Project Narrative Final Report

Assistance to the Most Vulnerable Affected Families and Short-Term Capacity Building of Rehabilitation Actors

© W. Daniels for Handicap International

Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (OFDA)

REPORTING PERIOD: FINAL REPORT - SEPTEMBER 2010 TO DECEMBER 2011

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ACRONYMS 3

LIST OF TABLES 4

LIST OF GRAPHS 4

ABRIDGMENT/RESUME 6

I. PROJECT OVERVIEW 7

- **I.1. Project rationale** 7
  - ***Health Sector*** 7
  - ***Protection sector*** 8
- **I.2. Update on Emergency Situation** 8
- **I.3. HI in Haiti since January 2010** 9

II. DISABILITY AND VULNERABILITY FOCAL POINT 11

- **II.1. DVFP mechanism** 11
- **II.2. Area of Intervention** 12
- **II.3. Adaptation to the context** 14

III. RESULTS REVIEW 15

IV. PROJECT IMPLEMENTATION 16

- **IV.1. Health Sector** 16
  - **Beneficiaries** 17
- **IV.2. Protection sector** 34
  - **Beneficiaries** 34

V. IMPACT SURVEY 45

- **V.1. Impact survey Methodology** 45
- **V.2. Main themes evaluated** 46
- **V.3. Summary of the main trends shown by the impact survey** 46

VI. EXIT STRATEGY 47

VII. MONITORING AND EVALUATION 48

VIII. ANNEXES 49

LIST OF ACRONYMS

ATU	Accessibility Technical Unit
CwD	Children with Disabilities
CP	Cerebral Palsy
DVFP	Disability and Vulnerability Focal Point
HI	Handicap International (NGO)
IDP	Internal Displaced People
NFI	Non Food Item
PaP	Port-au-Prince
PRC	Physical Rehabilitation Center
PwI	Person with Injuries
PwD	Person with Disabilities
RRM	Rapid Response Mechanism
WFP	World Food Program

LIST OF TABLES

Table 1	page 14	The different services provided by the DVFP mechanism compared to the Haitian context of intervention.
Table 2	p.15	Final Indicators Tracking Chart
Table 3	p.17	Total rehabilitation care, health education and/or medical commodities beneficiaries disaggregated by gender
Table 4	p.17	Total rehabilitation care, health education and/or medical commodities beneficiaries disaggregated by age
Table 5	p.19	DVFP structures operational months
Table 6	p.21	Community activities
Table 7	p.21	Number and profile of trained antennas staff
Table 8	p. 24	Number of hours of training provided by month
Table 9	p.26	Total DVFP beneficiaries disaggregated by age
Table 10	p.26	Total DVFP beneficiaries disaggregated by gender
Table 11	p.26	DVFP newly identified beneficiaries disaggregated by age
Table 12	p.30	Persons treated for chronic diseases disaggregated by age
Table 13	p.30	Persons treated for mass-casualty or violence –related injuries disaggregated by age
Table 14	p.31	Number of persons who received one or several health education messages disaggregated by age
Table 15	p.31	Number of person with received one or several health education messages of cholera prevention and good practices for hygiene
Table 16	p.32	Age breakdown of persons who declared they changed their practices following the support of HI.
Table 17	p.37	167 persons followed for other various protection issues disaggregated by sex and by age
Table 18	p.37	167 persons followed for other various protection issues disaggregated by antenna
Table 19	p.37	167 persons followed for other various protection issues disaggregated by disability/vulnerability
Table 20	p.40	Broadcast of radio spots
Table 21	p.40	Internal protection referrals
Table 22	p.42	Trainings implemented bout inclusion of PwD
Table 23	p.43	Psychosocial beneficiaries disaggregated by age

LIST OF GRAPHS

Graph 1	p.24	Types of training provided
Graph 2	p.36	Main protection risks

Organization's Headquarters
Laurent Davy, Desk Officer
Emergency Relief Department
Mailing Address:
14 av. Berthelot, 69007 Lyon, France

Telephone: +33 4 7838 4023
Fax: +33 4 7838 4025
E-mail: ldavy@handicap-international.org

Organization's Field
Aline Martin
Head of Mission
Mailing Address:
100, rue Raphaël, Bloc Ste Thérèse, Pétionville, Port au Prince
Telephone: +509 3617 8993
Fax: NA
Email: cdm@handicap-international-haiti.org

US Contacts: Edward Winter
6930 Carroll Avenue, Suite 240, Takoma Park, MD 20912
240-450-3532; ewinter@handicap-international.us

Country/Region: Haiti
Submission Date: August 6th, 2010
Program Title: 12th January earthquake in Haiti: ***Assistance to the Most Vulnerable Affected Families and Short-Term Capacity Building of Rehabilitation Actors***
Agreement N°: AID-OFDA-G-10-00153
Proposed Start Date: September 1st, 2010
Actual Start Date: September 1st, 2010
Initial Program Duration: 10 months
No Cost Extension: 06 months
Actual Program Duration: 16 months
Ending date: December 31st, 2011

Proposal included the following categories of restricted goods:

Restricted Goods	
Vehicles not manufactured in the U.S.	X

Dollar Amount Requested from OFDA: 2,685,838 USD

Program Goal: *To mitigate the disaster's negative impact, reduce suffering and enhance coping mechanisms of the most vulnerable persons in the Haiti earthquake in affected and internal displacement areas*

Total Number of Individuals Affected in the Targeted Area: 300,000 people
Total Number of Beneficiaries Targeted (Individuals): 4,500 earthquake-injured and disabled persons and their families (22,500 persons in total)
Total Number of IDP Beneficiaries Targeted (Individuals) as subset of above: Most of the beneficiaries are internal displaced people (IDPs) considering the context.

ABRIDGMENT/RESUME

The project “Assistance to the Most Vulnerable Affected Families and Short-Term Capacity Building of Rehabilitation Actors” was an extension and reinforcement of the activities started in the immediate post-disaster phase for vulnerable persons with particular emphasis on persons with injuries (PwI) and persons with disabilities (PwD), mostly victims of the 2010 earthquake.

As part of Handicap International (HI)’s immediate emergency response, services were implemented via a network of “Disability and Vulnerability Focal Points” (DVFP Network), temporary structures set up at various locations in the community. 9 DVFP were set up during the first phase (January 2010 to August 2010). Initially in or close by emergency medical facilities, DVFP had moved over the time towards heart of the communities where most of the injured persons got back. They aimed at addressing basic and specific needs of these people, including provision of essential items, wound care, physical rehabilitation, psychosocial support and protection, and facilitation for access to various existing services (extensive referral process).

During the second phase (September 2010 to December 2011) HI continued to fill a gap for community-level services for PwDs and PwIs affected by the earthquake, shifting to a strong support logic to accompaniment and empowerment of the beneficiaries, while at the same time HI provided short-term capacity building of Haitian rehabilitation providers to ensure continuity of quality daily care.

Thus, the project, through this dedicated mechanism of intervention addressed the specific needs of extremely vulnerable persons and ensured the complementary response to their basic needs either by referral to other stakeholders or to HI services themselves. A particular emphasis was put on rehabilitation care, psychosocial support and monitoring & response to protection threats for the most vulnerable affected persons.

The project mechanism also proved its flexibility and adapted to the various and evolving context challenges: additional services, such as hygiene & cholera awareness and emergency preparedness were provided to extremely vulnerable persons in order to improve their safety.

During this second phase of the project, three different levels were targeted:

- Individual follow-up
- Family intervention
- Community / group mobilization

Those three intervention levels allowed the vulnerable persons, especially PwDs and PwI to benefit from a tailored intervention, shifting from one level to another, toward a real improvement of their autonomy and capacity to undertake again their roles and responsibilities on a daily basis: these are essential factors to facilitate the re integration in the community.

I. PROJECT OVERVIEW

I.1. PROJECT RATIONALE

The strongest earthquake in Haiti in more than 200 years, measuring 7.0 on the Richter scale, rocked the island on January 12th 2010 striking the West Province with the epicentre some 17km south-west of Haiti's capital, Port-au-Prince. Approximately 230,000 people were reported dead[1] and more than 300,000 adults and children were injured[2]. An estimated 3 million people, approximately 30% of the total population in Haiti, were directly affected by this disaster. The occurrence of such a crisis of extreme proportions in one of the world's poorest and least-developed countries (149th of 182 countries in the United Nations Human Development Index 2006) has had a devastating impact.

In August 2010, based on Handicap International (HI)'s initial and intermediary assessments, along with HI data analysis:

- HI estimated that about 15,000 to 20,000 inured persons were still in urgent need of follow-up for their injuries to tackle development of secondary permanent disabilities (persons with complicated fractures, dislocations, peripheral nerve injuries, etc).
- HI estimated that more than 1,500 amputations were performed in the Haitian capital alone since the beginning of its action, and based on information from various hospitals. Based on this assessment of health structures, HI estimated between 2,000-4,000 amputations, nationwide, resulted from this earthquake.
- HI estimated that some 100 persons suffered spinal cord injuries (SCI) as a result of the earthquake even if at that moment, there were no consolidated data regarding the number of people suffering from paralysis resulting from SCI.

In addition to the newly injured persons, those populations most at risk included persons with disabilities (PwD), the elderly and persons with chronic diseases. These categories of vulnerable persons are among the most affected during crises and natural disasters. Interruption of services can have devastating consequences for them including development of new disabilities, aggravation of existing disabilities and, as a consequence, death. In addition, they have reduced mobility and are less able than others to escape danger, to seek assistance when in need, and to access information relevant to them. As a result, these vulnerable populations are often "virtually invisible" to the eyes of the relief stakeholders and face huge additional challenges to preserve their lives, well being and dignity. Haiti is no exception to this exclusion and concrete cases of non-access to humanitarian assistance have been identified by HI teams, as well as reported in the Disability Working Group and Protection Cluster.

Health Sector

Seven months after the disaster, the negative impact of the earthquake on health was still critical. Hospitals and clinics were unable to resume their pre-earthquake operations. The operations included the following: a cost recovery system which discriminated against patients with low or no income, provided poor quality care using non-or poorly-qualified health personnel. As a result of the earthquake, these current services, which were already very scarce before the disaster, appeared to be in a weaker position. The lack of pre-existing secondary services and related appropriate quality care remained a critically serious issue in the delivery of ongoing services in Haiti.

Moreover, among the hundreds of thousands of persons that had been injured, HI estimated that 15,000 to 20,000 of them were at high risk of or were already disabled. Many persons

[1] USAID Fact Sheet #58, 11 June 2010
[2] GoH website, accessed 16 June, 2010

sustained complex injuries and were recovering. With little or no continuity of care, coupled with the non-availability of health services in the locations of most of those affected, the injured persons were confronted with a very long and hard path to recovery with overwhelming challenges ahead. Psychosocial needs were still very pressing eight months after the earthquake, particularly for persons sustaining permanent impairments. HI staff had observed during the first six months of intervention that a tailored psychosocial intervention constituted an essential component in reinforcing the protection for the most vulnerable persons. Indeed, psychosocial interventions created a secure and friendly environment for the residents to express their concerns and feelings.

Protection sector

Protection took a secondary role in the first days following the earthquake as priority was given to saving lives. Protection of the most at risk became a more and more salient issue as many service providers and humanitarian coordinators focused on the imperative need to reinforce this activity. Of most concern was the situation of the thousands of displaced women and children in Internal Displaced People (IDP) camps in Port-au-Prince and surrounding communities, whose displacement has been increasingly likely to be long term if not permanent.

