et peut donc être utilisé comme le niveau moyen quelque ait été la tendance.

2) Il n'y a pas de preuve du déclin des mortalités au cours de la période que couvre le recensement. Le taux brut de mortalité était estimé à 16,5 pour 1.000 en 1970/1971 (à partir des données du recensement, par la méthode Brass) et à 16,2 par 1.000 par la MDS. L'IHSI l'a estimé à 17,3 pour 1.000 au milieu de la période du recensement, utilisant les nouvelles données de la MDS pour la mortalité après l'âge de 5 ans, tandis qu'il y a pu avoir un déclin dans la mortalité des adultes et des adolescents entre 1971 et 1977. Pour être plus sûr, il sera mieux d'utiliser un taux moyen de 16,5 par millier.

* Afin de rester en règle avec la périodicité du recensement on utilise les périodes entre septembre d'une année à août de l'année suivante.

3) L'ampleur de l'émigration totale est évidemment difficile à évaluer. Le taux était estimé à 4 par millier par le MDS à un moment où le flot des émigrants n'atteignait pas son apogée. En 1971/1972 il était estimé être de 20.000 à 25.000 personnes par an ce qui implique un taux moyen de 4 à 5 par millier (4,5 par millier est utilisé dans ce rapport).

4) Le taux de croissance et ses composants peuvent avoir été, en moyenne au cours de 1971/1972:

Taux brut de naissance	36	par 1,000
Taux brut de mortalité	16,5	"
Taux de croissance naturelle	19,5	"
Taux net d'émigration	4,5	"
Taux de croissance de la Population	15	"

La question du nombre d'habitants reste ouverte. Malheureusement aucune estimation scientifique de l'ampleur du nombre de personnes non inscrites dans les recensements n'est disponible. L'estimation ci-dessus suggère seulement que le recensement de 1982 tel qu'il est comparé à celui de 1971 avait un pourcentage de 1% de personnes non inscrites de plus. Vu qu'une preuve évidente (telle une comparaison avec le comptage des ménages par les FADH) suggère que le recensement de 1971 était d'assez bonne qualité et se basant sur le jugement informé des experts résidents, on peut présumer que le taux de personnes non inscrites a été 5 pour cent en 1971 et de 6 pour cent en 1982.

AMELIORATION
QUANTATIVE ET QUALITATIVE
DES
SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

HAITI
2 octobre - 2 novembre 1983

Dr. J. LeCoi

INTRODUCTION

Une mission d'évaluation du "Family Planning Outreach Project" du Département de la Santé Publique et de la Population (DSPP) et de l'USAID a eu lieu à Haiti du 2 octobre au 2 novembre 1983 pour évaluer les réalisations du projet, identifier les problèmes et proposer des recommandations susceptibles d'améliorer ses performances.

L'évaluation porte sur les 4 composantes suivantes:

1. Administration et Gestion du Programme
2. Analyse Financière
3. Démographie et Statistiques
4. Amélioration quantitative et qualitative des prestations des services du PF.

Le présent rapport a trait à la quatrième composante. Il s'attache à l'analyse du système institutionnel pour la prestation des services de PF, examine les résultats obtenus, explore les possibilités de collaboration avec le système privé, étudie les questions relatives à la formation, et la supervision du personnel ainsi qu'à la programmation, compte tenu de la mise en application de la politique d'intégration et de régionalisation du DSPP.

Des recommandations pratiques sont faites tout au cours du rapport en fonction des problèmes rencontrés afin d'améliorer les performances globales du programme de PF.

DONNEES DE BASE SUR LA DISTRIBUTION DES SERVICES

ANNEX I - IV

Jean LeComte, M.D.

ANNEXE I

Programmation de la Supervision

Compte tenu du rôle normatif de la DHF, le but fondamental de la supervision exercée par la Division est l'encadrement technique et administratif des responsables des régions, des districts et des sous-districts afin de leur permettre d'exécuter le programme dans le respect des normes, garantes de sa publicité.