In addition to the hundreds of thousands of persons newly injured by the earthquake, there were already 800,000 persons with various types of disabilities[3] prior to the earthquake. Yet, awareness about disabilities, rehabilitation, rights, accessibility, equal opportunities for persons with disabilities (PwDs) had historically been low. Indeed, disability is considered as a burden or defect by the major part of the population, and persons with disabilities, particularly children, are often neglected, hidden or stigmatized. Before the earthquake, rehabilitation services were almost non-existent, with the exception of a small number of local and international NGO-led efforts which relied heavily on the expertise of intermittent short-term volunteer expatriates. In short, both the severity of the disaster and the context in which it occurred posed an ongoing and extended period of humanitarian crisis which the proposed project aimed at addressing.

Coordination among actors had been very difficult during the first months after the disaster, mainly due to the multiplicity of organizations in site, many of whom lacked emergency response expertise and thus underestimated the critical importance of coordination. Although nominally improved with the passage of time, lack of coordination, extremely varying according to sectors, remained an issue and was still making the identification of gaps in service difficult, increasing discrepancies in service delivery and impairing the implementation of an efficient referral system.

In this context, the proposed project was meant to provide continuity of care to the vulnerable, helping to prevent secondary impairments, infection, and further loss of mobility and in many cases death. Short-term capacity building of Haitian health/rehabilitation providers' objective was to ensure broader coverage to affected populations in need of services and to support the gradual draw down of expatriate providers. While longer-term training and educational needs in the rehabilitation sector were under discussion between the Government of Haiti and international actors, the capacity building activities proposed constituted an immediate response to the needs created by the earthquake and fill the gap until national providers can be fully and adequately trained.

I.2. UPDATE ON EMERGENCY SITUATION

Two years after the earthquake, the situation of the victims of the earthquake and among them the most vulnerable persons is still worrying.

[3] Last census in Haiti (2003) stated (most likely deeply underestimated) 1.5 % of the population, while WHO estimate that PwDs (including sensorial and intellectual disabilities) account from 8-10% of Haiti's population.

- 550,000 persons are still living as internally displaced persons (IDP)
- The cholera outbreak is still affecting the Haitian population
- 52% of the population do not have access to potable water
- 800,000 persons face food security challenges
- The new government is fragile and is already facing a huge challenge for rebuilding and implementing structural reform in Haiti.

The number of IDP has been decreasing little by little. In August 2010, International Organization for Migration (IOM) reported 1.375 million of people were still living in camps. One year later, they were still 550,000[4]. This trend results from several factors. First, the reconstruction efforts as well as the poor living conditions and the decrease of services in the displacement sites encouraged the voluntary departures. Secondly, the forced evictions that have occurred since June 2010 also explain this trend.

The implementation of the humanitarian response got more complicated because of several events that did not allow the international community to work as fast as planned:

- Cholera outbreak, that emerged in October 2010 with 2 peaks of crisis: one in November 2010 and one in June 2011: the number of dead people related to cholera crisis reached 6,156. To date a total of 424,450 people were directly infected by the disease.
- Hurricane Tomas on November, 5th 2010
- Political insecurity and social instability consequently to presidential election
- Lack of strong guidance on government side

Beyond this, the earthquake hit an already fragile state, one of the world's poorest and least-developed countries, that is chronically facing problems such as waves of violence, structural and economical challenges, chronic malnutrition, weak health & social protection system, low literacy rate, unequal access to Water, Sanitation and Hygiene facilities and lack of governance. Haiti is also facing significant humanitarian challenges related to its constant exposure to natural disaster.

All of these factors explain that a large number of Haitian is still dependant on assistance for the coverage of their basic needs.

I.3. HI IN HAITI SINCE JANUARY 2010

HI has been working in Haiti since September 2008, following 4 consecutive Tropical storm and hurricanes which hit the island between August and September 2008[5] and the consequent intense flooding striking the city of Gonaives and more largely the dept of Artibonite. HI implemented at this time a 6 months psychosocial and protection project, and proposed a logistic platform in partnership with World Food Program (WFP). This logistic platform was still active at the time of this earthquake.

Following the earthquake, HI implemented a global multi sectoral emergency response program from January 2010 to August 2010.The different projects implemented were the following ones:

Logistics:

- Reinforcement and management of the already existing logistic platform (concerted and optimised stock and transportation of humanitarian goods) linking Port au Prince, Jacmel, Cap Haïtien and Gonaïves
- Management of several storages in Port au Prince

[4] Displacement Matrix follow-up, 30th September 2011, International Organisation for Migration
[5] Namely Fay, Gustav, Hanna and Ike

Basic Needs response:

- Provision of emergency shelters and Non Food Items (NFI) to 600 vulnerable families of Port au Prince having members dropped out from the hospitals.
- Provision of emergency shelters to 4,500 vulnerable affected households (22,500 people) and NFI to 5,500 vulnerable affected households (27,500 people) in Petit and Grand Goave
- Cash for Work activities for rubble removing and pathways rehabilitation in "Les Mornes", a remote area of Petit & Grand Goâve

Health activities:

- Support to the hospitals in Port au Prince (immediate post-injury and post surgical rehabilitation care to injured persons and assistance to their families).
- Deployment of a network of 9 DVFP (Phase 1, emergency response), based in temporary structures in the heart of the affected communities. They aimed at providing assessment of basic and specific needs of the most vulnerable persons and persons with injuries, information and referral to existing services, rehabilitation services, specific technical & mobility aids such as crutches or wheelchairs and psychosocial support.
- Implementation of an orthopaedic workshop (providing prosthetics and orthotics devices in addition to secondary level rehabilitation services). This structure targeted primarily persons with injuries including persons having sustained amputations.

In the early recovery period, from September 2010 to December 2011, HI implemented the following activities:

Health activities:

- Continuation of the DVFP network, following the previous project with a stronger establishment inside the community in order to facilitate the reintegration of persons with injuries and disabilities.
- Deployment of dedicated Spinal cord injury mobile team to support persons with multiple / complex and potentially long term disabling injuries, including spinal cord injuries
- Continuation and enhancement of the orthopaedic workshop (prosthetics, orthotics and rehabilitation services). The workshop was handed over to HI Development Department in October 2011.
- Deployment of an Accessibility Technical Unit (ATU), which provided advice and capacity building on accessibility to different national and international partners and performed direct adaptation to several houses and public buildings.

Basic needs response:

- Provision of Transitional shelter: 1,050 accessible tailored houses were provided to PwD and vulnerable people in Petit and Grand Goâve
- Cholera emergency activities
- Implementation of a joint preparedness project, namely the Rapid Response Mechanism (RRM): emergency preparedness activities with a special focus on the inclusion of vulnerable population in the general emergency preparedness activities

Logistics activities:

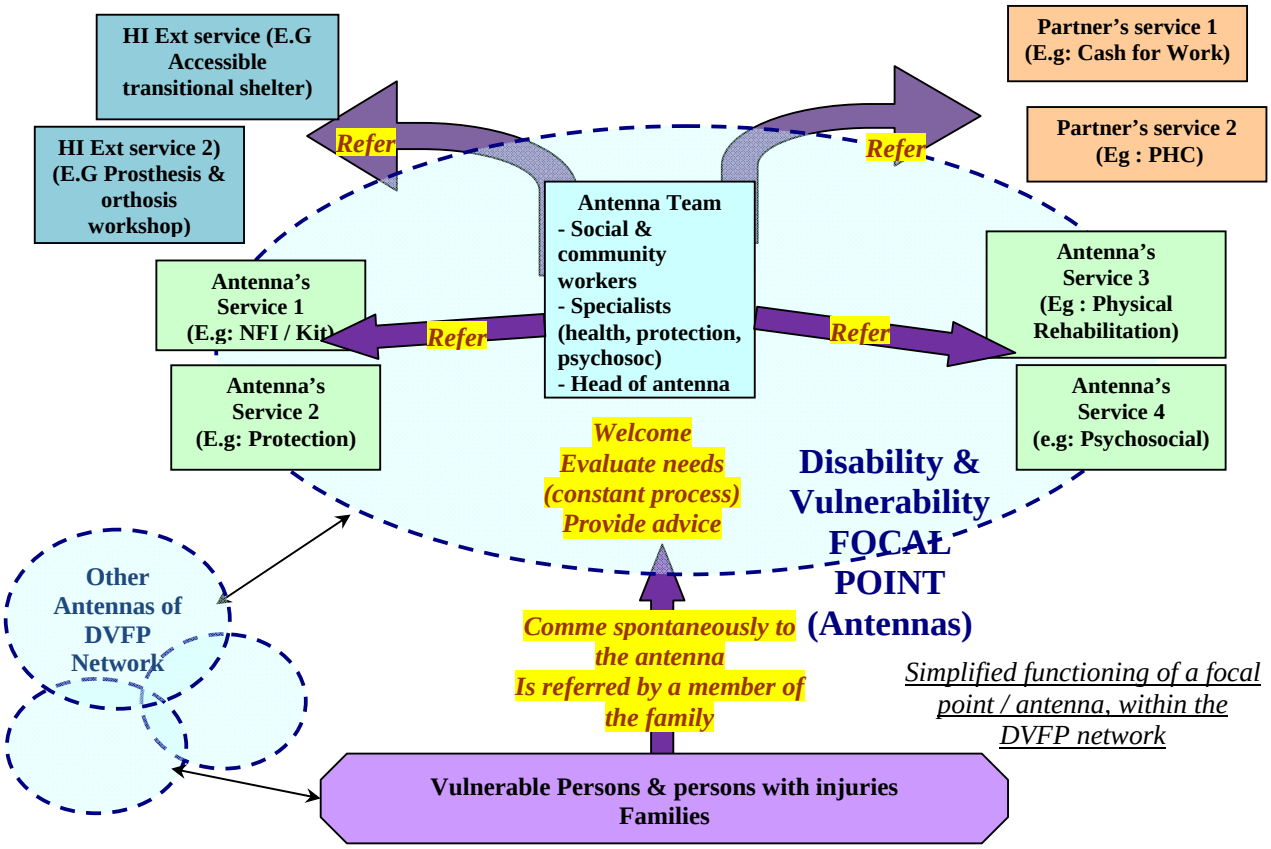
- Management of an inter agency storage in Petit Goâve for cholera and contingency preparedness items.

One can see that, in addition to the still on-going relief efforts, HI shifting towards longer-term activities in the country, fully stepping in reconstruction phase and development according to its mandate and field of competences.

II. DISABILITY AND VULNERABILITY FOCAL POINT

II.1. DVFP MECHANISM

The Disability and Vulnerability Focal Point network is an emergency integrated mechanism that allows simultaneously an analysis of the context, a refined need assessment and the related tailored intervention. The needs of the beneficiaries are then continuously well known and well addressed. This mechanism answers either directly to the needs of the beneficiary or through referral. This mechanism is implemented in emergency and post emergency contexts in order to provide and temporary but swift response.



Simplified functioning of a focal point / antenna, within the DVFP network

The DVFP integrated mechanism is basically a "web" or "canvas" deployed in the community

- It is a set of anchored hosting points, strategically placed in the community / neighborhood affected by a crisis. It will form a "gathering network" dedicated and clearly identifiable by the most vulnerable persons, victims of this crisis.
- HI will make known the information that these people & their families (meeting certain simple criteria) can pick assistance to one of these points of the network (via radio, newspapers, pamphlets, etc).

People "come to identify themselves"

- People will then present spontaneously, or report a vulnerable relative or a friend to one antenna of this "web".

- This structured canvas will be complemented by mobile teams, able to reach people who cannot move but have been reported by relatives.
- "Focal persons" can also complement this well, placed in strategic locations such as a hospitals, associations, etc.
- In some cases, to cover a wider area, these antennas are "itinerant". The team then cover a regular route (such a day in such association, etc.), clearly identified by the beneficiaries.