Le Programme de Supervision prévoit des objectifs spécifiques de la supervision pour chaque type de programme ou d'activité, à savoir:

- PMI
- PF - Etendre la PF à travers toutes les régions sanitaires
Promouvoir le respect des normes en PF
Consolider et étendre la stérilisation volontaire féminine
Promouvoir la stérilisation volontaire masculine
- Protection infantile
- Diarrhée/Allaitement maternel
- Entraînement du personnel infirmier
 - Observer le travail de chaque membre du personnel infirmier selon son niveau de préparation.
 - Signaler les besoins en formation et recyclage
 - Obtenir en cas de besoins le matériel éducatif nécessaire
 - Superviser à tous les niveaux les activités de PMI/PF
- Programme des matrones
 - Contrôler la marche et envisager l'extension

L'équipe de supervision est multi-disciplinaire et se compose de 2 à 5 membres choisis parmi les sections de la DHF en fonction des activités à superviser. Les membres de cette équipe sont choisis parmi les sections/programmes suivants:

- PMI et supplément alimentaire pour les femmes enceintes
- Vaccination et réhydratation orale
- PF et stérilisation volontaire
- Développement communautaire
- Evaluation et recherche
- Recherche opérationnelle
- Administration et sous-sections
- Soins infirmiers en PMI/PF
- Entraînement
- Matrones
- FADH
- Commercialisation de contraceptifs
- Distribution alimentaire

172

Le calendrier de la supervision prévoit 2 étapes:

1. Une supervision routinière d'octobre 83 à Mars 84 à raison de 21 sorties dans 31 districts de toutes les régions.

2. A partir d'avril 84, une supervision sélective en fonction des principaux problèmes rencontrés au cours de la période précédente.

Le calendrier pour la première période est actuellement établi, avec dates de sorties, lieu des visites et composition de l'équipe. La durée de chaque visite de supervision varie de 5 à 6 jours de façon à permettre à l'équipe de supervision d'examiner à fond l'ensemble des questions qui se posent.

La réalisation du programme de supervision envisage la méthodologie suivante:

1. Préparation

- Envoi du calendrier de supervision à tous les Directeurs Régionaux et Administrateurs de District;
- Lettre annonçant avant chaque visite au Directeur Régional et aux Administrateurs de District les dates, les buts et la composition de l'équipe de supervision.

2. Sur le terrain

- Réunion avec le Directeur Régional/l'Administrateur de District, l'interlocuteur de PMI/PF, exposé des buts de la visite et établissement d'un calendrier de travail.
- Exécution du calendrier avec participation de tous les responsables intéressés.
- Déplacements sur le terrain avec participation de l'interlocuteur de PMI/PF.
- Dans chaque institution visitée, instauration d'un registre de supervision où sont consignées toutes les observations et les recommandations qui doivent être pratiques, s'adresser spécifiquement au(x) responsable(s) chargé(s) de les mener à bien et prévoir un délai d'exécution.
- Ce registre qui sera revu à chaque visite permettra de suivre le degré d'exécution des recommandations et donc l'amélioration des activités jusqu'au niveau le plus périphérique.

- Réunion de synthèse avec le Directeur Régional/Administrateur de district, interlocuteur de PMI/PF, membre du staff régional intéressé et représentant des institutions visitées. Exposé des problèmes, et des performances et notification des recommandations dans un registre régional/districtal.

3. Suivi du programme de supervision comporte:

- Compte rendu de chaque membre de l'équipe de supervision à remettre dans les 8 jours au chef d'équipe.
- Synthèse de la visite de supervision par le chef d'équipe à remettre au chef de la section Evaluation/Recherche qui en informe le Directeur de la DHF afin d'entreprendre les actions nécessaires du ressort de la DHF.

Après une période de 6 mois, au cours de la quelle 21 visites de ce type auront été effectuées, la Section d'Evaluation et de Recherche dressera un bilan du Programme de la Supervision routinière et en fonction de ce dernier, élaborer un calendrier de supervision spécifique.