Response is proposed to all types of needs, may they be basic / essential or more specific

- In each antenna, a team that will welcome the persons and make an assessment of their needs, whatever they are, and try to meet those needs
- To meet the needs, the team will refer to other existing actors (including other HI projects) or
- to additional components / services integrated in the network
- These additional components / services will be added if the services do not exist around, are not of good quality or are overwhelmed or too inaccessible (in Haiti case: rehabilitation, technical aids, Psychosocial, Protection, kits and basic items, have been added)

This is a connected network, scalable

- A centralized information management system consolidates the data collected through this network. It allows a real time evaluation of the evolution of the situation. This information is made available to the partners
- The network is “respecting” what already exists. It does not duplicate services
- This network is also scalable as per need. Localization or type of antennas can change, services can be removed, added

In Haiti, two different types of focal points were implemented: Fixed and itinerant Focal points, named in Haiti “antennas”. They were completed by attached mobile teams.

- *DVFP fixed units:* the antenna is located and maintained close to the community. A multidisciplinary team is based in the antennas and welcomes beneficiaries on a daily basis. This modality allows the DVFP / antenna team to anchor deeply the relationship and activities in a particular place and cover on a long term basis an area
- *DVFP itinerant units*: a multidisciplinary team is going to already pre identified places at community level, on a regular basis and welcomes beneficiaries inside this dedicated place. The beneficiaries are informed of the team itinerary. In a week, a team could go in 5 different places if relevant. This mechanism allowed HI to implement services in uncovered areas, especially the red zones (sensitive because of security situation) where some of the beneficiaries were going back. It also allowed HI to root the activities in the daily functioning of various communities, if the identified place was the local of an organization for instance.

Attached to a fixed focal point are the DVFP mobile teams, staffed by a multi disciplinary team that would carry out home visits. Depending on the beneficiaries visited during the day, the composition of the team may be different.

With this flexible organizational arrangement, HI was able to adapt its response to the constantly evolving situation.

II.2. AREA OF INTERVENTION

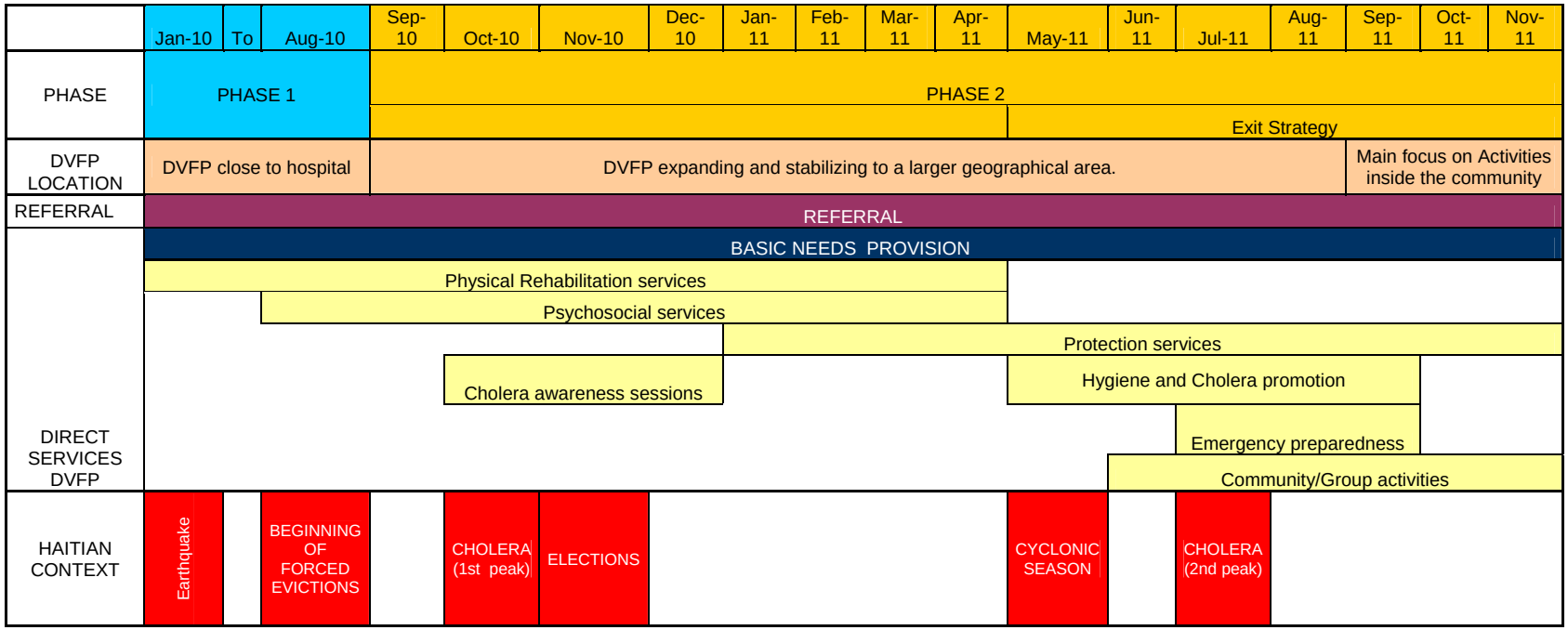
HI’s intervention was implemented in three different geographical areas. Each area had particularities and thanks to the flexibility of the approach, HI was able to adapt the intervention to those different contexts:

- Port au Prince: intervention in an urban context. We decided a large deployment of the DVFP mechanism, initially through fixed antennas, later evolving to itinerant antennas
- Petit Goave: intervention in a rural context. We implemented a mix of fixed and itinerant antennas from the beginning.
- Gonaives: Intervention in a semi urban and rural context. Most of the beneficiaries in this area were not directly victims of the earthquake. However, the area hosted a lot of internally displaced persons and the area has always been the most exposed in the event of a natural disaster (then also during the cyclonic season 2011). We've chosen to deploy the antenna in close link with the already existing structures and associations.

II.3. ADAPTATION TO THE CONTEXT

As previously mentioned, this project was a continuation of the emergency project (phase 1). The second phase, implemented 9 months after the earthquake, was meant to continue the provision of services inside the community during the early recovery period. From September 2010 to December 2010, the context of intervention was difficult because of the cholera outbreak, the cyclonic alerts and the political instability due to elections. The DVFP mechanism switched to emergency procedures and implemented activities mostly centred to raise awareness on cholera. In January 2011, the project switched to activities for early recovery period until the end of May 2011, the community level oriented action being the core component of the approach.

Table 1: The different services provided by the DVFP mechanism compared to the Haitian context of intervention.



The DVFP mechanism allowed HI to tackle the needs and to constantly adapt to the context in a complex environment until the phasing out of the activities: on-going displacements, hurricane threat, cholera outbreak, disaster preparedness, development of community activities.

III. RESULTS REVIEW

Table 2: Final Indicators Tracking Chart (cf. Annex 2)

Indicator			Achievements	%
HEALTH	Beneficiaries	At least 60% of total DVFP beneficiaries (60% of 4,500 beneficiaries, i.e. 2,700 vulnerable persons, in total 13,500 persons including families) will benefit from quality rehabilitation care, health education and/or medical commodities and will see their functional autonomy improved.	76,4% of 7,313 *(meaning by extrapolation 5,587 beneficiaries, i.e. 27,935 persons including families)*	**127%** *in terms of % of achievement* **207%** *In terms of number of persons*
		At least 22 health workers will benefit from reinforced capacities to provide good-quality rehabilitation care.	29	**127%**
	Sub-sector: Health system and general health			
	Indicator (A)	Number of functioning primary health care centers, community health programs, or mobile clinics supported or rehabilitated.	9	
	Indicator (B)	Number of health care providers trained (by type of training and type of health care provider).	146	
	Indicator (C)	Number and percent of health facilities submitting weekly surveillance reports	9	**100%**
	Indicator (D)	Number of people receiving one or several services from the DVFP, directly or through referral disaggregated by age	7,313 *(The age details are provided in the narrative)*	
	Sub-sector: Non-Communicable Diseases			
	Indicator (A)	Number and percent of people in the target population treated for chronic diseases	1,067	**14,6%**
	Indicator (B)	Number and percent of people treated for mass-casualty or violence-related injuries disaggregated by age.	2,186 *(The age details are provided in the narrative)*	**29,9%**
	Sub-sector: Health Education/ Behavior Change			
	Indicator (A)	Number of community members who have received target health education messages, disaggregated by age.	15,211 *(receiving at least one health education message)* 18,598 *(receiving at least 1 cholera and hygiene awareness message)*	
	Indicator (B)	Number and percent of community members undertaking target health education message practices, disaggregated by age.	6,055 *(extrapolation from Project impact Survey) (The age details are provided in the narrative)*	**82,8%**
	Sub-sector: Medical Commodities			
	Indicator (A)	Number of medical kits, equipment, and consumables distributed (by type).	3,028 assistive and/or mobility devices, 891 medical kits 2,800 NFI kits	
	Indicator (B)	Number of people trained in the use and disposal of medical equipment and consumables.	6,719	
PROTECTION	Beneficiaries	At least 50% of target beneficiaries benefit from psychosocial support and/or improved protection (2,250 persons, totaling 11,250 including families).	1,640 (8,200 including families)	**36%**
	Sub-sector: Protection Coordination and Advocacy			
	Indicator (A)	Number of protection officers/personnel provided in support of protection coordination activities.	10	

	Indicator (B)	Numbers of policies/procedures/practices modified in accordance with protection principles (e.g., Guiding Principles on Internal Displacement; Human Rights Law; International Humanitarian Law.).	6	
	Sub-sector: Psychosocial Services			
	Indicator (A)	Number and percent of target population participating in psychosocial activities disaggregated by age.	1,389 *(The age details are provided in the narrative)*	**19%**
	Indicator (B)	Number and percent of beneficiaries reporting an improved capacity to carry out productive family/community roles/responsibilities.	6,040 *(extrapolation from Project impact Survey)*	**83%**
	Indicator (C)	Number and percent of beneficiaries reporting improvement in their feeling of well being or ability to cope disaggregated by age.	6,070 *(extrapolation from Project impact Survey) (The age details are provided in the narrative)*	**83%**

IV. PROJECT IMPLEMENTATION

IV.1. HEALTH SECTOR

Objective: *To provide essential physical rehabilitation care and assistance to vulnerable persons with injuries and permanent/temporary disabilities through continuation and enhancement of a mobile and flexible identification service and referral network at community level.*

This project is a continuation of the 1st phase emergency response. To achieve the planned objectives, HI worked in different sub sectors within the health sector:

- Health system and general health commodities: services were provided to beneficiaries directly or through a referral network. Training of health care providers was implemented.
- Non communicable diseases: by opening the DVFP, priority was given to persons injured by the earthquake in order to prevent complication and further disability. In addition, the persons not injured during the earthquake but facing chronic diseases and/or disability were as well accompanied within the DVFP mechanism.
- Health education and behaviour change: health and education awareness raising messages were disseminated to advice and promote good practices for beneficiaries, family members and care takers to learn how to maintain a good function, live with their newly acquired disability, prevent further complications.
- Medical commodities: According to the needs identified (basic or specific), HI distributed medical kits, equipment and consumable and trained beneficiaries to use them.

This objective was achieved with success.

HI provided physical rehabilitation care and health assistance to 7,313 persons with injuries and persons with permanent/temporary disability through mobile and flexible identification service and referral network at community level. Within the targeted vulnerable persons, all activities led by HI paid a particular attention to PwD and PwI.

This is the result of a holistic and broad approach, with health professionals considering the individual in its larger environment and within its social interaction with the family and the community. We considered multiple and concerted actions to reinforce capacities and constructive interactions for a between these different circles. The beneficiaries' health and eventually autonomy were improved: they gained in independence and showed better coping capacities.