Ce bilan comprendra les rubriques suivantes:

Nombre de visites prévues et nombre de visites réalisées.

Contraintes

Principaux problèmes décelés au cours de la supervision et solutions envisagées.

Suites données aux recommandations.

Outre cette supervision exercée par l'équipe multidisciplinaire de la DHF, la supervision journalière (Monitoring) des activités de PMI/PF est également renforcée au niveau Régional et Districtal. En effet, dans le cadre de la régionalisation, chaque région et chaque district se verra attribuer un interlocuteur de PMI/PF (Médecin ou infirmière hygiéniste) et un éducateur sanitaire régional chargé de superviser toutes les activités ayant trait à leur domaine respectif. La nomination de ce personnel était en cours lors du déroulement de cette mission.

L'exposé, un peu long, du programme de supervision méritait d'être fait dans ce rapport car il démontre sans ambiguïté la volonté des responsables de la DHF de renforcer cette activité, trop longtemps négligée.

ANNEXE II

L'utilisation de la Prévalence Contraceptive en Programmation/Supervision

1. Méthodologie

Au niveau régional, l'objectif global fixé en terme d'utilisatrices doit être repercuté au niveau de chaque formation sanitaire qui a la responsabilité d'assurer la prise en charge d'une population donnée. Cette démarche est nécessaire pour permettre d'une part de mesurer quantitativement les progrès du programme et d'autre part pour évaluer les performances accomplies par chaque secteur. Pour fixer les objectifs réalistes à chaque secteur, une série de critères doivent être pris en considération, tels que:

- Population éligible (femme en union 15-49 ans)
- Personnel disponible (agents de santé, agents communautaires, matrones certifiées/actives, collaborateurs volontaires, promoteurs, travailleurs sociaux).
- Présence d'une unité mobile.
- Personnel formé et facilité d'accueil pour la stérilisation volontaire.
- Nombre d'utilisatrices existantes.

Après une période de 6 mois à un an, l'expérience permettra de tirer certaines leçons pratiques. Si par exemple, un secteur est loin d'avoir atteint ses objectifs, une enquête doit être faite par l'interlocuteur de PMI/PF afin d'en identifier les raisons et y porter remède. (Les objectifs fixés sont trop élevés? Manque de personnel qualifié? Manque d'activité d'information, d'éducation et de motivation? Manque de supervision? Rupture de stock de contraceptifs? Incident survenu à une ou plusieurs utilisatrices?...)

En cas de performance très satisfaisante, l'interlocuteur de PMI/PF peut s'attacher à identifier les raisons de cet état de chose et entirer les leçons qui pourraient éventuellement être appliquées ailleurs.

2. Fiche de Prévalence Contraceptive

ii

Population totale. _____
 Nationale/Régionale/District/S-District/Section

Population cible _____

Nombre d'utilisatrices de Pilule _____

Nombre d'utilisatrices de Condoms _____

Nombre d'utilisatrices de DIU _____

Nombre d'utilisatrices de Depo Provera _____

Nombre d'utilisatrices de mousse vaginale _____

Nombre de stérilisations _____

Nombre d'utilisatrices de méthode naturelle _____

Nombre d'utilisatrices de toutes les méthodes _____

Prévalence contraceptive.

Nombre d'utilisatrices de toutes méthodes x 100 _____
 Population cible

176

Population Totale

iii

Au niveau national, de la région, du district, du sous-district et du secteur, ce chiffre peut être obtenu soit à partir du recensement, corrigé par les estimations intercensitaires de l'Institut de Statistiques, soit à partir des recensements et mises à jour de la population du secteur par les agents sanitaires, les promoteurs, les agents du SNEM, etc.

Population Cible

C'est le nombre de femmes en union, âgées de 15-49 ans exposées au risque de grossesse. Ce chiffre représente 70% du nombre total de femmes âgées de 15-49 ans.

Nombre d'utilisatrices de Pilule

Ce chiffre correspond 1/ à la moyenne du nombre total de cycle de pilule distribués au cours des 3 mois précédents. Il est obtenu en divisant par 3 le nombre total de cycles de pilule distribués par tous les points d'approvisionnement du secteur/district/sous-district... (Dispensaires, dépôts communautaires, pharmacies communautaires, etc.). Ces données sont disponibles à partir du mouvement de l'état des stocks de chacun de ces points de distribution.

Nombre d'utilisatrices de condoms

Pour obtenir ce chiffre, déterminer le nombre de condoms distribués au cours des 3 derniers mois dans le secteur en question et par tous les points d'approvisionnement. La source de ce renseignement, comme pour les pilules est le mouvement de l'état des stocks. Diviser ce chiffre par 3 pour avoir une moyenne mensuelle. En supposant une fréquence de 10 rapports par mois et en ajoutant 5 condoms pour le gaspillage et les pertes, diviser cette moyenne mensuelle par 15 pour avoir le nombre d'utilisatrices de condom au cours du mois.

1/ En fait pas de façon tout à fait exacte étant donné le gaspillage et le fait que le nombre de cycles de pilules distribués varie de 1 à 3 à chaque visite. Néanmoins le chiffre obtenu est suffisamment proche de la réalité pour pouvoir être utilisé dans l'établissement de la prévalence contraceptive.

171

Ce chiffre est calculé à partir du nombre total d'insertions et de réinsertion de secteur, district, sous-district ou région en question, au cours de l'année écoulée ainsi qu'en tenant compte des insertions (et réinsertions) réalisées au cours des années précédentes.

Les insertions faites au cours des années précédentes sont multipliées par un coefficient de continuité que l'on pourrait, faute de mieux, estimer à partir d'une petite enquête réalisée parmi les acceptrices de DIU du secteur de Deschapelles. Ultérieurement, lorsque le programme de DIU se sera étendu, une enquête plus large devra être faite afin d'avoir des taux de continuité plus représentatifs.

	1983	1982	1981	1980	1979	
N. d'insertions	a	b	c	d	e	
Pourcentage actuellement protégé (2)	88%	75%	67%	61%	50%*	
Nombre actuellement protégé (3)	A	B	C	D	E	TOTAL

Dans chaque colonne, multiplier le nombre d'insertions effectué au cours des années successives par le pourcentage de femmes qui sont actuellement toujours protégées: $a \times 0,88 = A$; $b \times 0,75 = B$; $c \times 0,67 = C$, etc. Inscrire les résultats en (3). La somme de tous les résultats (A+B+C+D+E) représente le nombre actuel de femmes protégées par l'acceptation d'un DIU. C'est ce dernier chiffre (TOTAL) qu'il faut entrer dans la feuille de prévalence contraceptive.

Remarque

Le nombre d'insertions et de réinsertions annuels (a,b,c,d,etc.) sont disponibles au niveaux des institutions qui delivrent ce genre de service.

*Ces pourcentages purement illustratifs et dérivés d'une enquête de continuation des méthodes contraceptives effectuée au Maroc.

Nombre d'utilisatrices de Depo Provera

v

C'est le nombre total d'injections effectuées dans le secteur, district, sous-district ou région au cours des 3 derniers mois. Ce chiffre est fourni par le ou les institutions où le Depo Provera est disponible.

Nombre d'utilisatrices de mousse vaginale

Comme pour le Depo Provera, c'est le nombre total de tubes distribués dans le secteur, district ou sous-district au cours des trois mois précédents. Il est fourni par le mouvement de l'état des stocks des points de distribution.

Nombre de stérilisations

Additionner toutes les ligatures tubaires et les vasectomies effectués dans le secteur, district, sous district ou région.

Nombre d'utilisatrices de méthodes naturelles

C'est le nombre de femmes qui pratiquent régulièrement cette méthode. Ce chiffre peut être obtenu auprès des institutions qui fournissent cette méthode ainsi que chez le Directeur Régional de l'Action Familiale d'Haiti.