BENEFICIARIES

- *At least 60% of total DVFP beneficiaries (60% of 4,500 beneficiaries, i.e. 2,700 vulnerable persons, in total 13,500 persons including families[6]) will benefit from quality rehabilitation care, health education and/or medical commodities and will see their functional autonomy improved.*

7,313 persons (36,565 persons including families) benefited from quality rehabilitation care, health education and/or medical commodities. Out of these 7,313 persons, **76.4%** reported a clear improvement in their autonomy.

Table 3: Total rehabilitation care, health education and/or medical commodities beneficiaries disaggregated by gender

Total beneficiaries disaggregated by gender		
Women	4,138	57%
Men	3,174	43%
N/C[7]	*1*	*0%*
Total	**7,313**	**100%**

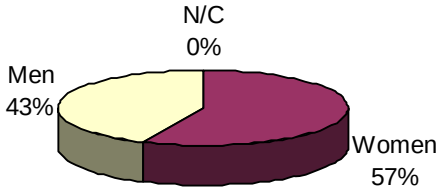
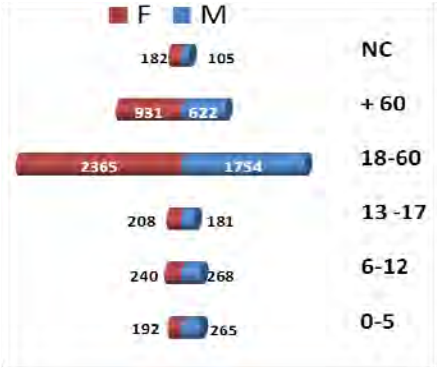


Table 4: Total rehabilitation care, health education and/or medical commodities beneficiaries disaggregated by age

Total beneficiaries disaggregated by age		
0-5 years	451	6.2%
6-12 years	497	6.8%
13 -17 years	391	5.4%
18-60 years	4,144	56.6%
+ 60 years	1,541	21.1%
N/C	*289*	*3.9%*
Total	**7,313**	**100,0%**



The difference between the total number of beneficiaries in the interim report (5,578) and the final report (7,313) is explained by the following elements:

The tool we used for data collection was being revised and optimized in mid 2011. This element has led us to propose a very conservative estimation in terms of number of beneficiaries in latest OFDA quarterly report; indeed, at this time, we mainly did count:
- The major part of the beneficiaries of Port-au-Prince and Gonaives area, but not the one in Petit Goave
- The persons accompanied throughout the previous DVFP project, for which, of course, we have proposed to continue the support, but not part of the new beneficiaries.

Between September 2010 and November 2011, 2,364 beneficiaries were newly identified, and added to the 4,949 that were identified before September 2010 and that did not have completed the rehabilitation process in September 2010. The rehabilitation process of an injured person is a long way especially when the impairment became definitive because the process included restoration of physical capacities and learning process of living with a definitive impairment.

[6] average of 5 persons per household in the affected area
[7] N/C : not communicated

All these missing beneficiaries were reintegrated in the final count of this project. Thus, the total number of people supported during the project therefore reaches 7,313

According to the Project Impact Survey performed at the near end of the project[8], 76.4% of the interviewed beneficiaries declared that their functional autonomy has improved.

By extrapolation, we can estimate that 5,587 beneficiaries (27,936 persons including families) saw their autonomy improved.

- *At least 22 health workers will benefit from reinforced capacities to provide good-quality rehabilitation care.*

29 rehabilitation technicians were trained within the project (25 Haitian rehabilitation technicians and 4 Haitian physiotherapists).The recruitment of rehabilitation technicians being very difficult in Haiti; HI recruited 24 community workers who were then trained to practice physical rehabilitation through on-the-job training from September to December 2010. 1 additional rehabilitation technician was hired and trained in June 2011 for Gonaives antenna. In January 2011, 8 of these junior rehabilitation technicians went back to their responsibilities of social worker. More-experienced rehabilitation technicians were recruited in order to have 2 rehabilitation technicians per antenna.
From January 2011, 16 rehabilitation technicians worked inside the 8 antennas and all of them were mentored by a physiotherapist (Haitian or expatriates). In January a technical advisor on capacity building was recruited in order to draw a training plan according to the needs for the entire duration of the project.

Trainings were provided according to 2 methodologies:
- On the job training done on a daily basis by the physiotherapist (expatriates and national)
- Formal training were organised every Friday in order to train all the DVFP staff.

<u>Geographic area:</u> Haiti: Port au Prince, Petit Goave, Gonaïves

SUB SECTOR I: HEALTH SYSTEMS AND GENERAL HEALTH

Nine months after the earthquake, the Haitian health system had not entirely recovered from the consequences of the earthquake, and most of the health emergency actors had left the country. The gap in service provision was huge and the antennas filled that gap at community level, through the mobile teams and through large area coverage.

This gap still exists today despite all the efforts of the international community and despite the ability of the community to build new services. However, development strategies are currently being implemented in order to build durable services inside the community

SUB-SECTOR I: HEALTH SYSTEM AND GENERAL HEALTH

Indicator (A): Number of functioning primary health care centres, community health programs, or mobile clinics supported or rehabilitated

Throughout the project, 9 functioning primary health care centre, community health programs or mobile clinics were providing relevant services: 7 fixed antennas completed by 2 itinerant antennas.

Each of these structures was operational according the following table:

[8] Cf Annex 3 - Project Impact Survey Report *[in French]*

Table 5: DVFP structures operational months

	Antennas	Oper. Months	2010					2011											Comment
			Aug	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sept	Oct	Nov	
Fixed Antennas	Commune de Delmas (Delmas 33)	12																	
	Commune de Petionville (Petionville Nerette)	15																	The last three months (Sept to Nov 2011), the antenna was not accepting anymore beneficiaries nor holding any activity and all the teams were implementing activities at community level
	Commune de Petionville (Petionville Golf)	11																	
	Commune of Port au Prince (Champs de Mars)	14																	The last two months (Oct to Nov 2011) the antenna was not accepting anymore beneficiaries nor holding any activity and all the teams were implementing activities at community level
	Commune of Carrefour (Carrefour)	2																	This antennas was ended over to CBM in October 2010
	Gonaïves	15																	The last three (Sept to Nov 2011) months the antenna was not accepting anymore beneficiaries nor holding any activity and all the teams were implementing activities at community level
	Petit Goave	15																	The last three months (Sept to Nov 2011) the antenna was not accepting anymore beneficiaries nor holding any activity and all the teams were implementing activities at community level
Itinerant Antennas	Petit Goave and Grand Goave: covering 16 areas	12																	
	Port au Prince: covering 3 areas (Kenskoff, Delmas 5, Carrefour feuille)	5																	This itinerant antenna was closed in July 2011 since the areas were covered by the teams of Champs de Mars for Delmas 5 area, and Carrefour Feuille and Petionville Nerette for Kenskoff area.

- **7 fixed antennas**. Each antenna was staffed with 2 teams: one team that was staying inside the antennas to receive beneficiaries and one attached mobile team that was carrying out home visits, after identification of a need at antenna level by a relative or member of the family. They were located in the following zones:
  - Port au Prince (5):
    - Communal section of Delmas (Delmas 33)
    - Communal section of Petionville (Petionville Nerette, Petionville Golf)
    - Communal section of Port au Prince (Champs de Mars)
    - Communal section of Carrefour (Carrefour)
  - Gonaïves (1)
  - Petit Goave (1)
- **2 itinerant antennas** where operational in the following zones:
  - 1 in Petit Goave and Grand Goave: covering in total 16 areas
  - 1 in Port au Prince: covering 3 areas (Kenskoff, Delmas 5, Carrefour-Feuille)

Between November 2010 and December 2010, the activities at antenna level were disrupted by the following external events:

- Cholera outbreak: the reception of beneficiaries inside the antennas was not allowed for safety reason. One dedicated team was appointed to stay at each antenna and to carry out cholera awareness sessions in the surrounding areas. The rest of the workers became mobile and carried out home visits, also proposing cholera awareness activities in addition to maintenance of essential basic activities of care and advices
- Tropical storm alert at the end of September 2010 and hurricane Tomas in November 2010
- Political instability due to the national election (first round in December 2010, second round in February 2011).

Roughly speaking, during the two months of November and December 2010, the fixed antennas were closed and the teams were all working as mobile teams.

Gonaives' antenna:
It was opened during the first phase (June 2010): indeed, a lot of victims of the earthquake were forced or made the choice to move out of Port au Prince and to go to Gonaives. Moreover, Gonaives was affected at first place by the cholera epidemic (Artibonite) and by the hurricane Tomas more than the other areas of our intervention. These are the reasons why a special focus was maintained on the area end 2010.
A dedicated need assessment was completed in November 2010 after hurricane Tomas, in Gonaives. At this time, it appeared that most of the IDPs moved back to Port au Prince. Consequently, the focus on beneficiary needs in Gonaives evolved towards management of chronic cases. However, as there were very few actors present in Gonaives after the hurricane, a distribution of NFI was organised for the most vulnerable people who did not have access to humanitarian aid during the cholera outbreak and the floods in November 2011. This proved to be very useful for the community.
In March 2011 a new organisational structure was implemented for this antenna. An expatriate base coordinator and a physiotherapist dedicated to Gonaives were recruited and a new strategy was implemented from May 2011 to November 2011 to adjust and strengthen our activities in this location.

Referral from UNICEF:
Following several referrals from UNICEF regarding orphanages welcoming Children with Disabilities (CwDs), a special intervention was designed and implemented in order to train the people that were working in 3 orphanages and taking care of the children (5 visits with a special team composed of physiotherapist, rehabilitation technicians, psychologists, psychosocial workers).

From fixed antennas, to home visits, to family intervention, to community activities:
As mentioned above, each antenna was composed of 2 teams: one team that was staying inside the antennas to receive beneficiaries and one team that was carrying out home visits. From the month of July 2011, this organization was little by little modified, as the number of rehabilitation support sessions in the various antennas had decreased. The activities shifted exclusively to group sessions at antennas level. Individual follow up was maintained only for protection related beneficiaries. During the last phase of the project, all the antennas were itinerant and all the activities were organized inside the community according the following table:

Table 6: Community activities

	Number of places identified inside the community	Number of places where activities were implemented[9]	Local organizations where activities took place[10]
PaP	78	52	0
Petit Goave/Grand Goave	32	19	2
Gonaïves	21	21	8
Total	**131**	**92**	**10**

Despite the organization of such activities at community level and the related fair community involvement, it is a bit early, by the end of the project, to measure if some of HI activities will be pursued by the community actors. In order to encourage activities at community level, some materials were donated to pursue the group sessions and to support peer to peer networks.

Indicator (B): Number of health care providers trained (by type of training and type of health care provider)

B.1: HI DVFP health care staff

97 antennas health care providers were trained within the framework of the intervention. All the antenna staff can be considered as health care providers as they are all responsible for part of the rehabilitation process.

Table 7: Number and profile of trained antennas staff

Antennas workers	Roles inside the physical rehabilitation process	TOTAL
Community worker	- in charge of the referral system	16
	- in charge of sensitization of the neighborhood for a better inclusion of PwDs in the community and to support development of solidarity at community level	
	- in charge of identification of proper places in order to implement activities at community level	
	-in charge of identification of basic needs	
Psychosocial worker	-in charge of evaluation and psychosocial support for the beneficiary	13
	-in charge of designing an adapted psychosocial intervention at community level (taking into account the local resources and habits of the various communities)	

[9] Activities were implemented in different kind of places ;
- Places for beneficiaries' activities (need of a place that could be closed to create a safe and nice place): premise of a local organisation, beneficiaries' house, schools as examples
- Places for activities for beneficiaries and community (needs to be open in order to welcome a lot of people): public places, inside a camp (around the office of the camps committee for instance), school.