Prévalence Contraceptive

Ce chiffre représente le nombre de femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive offerte par le programme du DSPP. (A l'exclusion du secteur commercial) il est obtenu en divisant le nombre total d'utilisatrices par la population cible.

Notation graphique

Au niveau de la région, du district et du sous-district, faire un diagramme en barre représentant la prévalence contraceptive, par méthode et total.

Indiquer la date et recommencer l'opération tous les 6 mois de façon à mesurer les changements au cours du temps.

1/19

ANNEXE III

Description des Fonctions de la Direction d'Education Sanitaire

La Direction a pour fonction de définir la stratégie globale et les normes du programme d'éducation pour la santé, d'encadrer le niveau périphérique dans l'organisation et l'exécution du programme, de coordonner et superviser toutes les activités d'éducation sanitaire du secteur public et privé, d'orienter et d'entraîner le personnel en place en éducation sanitaire, de promouvoir l'enseignement de l'éducation sanitaire dans les écoles de formation médicales et paramédicales, de produire et distribuer du matériel de support éducatif et de définir et expérimenter de nouvelles approches de participation communautaire dans l'Education pour la santé.

Le Comité de Coordination, formé d'un membre de chaque section et Direction du DSPP ayant des activités d'éducation sanitaire, a pour fonction de déterminer le contenu national du programme d'éducation pour la santé, d'identifier les études et recherches à entreprendre, de participer à l'évaluation du programme, et de déterminer les sources de financement pour chaque activité ainsi que les modalités de participation financière de chaque division.

La section d'administration s'occupe du budget, des dépenses, du personnel, de l'approvisionnement et du transport.

Le service de formation médicale et paramédicale identifie en collaboration avec la Division de Nursing du DSPP et la Faculté de Médecine les besoins et changements nécessaires à apporter dans les curricula pour y introduire des éléments d'éducation pour la santé. Elle évalue les capacités pédagogiques, et techniques des professeurs et organise leur entraînement, elle évalue les besoins en formation du personnel en cours d'emploi et organise son recyclage et définit une stratégie pour la formation continue et ses modalités d'application.

La section de stratégie et d'évaluation définit et expérimente différentes approches pour stimuler la participation communautaire dans l'éducation pour la santé, conduit des enquêtes en matière de perception audiovisuelle, établit des contacts avec d'autres secteurs et organismes intéressés aux problèmes d'éducation pour la santé, assure l'information du personnel et le tient au courant des innovations, vulgarise les lois, manuels, normes, etc. en matière de prestations et administration des services, organise un bureau de documentation pour le DSPP et analyse et évalue l'information.

La section de communication de masse encadre le niveau périphérique dans l'organisation de programme radio, planifie les activités avec la télévision, organise le programme de cinéma éducatif au niveau national, organise des activités avec la presse écrite et supervise toutes les activités de communication intéressant les mass media.

Le service d'éducation en communication organise toutes les activités d'entraînement en matière d'éducation pour la santé, encadre les structures périphériques dans l'organisation de la communication directe, de l'éducation des groupes scolaires et extra scolaires et fournit le matériel adéquat et supervise toutes les activités d'éducation pour la communication directe.

La section de production a pour fonction la conception, la production, la détermination de l'utilisation et la distribution de tout le matériel éducatif du DSPP.

Estimation Budgétaire - Direction de l'Education Sanitaire
1983 - 1984

Personnel	-	
Matériel de Bureau	11,468	
Fonctionnement (électricité, etc.)	14,600	
Equipement (niveau central)	48,275	
Equipement (niveau périphérique)	25,546	
Préparation des normes	11,750	
Informations scientifiques	16,000	
Dépliants	35,750	
Livrets	40,000	
Affiches	45,000	
Radio	28,000	
Diapositives	7,600	
Cinéma	3,200	
Puériculture	10,500	
Journaux	3,000	
Entraînement	18,828	
Orientation du personnel périphérique	4,200	
Encadrement	<u>11,760</u>	
Total		335,477

ANNEXE IV

Formation en cours d'emplois

Il n'a pas été possible, pour les membres de cette mission d'obtenir une liste exhaustive de tous les séminaires de recyclage et activités de formation qui ont été menées à bien au titre du projet.