[10] For instance : Organisation des Handicapées OHB ; Association pour les droits des PSH AHPH ; Association des Handicapes (OHKG) ; Association de femme (OPHADHA) ; RAD

Antennas workers	Roles inside the physical rehabilitation process	TOTAL
	- in charge of the regular follow up of the beneficiaries in terms of psychosocial needs	
Rehabilitation technician	-in charge of the evaluation of the needs in physical rehabilitation	16
	-in charge of the elaboration of an intervention plan in terms of physical rehabilitation, in collaboration with PT/OT	
	-in charge of the training/sensitization of the caretakers and the beneficiaries.	
Physiotherapists/ occupational therapists (Haitians and expatriates)	-in charge of supervising and mentoring the intervention of the rehabilitation technicians	10
	-in charge supervising the evaluation of the needs (environmental, personal and body integrity) in order to define the intervention plan in rehabilitation	
Psychologist	-in charge of supervising the definition of the intervention plan in terms of psychosocial support for the beneficiaries (needs of individual/family support, needs of specific group activities…)	2
	- in charge of animation of the dedicated groups for particularly fragile people.	
	- in charge of the definition of the activities within animation groups.	
Team leader	-in charge of the organization and the coordination of the activities at antenna's level	6
	-in charge of guaranteeing of the multi-disciplinary approach of the proposed activities at antennas' level for the rehabilitation process of the beneficiaries	
Protection monitor	-in charge of the identification of protection cases	8
	-in charge of the monitoring and referral of protection cases	
	-in charge of family intervention to prevent abuses	
Hygiene and cholera awareness worker	-in charge of hygiene /cholera awareness sessions	10
	-in charge of the implementation of individual adapted action plan for persons with disability	
Community Based organization workers	-in charge of the identification of local organizations	3
	-in charge of the mapping of actors at community level for referral matrix	
	-in charge of the organization of community mobilization groups	
	-in charge of sensitization sessions to promote a better inclusion of PwD.	
Emergency preparedness worker	- in charge of the organization of special sensitization sessions for emergency preparedness activities	8
Project managers	- experts in their fields of intervention (they were attending some trainings and as well animating some)	5
TOTAL		**97**

All the field staff attended training sessions aiming at building the HI employees capacities on a short-term basis and aiming at guaranteeing the quality of the services provided.

Each person working in the field was trained in the Disability Production Process (The reference Canadian social approach in disability, used by HI as a main framework for intervention) and in the general operational system of the DVFP mechanism. Then, according to the field of intervention and the position, they were attending some complementary sessions:

Three types of training were organized:

- Technical competences
- Implementation/organization of the activities
- Transversal topic in the field of disability.

In addition to the recruitment of Haitian physiotherapists, expatriates from different countries were recruited. Different visions, methods of intervention and specialities were confronted, so that the staff had access to different approaches of the rehabilitation process that could be adapted according to the cases encountered on the field. It included several trainings organised by different physiotherapists sharing their particular experience and expertise. It is worth noting that some of particularly skilled HI trained staff became then trainer after several months working on the project.
Some of the trained persons were working at the HI Physical Rehabilitation Centre (PRC). They are not included in the data presented in this report.

B.2: Capacity building adapted to the needs of the beneficiaries: functional approach / work inside the community to promote the autonomy and the social participation of the beneficiaries / Emergencies management

The training plan was designed according to the evolution of the needs that were evaluated at field level. At the beginning, the training focused on individual and family follow-up. Then, gradually, the training switched to community intervention and community involvement in the activities. Even if the intervention became little by little more post-emergency / development oriented, the team was still ready and flexible for an emergency situation, as it was the case during the cholera crisis and the floods in Gonaives.

A workshop was organised in November 2010 in order to design the capacity building plan. This workshop was mainly based on one observation: rehabilitation services continued to respond to the needs of the population that was injured due to the earthquake but also, by extension, to persons with non earthquake related injuries and disabilities. The cases encountered were various, from persons with definitive impairment to persons suffering from a chronic disease. Therefore, the needs were different from one beneficiary to another, which led HI to change and adapt the activities implemented by the rehabilitation teams and therefore their capacities.
Compared with the emergency phase, the intervention was more centred on a functional approach, more taking into account the environmental factors and the expectation of the beneficiaries. A functional approach means that the wider personal factors takes a larger place than only the physical factors in order to improve the mobility, autonomy and safety of the persons with disabilities / vulnerabilities. Thus, rather than providing rehabilitation treatments to the beneficiaries, the team had to give more support and advices, tools, assistive devices and organise small arrangements inside of the house in order for the person to be more functional during the daily living activities. The family, care takers and relatives were also much implicated as a true actor and responsible of the rehabilitation process.

Taking into account the environment and the personal factors for tailored interventions is made possible by:

- Analysing the needs according to a new approach: a new evaluation form was developed and implemented. A lot of beneficiaries who were not anymore progressing in a physical rehabilitation perspective were revaluated with the SOAPIE frame[11] and proposed with a new individual plan of action. The related approach refocused the action on the environmental and personal factors, through the promotion of the perception and expression of the beneficiary's will. 1,485 persons were re evaluated during the project.
- Promoting a more multidisciplinary approach
- Increasing the home visits

[11] SOAPIE: evaluation method which is listing the different problems and proposes an intervention plan.
S= subjective data (what the person says), O= objective data (observation, measure, assessment), A= analysis of the data, P= intervention (who? how?), I= intervention (means and modalities), E= evaluation

- Obtaining a stronger commitment of the relatives, care takers and increasing the capacity building activities toward them

Several trainings were carried out in order to implement adequately this strategy:

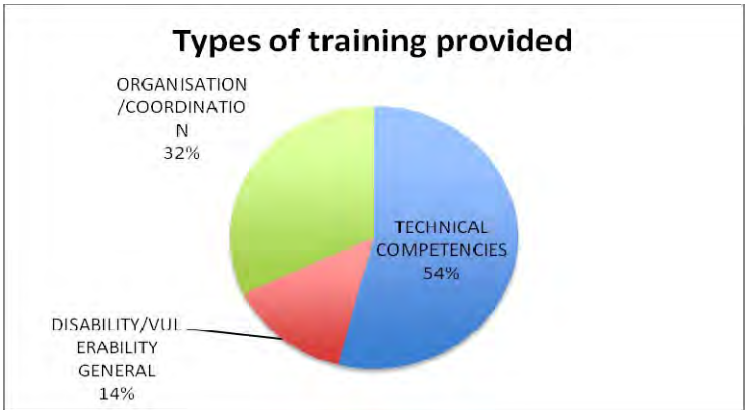
Table 8: Number of hours of training provided by month

janv-10	20.5	juin-10	33.5
Feb-10	81	juil-10	74
mars-10	30	Aug-10	13
Apr-10	24.5	sept-10	56
May-10	66.5	nov-10	2
TOTAL:		**401**	

As previously mentioned different types of training were provided:

- *Implementation/organisation of the activities (32%):* these sessions aimed at improving the efficient teamwork and the coordination of services in the field. Then, it facilitated the definition of the "path of beneficiary" within the different services. In addition, managers were trained about information technology, project and team management.
- *Technical competences (54%):* the objectives of these sessions were to maintain the quality of the services provided by the various HI workers and reach a broader community. As illustrated by the graph below, the focus was put on the reinforcement of technical competencies. Indeed, this is not easy to find competent workers especially in the field of disability as the education level in Haiti is low and the field of rehabilitation quite poor with this regard. Therefore, it was important for the quality of our intervention to increase the technical capacities of the staff.
- *Transversal topic in the field of disability/vulnerability (14%):* these sessions aimed at guaranteeing the coherence of our vision and approaches.

Graph 1: Types of training provided



B.3: Special training targeting 49 staff of the orphanage

In addition to the capacity building of HI team, HI tailored a specific intervention targeting the staff of 3 orphanages (officially "centres résidentiels" or "residential centers") that were taking care of CwDs on a daily basis. This intervention was a broader response to repeated referrals from UNICEF about specific cases of CwDs being in difficult situation. Among other problems and challenges, it was noted that the staff of such institutions didn't have a full understanding of the particular needs of these children. For instance, due to the stigma of disabilities, CwDs were comparatively more affected by Cholera than other children.

Thus, this training aimed at improving the accuracy and quality of care for CwDs through a dedicated capacity building, taking in account the particular needs of CwDs hosted in such

institutions. Overall, we aimed to improve the living environment of children with disabilities and promote an atmosphere of positive support from matrons to children.
The intervention was lead by a specific multidisciplinary team composed of 1 physiotherapist, 1 rehabilitation technician, 1 psychologist and 1 psychosocial worker. The intervention of the psychosocial team was designed to facilitate the communication within the team and to create a space of free talking about the relationships with the children and the difficulties encountered. The intervention of the rehabilitation team was designed to provide simple advices and solutions, in order to support on a very concrete basis the daily work of the orphanages' staff: Simple specific gestures and care, good positioning, etc. All the visits were intended to the caretakers, but individual evaluation of CwDs were also performed in order to provide some specific plan and equipment when needed.

The intervention was lead in three centres in Port-au-Prince that were hosting CwD which were referred by UNICEF and the Protection Cluster:
- *La Maison des enfants handicapés*, 9bis, Delmas 31
- *Mercy & Sharing Village*, Rue Fond Baptiste, Willamson,Arcahaie
- *Fondation Mofibochet*, Tabarre 27

In addition, 1 orphanage was supported in terms of equipment and supplies: Communauté Arche, in Carrefour area.

Each intervention was composed of:

- 5 visits of training / sensitization about the specific needs of CwD, simple advice and care to be provided, how to interact and react properly with CwDs, and the importance of managing emotion and stress in working hours in order to be efficient
- 1 visit for donation of equipment and material according to needs identified during the training sessions (most of the donations done were rehabilitation equipment, complemented by NFIs)
- 1 visit for monitoring of the intervention. The monitoring emphasized that the intervention was definitely relevant but arguably a bit too light considering the complexity and variety of the disabling conditions of the children. Another more developed intervention would be useful and pertinent. Contacts of the orphanage and description of our observations were transmitted to HI development team.

Adding the 97 trained HI staff to the 49 care takers trained in the 3 orphanage, a total of 146 people were trained through HI project.

Indicator (C): Number and percent of health facilities submitting weekly surveillance reports.

Antenna managers were in charge of collecting the data and submitting weekly reports.

The data was collected from the field on a daily basis by the field teams. The antenna managers then compiled the information on a weekly basis. The information was regularly communicated to the project officers so that they were able to follow the good progress of activities and the quality of the intervention. Every month, the project manager performed a complete compilation of all the data received.

As the situation of the field was evolving (end of the emergency situation – cholera crisis – early recovery, etc), the collection of data and related reporting was were evolving as well, in order to maintain a constantly accurate analysis of the needs of the beneficiaries and fit as best as possible the intervention design to the moving context. Consequently, more details were collected and the analysis was done crossing the different projects.

The main challenge encountered for the data collection system was the rapid evolution of the context and the inclusion of new services and new activities inside the overall DVFP project. Consequently, the monitoring system had to be kept very flexible.
All the data inside this report are thus coming from several sources, including successive monitoring tools.

Indicator (D): Number people receiving one or several services from the DVFP, directly or through referral disaggregated by age.

7,313 persons benefited from at least one service of the DVFP directly or through referral.

Table 9: Total DVFP beneficiaries disaggregated by age

Total beneficiaries disaggregated by age		
0-5 years	451	6.2%
6-12 years	497	6.8%
13 -17 years	391	5.4%
18-60 years	4,144	56.6%
+ 60 years	1,541	21.1%
N/C[12]	289	3.9%
Total	**7,313**	**100,0%**

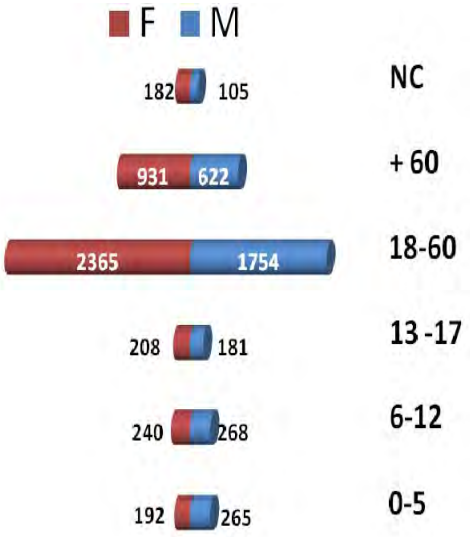


Table 10: Total beneficiaries disaggregated by gender

Total beneficiaries disaggregated by gender		
N/C	1	0%
Women	4,138	57%
Men	3,174	43%
Total	**7,313**	**100%**

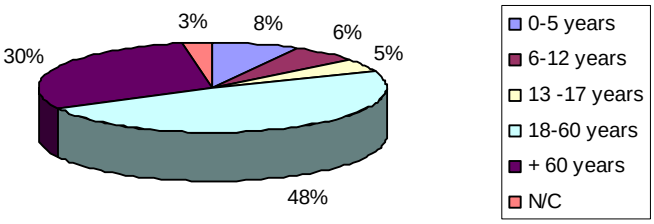
Between September 2010 and November 2011:
6,947 beneficiaries of rehabilitation services
1,389 psychosocial
1,024 psychosocial and rehabilitation

Among them:
251 benefits from protection follow up
339 benefits from hygiene and cholera sensitization
445 benefits from emergency preparedness

2,364 beneficiaries were newly identified:

Table 11: DVFP newly identified beneficiaries disaggregated by age

DVFP newly identified beneficiaries disaggregated by age		
0-5 years	192	8.1%
6-12 years	149	6.3%
13 -17 years	115	4.9%
18-60 years	1,138	48.1%
+ 60 years	704	29.8%
N/C	66	2.8%
Total	**2,364**	**100%**



We can see that the repartition by age did not evolve a lot since the beginning of the project.

A workshop was organized in November 2010 to clarify the roles of the HI teams. This workshop was followed by routine trainings on DVFP procedures throughout the project:

[12] N/C : not communicated

indeed, as new services such as protection, hygiene and cholera awareness were integrated into the existing structure, it was essential that everybody could be aware of the functioning and the internal referral system.

Services of DVFP:

The antennas in Haiti were providing different services according to the needs and according to the intervention context.

- Rehabilitation services[13]

6,947 beneficiaries benefited from rehabilitation services.

The intervention in rehabilitation evolved compared to the emergency period, as explained earlier. Physical rehabilitation services continued to respond to the needs of the population that was injured due to the earthquake but included also persons with non earthquake related existing injuries and disabilities. The cases encountered were various, from persons with definitive impairment to persons suffering from a chronic disease. Therefore, the needs were different from one beneficiary to another, which led HI to change and adapt the proposed rehabilitation activities.

The intervention was more centred on a functional approach and more taking into account the environmental factors and the expectations of the beneficiaries, in order to improve their autonomy and their mobility. Thus, rather than providing rehabilitation treatments to the beneficiaries, the team was giving as well support and advices, tools, assistive devices and small arrangements inside of the house in order for the person to be more functional during the daily living activities.

Consequently to this adaptation of our intervention, a new evaluation form was developed and implemented. A lot of beneficiaries who were not anymore progressing in a physical rehabilitation perspective were revaluated with the SOAPIE frame[14] and proposed with a new individual plan of action. The related approach refocused the action on the environmental and personal factors, through the promotion of the perception and expression of the beneficiary's will. 1,485 persons were re-evaluated during the project.

In the framework of the rehabilitation sector:

- 6,606 follow up visits were done
- 4,305 sessions of physical rehabilitation
- 3,033 sessions of training / education of the beneficiaries
- 2,234 sessions of training / education of the caretaker

- Basic Needs provision

The community workers were identified basic needs for the most vulnerable populations, which did not have access to general humanitarian aid, due to being isolated in the community because of their vulnerability and/or disability.

2,800 Non Food Items were distributed[15]. These NFI were distributed in two different ways:
- Individual items: 2,231 items distributed, such as mattresses, bed clothes or plastic basins for adults and children

[13] By rehabilitation services, we mean broad physical rehabilitation services, including Physiotherapy, occupational therapy, provision of small orthosis, provision of assistive and mobility aids, support for community reintegration.
[14] SOAPIE: evaluation method which is listing the different problems and proposes an intervention plan.
S= subjective data (what the person says), O= objective data (observation, measure, assessment), A= analysis of the data, P= intervention (who? how?), I= intervention (means and modalities), E= evaluation
[15] This figure does not include the hygiene and cholera kits and incontinence kits which are considered as medical commodities (refer to sub-sector "medical commodities")

-Kits: Distributed according to needs (569 kits distributed):

- Protection kits: 121
- Emergency preparedness kits: 445

Composition of kits:

Protection Kit	**Emergency preparedness Kit**
1 whistle (metal) with cord 1 flashlight to manual recharge 1 solar radio	1 pouch 1 Plastic bag (type 100L resistant large trash bag) 1 Radio & radio batteries 1 Flashlight & flashlight batteries 1 whistle (metal) with cord 2 zipped plastic bags (IOM donation) 1 HI leaflet on protecting essential documentation

These kits helped strengthen protection capabilities, allowing a person to better identify various risks and to call for help in emergency situations:

- Whistle = ALERT
Alert the environment (family, neighbors) of an imminent exposure to physical danger (accident, assault). The whistle must be accessible at all times (hence the need for a neck cord)

- Flashlight = SEE
See nocturnal dangers (obstacles, ground deformation, and hostile foreign presence)

- Radio = BE INFORMED
Allows persons living in remote areas, or unable to move, updated about current events and to prevent exposure to danger (demonstrations, violence)

- Bags = Protect
Protect from rain and water, as well as usage for essential documentation

- Psychosocial

1,389 persons benefited from psychosocial support through a defined intervention plan.

Different methods were used in order to facilitate the grieving process, help the beneficiaries to find internal resources to accept their new situation, support coping mechanisms restore the abilities of these persons to become again responsible and proactive persons within their communities:

- Family support and mediation
- Groups sessions aiming at facilitating verbalization of the personal experiences in a listening, protected and contained environment
- Groups sessions for persons with specific difficulties aiming at helping them to cope with their situation

More details about the psychosocial intervention will be provided in the second part of this report.

Inclusion of new services according to the needs identified:

- From November 2010 to March 2011: Cholera awareness activities

2 waves of Hygiene and Cholera awareness sessions were organized, from November 2010 to March 2011, in the framework of cholera awareness activities: 13,381 beneficiaries received general awareness information and information on health and hygiene to reduce the risk of contracting cholera through door to door activities, during sessions organised inside the community.

In June 2011, tailored cholera awareness activities completed by distribution of kits were proposed upon needs. Because PwDs and extremely vulnerable persons usually have a lack of access to the general humanitarian response, our team sensitized 339 extremely vulnerable persons (1,695 persons including families) in order to improve their awareness to cholera risks and to implement specific mechanisms of prevention. We attempted as much as possible to tailor our intervention according to their disability.

- January 2011: implementation of Protection activities

Specific follow up of extremely vulnerable persons among our beneficiaries was implemented in February 2011. In the frame of this specific follow up, 249 persons were followed.
More details about the protection intervention will be provided in the second part of this report.

- February 2011: specific focus on community oriented action.

Community activities were first developed within the framework of the psychosocial project. Then, a community mobilization activity project manager was recruited in order to emphasize more the focus on community activities, particularly in the perspective of the exit strategy which objectives was to develop community solidarity mechanism and promote the inclusion of PwD in the Haitian society.

1,259 persons participated to the multidisciplinary groups
541 persons participated to the discussion groups
1,012 persons participated to the group therapy sessions

- From August 2011 to October 2011, intervention in 3 orphanages, as described above.

- Emergency preparedness

In order to prepare HI most vulnerable beneficiaries to the cyclonic season, a team of 7 emergency preparedness workers was recruited and conducted specific preparation sessions to 445 extremely vulnerable persons among DVFP beneficiaries.

More specifically, the following actions were conducted:

- Identification, sensitization and accompaniment of the most vulnerable beneficiaries through:
  - Questionnaire reviewing knowledge & know how, expectations and need for support; review of individual and household challenges, and related preparation of a tailored household action plan
  - Distribution of leaflets on “How to prepare yourself and your house for a cyclone” and related kit, directly to the beneficiaries and in link with local organizations working with extremely vulnerable persons.

-Support to local partners (Direction of Civil Protection-DPC, Action Contre la Faim, Evacuation centers’ managers, IOM) in better including the issue of persons with specific needs in their cyclones preparedness and response activities, through:
  - Mapping of accessible evacuation points/shelters and complementary accessibility modifications of these centers
  - Dissemination with DPC and IOM of a list of priority persons to be monitored during evacuation

A special rapid response team was identified among the competencies of the DVFP workers and was trained about evacuation and care of persons with specific needs. Fortunately, this team was never completely deployed at field level (no real occurrence of a major cyclone).

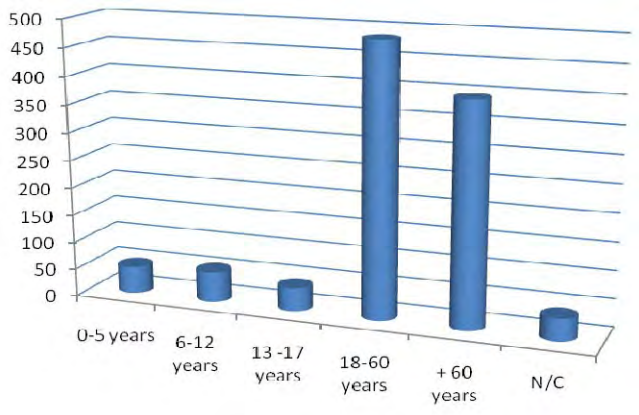
SUB SECTOR II: NON COMMUNICABLE DISEASE

Indicator (A): Number and percent of people in the target population treated for chronic diseases disaggregated by age

1,067 persons, among the 7,313 DVFP beneficiaries, which is about 15% suffered from a chronic disease.

Table 12: Persons treated for chronic diseases disaggregated by age

0 – 5 years	49
6 – 12 years	55
13 – 17 years	42
18 – 60 years	485
+ 60 years	396
N/C	40
Total	**1,067**

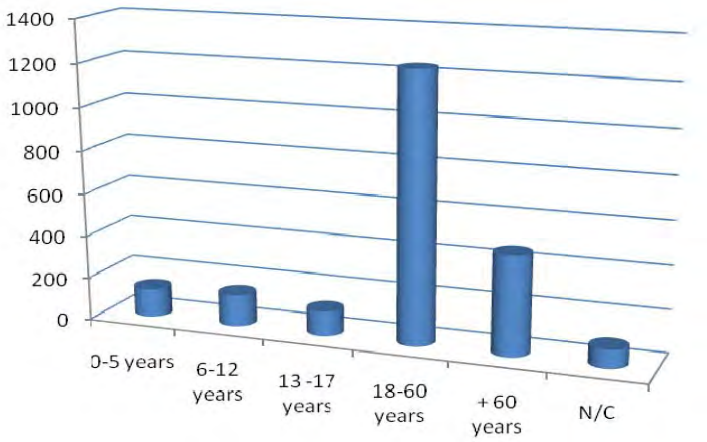


Indicator (B): Number and percent of people treated for mass-casualty or violence-related injuries disaggregated by age.