Une liste, très incomplète, et émanant de la DHF est donnée ici à titre illustratif.

Liste des séminaires réalisés en 81 et 82

Séminaire conjoint DSPP-DIRP (information et relations publiques)

Durée: 16 au 20 novembre 1981

Nombre de participants: 40: 27 de la province, 13 de la capitale.

Séminaire, Formation des Formateurs

Durée: 12 au 23 octobre 1981

Nombre de participants: 13

Séminaire en population (BAITELLE)

Durée: 6 au 10 avril 1981

Participants: 50

Atelier de Supervision

Durée: 16 au 18 décembre 1981

Séminaire conjoint DSPP-DHF

Durée: 10 au 23 avril 1982

Participants: 73

Atelier de travail à l'intention des obstétriciens et infirmières en chef des maternités.

Durée: 6 au 10 décembre 1982

Participants: 35

Recyclage des superviseurs et agents communautaires de Port-de Paix, de Gonaïves, Hinche.

Durée: 1er au 5 mars 1982

Séminaire d'orientation en PMI/PF à l'intention des médecins, infirmières et auxiliaires en milieu rural.

Durée: 9 au 13 novembre 1981

Séminaire de recyclage sur la PMI à l'intention des professeurs des écoles d'infirmières et d'auxiliaires en vue de l'intégration de la PF dans l'enseignement paramédicale,

Durée: 8 - 9 mars 1982,

Participants: 11 participants.

De plus, d'autres séminaires ont été organisés par des départements ministériels et organismes privés sans la participation financière du projet. Les organisateurs y ont invité le personnel de la DHF afin d'orienter les participants sur la PF. C'est ainsi que la PF a été présentée au cours des séminaires suivants:

- Monitrices des Centre Intégrés de Nutrition et d'Education Communautaire (CARE).
- Professeurs d'écoles et inspecteurs (Institut Pédagogique National)
- Trois séminaires pour l'AOPS.
- Séminaire pour les assistances sociales (Département des Affaires Sociales).
- Séminaire organisé par les protestants.

Au cours des visites sur le terrain, la mission a pu prendre connaissance d'autres séminaires effectués, ou envisagés dans un avenir proche ou encore se rendre compte de visu de leur exécution.

C'est ainsi qu'au Cap-Haitien, l'infirmière régionale a organisé 4 séminaires en 1983.

1 pour les matrones, sujet: PMI/PF

3 pour les médecins, infirmières, auxiliaires et officiers sanitaire, sujet: Rehydratation Orale

1 prévu pour le personnel de l'ONAC fin octobre, sujet: PF.

De plus, d'autres séminaires se sont déroulés dans les districts et sous-districts sans qu'il n'ait été possible d'obtenir plus de précision. Le responsable régional du service de santé des FADH a suivi un stage de PF organisé par le bureau régional ainsi qu'un autre à Port-au-Prince et tous les chefs de sections ont bénéficiés d'une séance d'orientation organisée par le bureau régional.

Aux Cayes, au moment de la visite de la mission se déroulait un séminaire en PF pour une vingtaine d'agents de l'ONAC afin de les initier à sensibiliser, motiver, réapprovisionner les utilisatrices de contraceptifs.

Par contre, la mission a également pu se rendre compte des lacunes. Au Cap-Haitien, l'infirmière de la clinique mobile n'avait jamais été recyclé en PF depuis sa sortie de l'école il y a 2 ans et le dernier séminaire de recyclage en PF dont avait bénéficié l'auxiliaire datait de 3-4 ans à Port-au-Prince.