2,186 persons among the 7,313 DVFP beneficiaries, about 30%, were treated for mass casualty or violence related injuries.

Table 13: Persons treated for mass-casualty or violence–related injuries disaggregated by age

0-5 years	135
6-12 years	149
13 -17 years	117
18-60 years	1,239
+ 60 years	461
N/C	86
Total	**2,187**



SUB SECTOR III: HEALTH EDUCATION/ BEHAVIOUR CHANGE

Indicator (A): Number of community members who have received target health education messages, disaggregated by age.

Various health education messages were delivered to HI beneficiaries, their families and neighborhood according to the needs and the context:

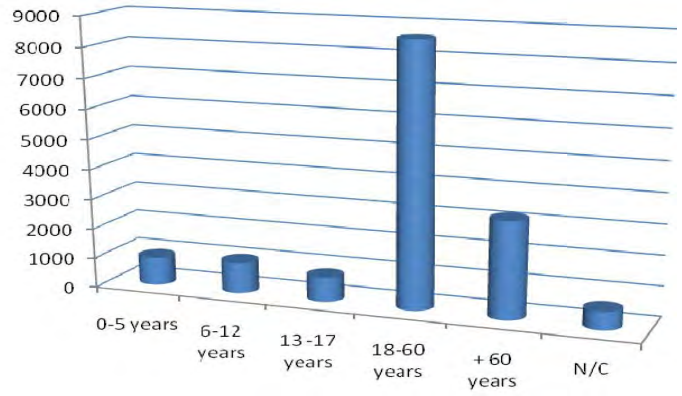
- Individual home exercises
- Advices and accompaniment on good practices for daily living activities
- Health education messages, alongside with each rehabilitation session

- General messages on good practice in hygiene, in link with cholera awareness: indeed during a cholera crisis, and although to a certain extend a PwD can be protected by its relative isolation, he / she will eventually be at higher risk to contract cholera because of:
  - Lack of access to information and support
  - Specific hygiene need
  - Lack of proper access to WASH facilities.

15,211 persons received at least one health education message (one beneficiary can receive several health education messages).

Table 14: Number of persons who received one or several health education messages disaggregated by age

0-5 years	938
6-12 years	1 034
13 -17 years	813
18-60 years	8 619
+ 60 years	3 205
N/C	602
Grand Total	**15,211**

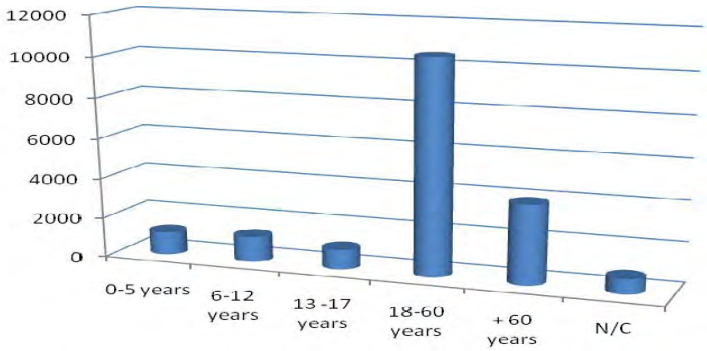


In addition, a specific focus was put on **cholera and hygiene awareness sessions towards 18,598 participants**:

- First step for the first cholera outbreak in November and December 2010: 13,371 participants to the massive campaign on cholera prevention inside the community
- 1,647 participants to cholera awareness session between January and March 2011, made by our community workers when they were going on the field
- 3,580 participants to cholera awareness session between April and September 2011, lead by our hygiene and cholera awareness workers.

Table 15: Number of person with received one or several health education messages of cholera prevention and good practices for hygiene

0-5 years	1,147
6-12 years	1,264
13 -17 years	994
18-60 years	10,539
+ 60 years	3,919
N/C	735
Grand Total	**18,598**



Indicator (B): Number and percent of community members undertaking target health education message practices, disaggregated by age.

As previously explained, the whole rehabilitation process is accompanied by several health education messages aiming at improving the daily practices of the beneficiaries in order to pass through the rehabilitation process.

The Project Impact Survey that was carried out at the end of the project allowed us to evaluate the evolution of the practices of the beneficiaries.

- To the question "Do you regularly do your exercises", 82.4% of the interviewed persons answered positively.
- To the question "Do you use regularly the tools given by HI team", 90.2% of the interviewed persons answered positively.
- 82.6% of the interviewed persons declared that they changed their practices following the support provided by HI.

Table 16: Persons who declared they c*hanged their practices following the support of HI, disaggregated by age.*

By extrapolation from the impact survey:

Age	Yes	A little	*% positive*	Not really	Not at all	Total
0-5 years	670	201	*93%*	0	67	938
6-12 years	896	69	*93%*	69	0	1 034
13 -17 years	650	163	*100%*	0	0	813
18-60 years	5171	1856	*82%*	796	796	8 619
+ 60 years	2230	557	*87%*	70	348	3 205
N/C						602
Grand Total	**9 617**	**2 846**	**82%**	**934**	**1 211**	**15 211**

SUB SECTOR IV: MEDICAL COMMODITIES

Indicator (A): Number of medical kits, equipment, and consumables distributed (by type).

HI's position is that every person newly, temporarily, or permanently disabled following a disaster has the right to have free access (no charge) to a suitable assistive and/or mobility device, to contribute to restore as much as possible his/her mobility and independence.

3,028 items were provided according the following breakdown:

Mobility aids	Quantity
Crutches ADULT	462
Simple mattress	401
Simple stick	371
End fitting for crutches and sticks	216
Toilet chair	159
Auxiliary crutches ADULD	131
Anti Bed sore mattress	117
Bed	101
Crutches CHILD	89
Walker Adult	88
Wheelchair (Rough Rider/Worldmade)	80
Wheelchair- regular	73
Wheelchair Cushion	72
Auxiliary crutches CHILD	71

Mobility aids	Quantity
Urinal- Men	62
Elastic Bandage	60
Plaster	56
Urinal- Women	56
Catheter	48
Corner chair CHILD	43
White stick	33
Wheelchair CHILD (world made- moti-go)	31
Adapted Kitchen board	26
Little table for wheelchair	25
Standing frame	24
Transfer board	15
Walker Child	8
Positioning cushion (cylindrical/rectangular/Triangular)	8
Long range reacher	7
Rollator- walking frame	7
Bedpans	5
Air Bed sore mattress	3
Adapted Laundry brush	2
Triceps push up blocks	1
Sub Total Mobility Aids	**2,951**
Splints	**Quantity**
Lumbar belt	20
Shoulder sling	19
Knee orthosis	12
Hand / Wrist orthosis	11
Other	9
Ankle orthosis	4
Cervical collar	2
Sub Total Splints	**77**
TOTAL MEDICAL COMMODITIES	**3,028**

The persons who benefited from these devices were identified through the DVFP network at community level with thorough assessment by physiotherapists / occupational therapists, taking into account the surrounding environmental barriers (such as house damages).

In total **3,028 assistive and/or mobility devices** were distributed.

891 medical kits were also distributed:

- 843 hygiene and cholera kits were distributed
- 48 hygiene and incontinence kits were distributed

As mentioned earlier, 2,800 NFI were also distributed according to the needs of the beneficiaries. Indeed, as most of the partners for basic items provision were leaving the different areas of intervention at the end of 2010, HI made the choice to supplement the activity and therefore provide dedicated NFI to cover the basic needs of its beneficiaries. In this framework **2,800 NFI were distributed**.

Indicator (B): Number of people trained in the use and disposal of medical equipment and consumables.

Each time a donation was done to a beneficiary the person was trained in the use and disposal of the medical equipment's and/or consumable.

6,719 beneficiaries were trained. This represents the number of persons who received medical equipment. Training and advice would include for the example of a wheelchair how to properly adjust the device (armrests, backrest, brakes, etc.), exercises on mobility and efficient propulsion (normal ground, tilt, crossing obstacles), and maintenance of the wheelchair and the anti pressure sore cushion (washing, oiling, etc.). This figure also includes the training done following the NFI distribution in order that the beneficiaries can have a proper use of the donated items (i.e. hygiene and cholera kits).
But it is worth mentioning that in case the beneficiary was accompanied by a caretaker, the caretaker was trained as well in order to involve as much as possible the rehabilitation process.

IV.2. PROTECTION SECTOR

Objective: *To participate in ensuring proper inclusion of the most vulnerable persons in the current humanitarian response through advocacy at coordination level, concrete action and monitoring at field level, and specifically tailored action in the field of psychosocial support through the antennas network.*

To achieve this objective, HI worked in different sub sectors within the health sector:

- Protection Coordination and advocacy: 2 main complementary activities were implemented. First, the monitoring of protection needs on the field, implementation of a referral system for protection needs and sensitization to improve safety of our beneficiaries. Then advocacy at different level in order to improve safety and to promote the inclusion of PwD.
- Psychosocial services: After a trauma such as the January, 2010 earthquake, the psychosocial needs are salient. Therefore, the psychosocial services were complementary and essential for the protection activities but also as a part of the rehabilitation process.

The objective was achieved with success.

Through the improvement in the autonomy and the reinforcement of attention by caretakers, family and community, HI managed to decrease the feeling of isolation and to improve the felling of security and safety among its beneficiaries in a context particularly violent (forced evictions as an example).

Moreover, HI was very much involved in the coordination bodies in order to improve a mainstream support provided to most vulnerable and at-risk persons in the humanitarian response.

BENEFICIARIES

- *At least 50% of target beneficiaries benefit from psychosocial support and/or improved protection (2,250 persons, totaling 11,250 including families).*

1,640 persons benefited from psychosocial support and/or improved protection, (8,200 persons including families).

At least 36,4% (instead of 50%) **of the target beneficiaries benefited from the psychosocial support and/or improved protection.**

This indicator is not 100%-reached for different reasons:

- As far as **protection issues** are concerned, HI intervention did not focus on broad protection actions but rather on complex protection needs of highly vulnerable population, especially the one residing in the camps / displacement sites. HI team concentrated its efforts on individuals and on families living in extreme conditions with minimal solutions and support from local community.
- As far as **psychosocial services** are concerned: Typically, the psychosocial needs of our beneficiaries followed specific curves which saw first the use of immediate coping mechanism to the trauma experienced. Then the classical process of grieving, ultimately leading to acceptance of a new situation was much longer than anticipated for a large part of them. Among the reasons, we identified the fact that individual's losses were not only huge but also multiple, in various aspect of their life (physical impairment, familial structure, income loss, etc.) reducing their capacity to project themselves in a positive and constructive fashion in the future.

  Moreover, the traditional coping mechanisms – family inner support, community solidarity – were strongly challenged by this disaster of unprecedented scale. For these reasons and observing the still existing needs for maintained psychosocial support and the growing protection need with regard to evictions, the team made the choice to focus on completing the overall psychosocial accompaniment of the beneficiaries and families already identified in the antennas' network. This choice was based on the assumption that the most serious cases would have been already identified.

Beneficiaries in protection

A person followed by the HI Protection Officer was followed for various reasons:

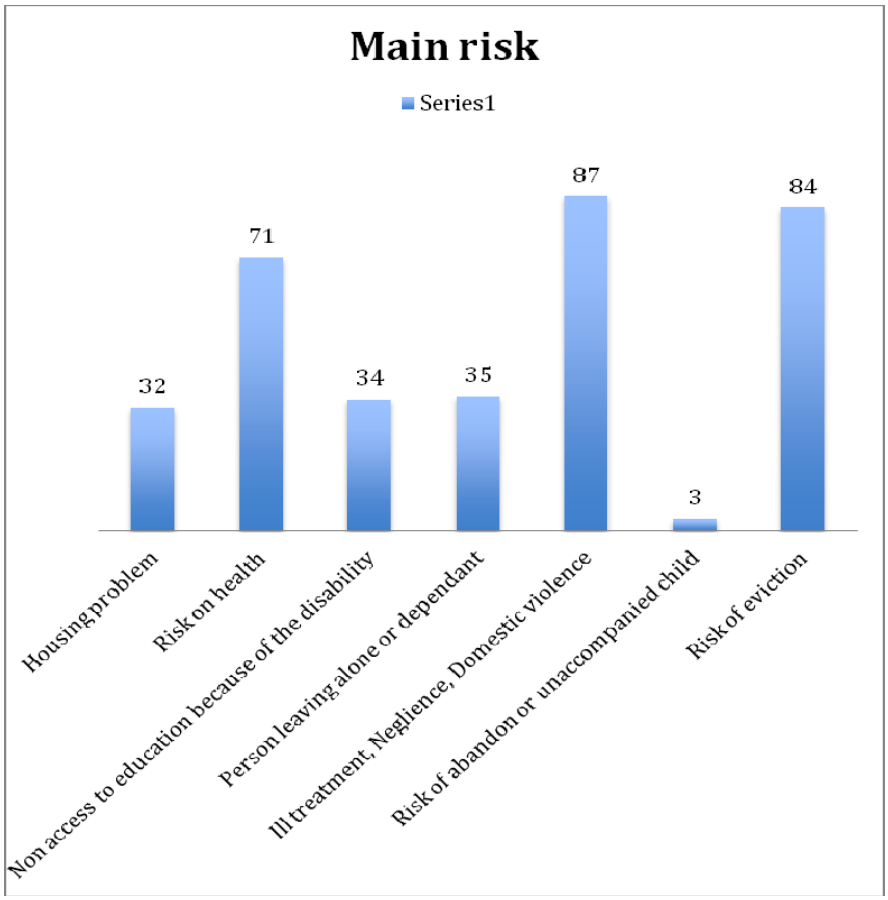
- Risk of human rights violation / forced eviction
- Risk for his/her physical and psychological integrity

In Haiti, forced evictions of the camps started in June 2010. Most of the people that were living in camps on a private or public field were at risk. Some of our beneficiaries were in that situation and we developed a dedicated strategy and a specific follow-up for this particular situation.

The main risks of the beneficiaries followed by HI Protection Officers were (knowing that one beneficiary can be followed for several risks):

- Risk of forced eviction
- Risk on physical or psychological integrity, including domestic violence, abuse, and negligence (often, by members of the family or for a completely isolated person), but for the persons living condition in a hazardous environment
- Risk related to the coverage of basic need (in link with human rights violation), particularly with regard to the essential right to access to education for children, access to health care for women, etc.

<u>Graph 2</u> *[following page]: Main protection risks*



- **Forced evictions**

84 persons with injuries / persons with disabilities / extremely vulnerable persons and their families risked a forced eviction and were followed for this specific risk. For 12 people, a solution was found (relocation inside another camp or moving to a family member home for example). For the 72 persons remaining, either they have been expulsed from a displacement site (e.g. Sylvio Cator stadium), or they are still at risk. The persons followed were located in 17 camps in Port au Prince.
All our beneficiaries were referred either to the camp manager (IOM) or to a shelter actor.

Our intervention was thus centered on a specific evaluation of the situation with a dedicated coordination with the camp manager and an evaluation of the possible solution with the beneficiary. The intervention for the risk of forced eviction was difficult especially due to the problem of land access in Haiti but also because some beneficiaries wanted to stay inside the camps waiting for assistance even if they had a relocation solution.

Because the persons followed up within the framework of protection activities were considered as highly vulnerable, an *ad hoc* referral system was implemented in order to find durable solution.

Activities implemented:

=> Keep exchanging and monitoring the situation with the beneficiaries and family, at least one time a month
=> Sharing information on a regular basis on that specific situation with IOM
=> Advocate at cluster level in Port au Prince but also in Geneva to expose the situation (will be developed below).

- **Other protection issues**

167 persons were followed for other various protection issues

Table 17: 167 persons followed for other various protection issues disaggregated by sex and by age

Age	Women	Men	Total	%	% general population of beneficiaries
0-5 years	6	10	16	9,6	6,2
9-12 years	20	10	30	18	6,8
13-17 years	5	4	9	5,4	5,3
18-60 years	36	23	59	35,3	56,7
+60 years	31	16	47	28,1	21,1
NC	4	2	6	3,6	4
Grand Total	**102**	**65**	**167**	**100**	**100**

Our team followed more women than men, which is explainable according to the fact that eventually, the majority of protection cases were activities in gender-based violence / abuses, abandon and forced eviction problems, which were more concerning for women, older persons and de-structured households (i.e. often a single woman heading household).
The majority of our beneficiaries are adults. However, it is interesting to compare the age repartition of the beneficiaries of our protection activities and the age reparation of the global beneficiaries. We can note that the proportion of children is higher (under 12 years old) and that the representation of older persons is higher as well in the protection beneficiaries. Those data are not surprising since the population more at risk is women, children and older persons.

Antennas	Total
Champs de Mars	28
Delmas 33	32
Golf	25
Petion	35
Total Port au Prince	**120**
Gonaives	10
Petit Goave	37
TOTAL	**167**

Table 18: 167 persons followed for other various protection issues disaggregated by antenna

Most of our beneficiaries are located in Port au Prince. It is also explainable by the fact that the needs were higher in the city. Indeed, proportion of GBV and other type of abuse is higher in Port au Prince, and solidarity mechanisms and potential solution in this particular urban context less efficient and valuable.

Table 19: 167 persons followed for other various protection issues disaggregated by disability/vulnerability

Type of disability/vulnerability	Total
Amputees	4
Complex cases	29
Sensorial disability	10
Congenital deformity	8
Epilepsy	1
Stroke / Hemiplegia	50
Children with Cerebral Palsy	27
Progressive disabling disease	11
Very low mobility (paraplegia, spinal cord injury, complex injury)	23
N/C	4
TOTAL	**167**

This table 19 shows that among the beneficiaries, 27 were children with cerebral palsy, usually highly vulnerable, particularly with regard to the risk of negligence and abandon. Indeed, the families don't necessarily understand the situation and needs of these children.

The older persons (47) were at high risk as well, also especially with regard to negligence and abandon, particularly in the urban areas. Moreover, among the 167 beneficiaries, 61 declared to be single or widow, and among them, 43 were women.

Among those 167 beneficiaries: 46 benefited of a deeper evaluation because the risk was higher and a special attention had to be given to them.

- 12 for child protection issues (risk of abandon, abuse, negligence). Most of those children are children living with a mental illness or with Cerebral Palsy
- 1 for Gender Based violence.
- 27 for another protection issues (access to school, access to health system, risk of abandon)

The protection team developed a specific focus on non-access to education because this need was identified for not less than 28 children.
In Haiti, generally speaking, there is a lack inclusion of children with disabilities in the mainstream schools. Alongside with this, there is a huge gap of dedicated structures for children with disabilities who need to be schooled in a special school. The existing ones are expensive and very few children have access to those structures.
Our protection project officer visited three special schools in Port au Prince (*Saint Vincent, Nos petits frère et soeurs, Institut Monfort*) in order to promote the inclusion of our young beneficiaries with disabilities in these schools. 16 children were referred to a dedicated school. 4 of them were accepted, for the 12 remaining, the reference was done after the date of inscription so we were not able to verify if the child was accepted.

Geographical Area: Petit Goave, Port au Prince, Gonaives

SUB SECTOR 1: PROTECTION COORDINATION AND ADVOCACY

Indicator (A): Number of protection officers/personnel provided in support of protection coordination activities.

Staff: 8 protection officers : 6 in Port au Prince
1 in Petit Goave
1 in Gonaïves (half protection officer, half psychosocial worker)

1 protection manager: managing the protection team
1 protection project manager (expatriate)

=> 10 protection personnel were provided in support of protection coordination activities.

In addition, in order to improve the protection of our beneficiaries to the cholera outbreak, 10 cholera awareness worker were recruited in June 2011.
Additionally, and in order to improve the protection of our beneficiaries with regard to the menace posed by the cyclonic season, 8 DVFP emergency officers were recruited.

The context being a bit chaotic at the end of the 2010 year, the protection activities started only early 2011, according the following steps:

- December 2010 : preparation of team recruitment and training
- January 2011: recruitment, training and integration of the protection officers inside the antennas
- February 2011 : start of the activities in Port au Prince
- May 2011: start of the activities in Petit Goâve and Gonaives

At the beginning, the protection monitors were not on duty in each of the antennas but rather organized according to the following range of expertise: child protection, gender based violence and juridical issues.
This set-up paved the way to a good capacity building of the local staff in these 3 areas of expertise, allowing as well flexibility and a better follow-up of the referral done by the rest of the team. In July 2011, following the context and need's evolution, the team was integrated in each of the antennas and divided according to 2 fields of expertise: individual follow-up and community activities. This organization was flexible enough to allow the team to still be available when needed for individual cases.

Set up of these protection teams aimed at reinforcing the link between advocacy/ mainstreaming activities and field activities, through a strong monitoring and intervention network of protection officers and sensitization on protection risks.

The protection officers performed **1,096 visits to beneficiaries' home**. During these case follow-up visits, various activities were conducted such as evaluation and re evaluation of the cases, referral check, kit and items donations, etc.
Some beneficiaries most at risk were visited every week in order to check their situation and to sensitize and try to mobilize more the family/neighborhood.

Strategy of intervention:

- <u>Sensitization was done at different levels.</u>

-**574 sensitization sessions** were organized towards protection beneficiaries within beneficiaries' families.

These sessions were targeting:

- the families and neighborhoods in order to improve inclusion for PwDs
- the camp (displacement sites) committees for a better integration of PwD within the camps daily activities and for a better representation of PwDs in camps coordination committees.

A particular focus was put on children with cerebral palsy since the team identified that they were the most exposed to abandon, exclusion and abuse.

- General Sensitization on preserving documentation: **1,500 leaflets** were designed, printed and distributed to protection beneficiaries directly but also through groups activities. **1,500 plastic wallets** (to protect documentation) were also distributed alongside. A specific module aiming at improving the awareness of the persons about the importance to protect their documentation (such as identity and property documents, and other personal documents) was organized. Those leaflets were also distributed in the framework of emergency preparedness activities.

-Sensitization on Gender Based Violence was proposed through **the distribution of International Rescue Committee leaflets**, which include the contacts of the main organizations working in the field of gender based violence. Distribution of these leaflets was accompanied by a time talking and exchange with the beneficiaries and population.

-Sensitization was also done in **group activities** with special focus on protection/rights. Depending on the composition of the groups, different modules were done: rights and needs, child rights, importance and protection of documentation, prevention on various forms of abuse.

-**Massive sensitization** was done through diffusion of radio spots on the importance of inclusion of person with disabilities. 4 spots were created by Foundation "J'aime Haiti", on different subjects: raising awareness about violence and abuse toward PwDs, promotion of solidarity with PWDs, participation and inclusion of PWDs in the society through work and activity. These sports were broadcasted on 24 communitarian radios all around Haiti, Radio Nationale, Radio Caraïbes, Radio Sky FM as follow, Radio Minustah and Sky FM as follow:

Radio	Number of diffusion	Number of days of diffusion
Radio Caraïbes	176	60
Radio Nationale	176	60
Radio Minustah	176	60
24 communitarians radios	2,976	31
SKY FM	124	31

Table 20: Broadcast of radio spots

-**Organisation of special events:**

- Organization of an event on the occasion of the Child protection day in the antennas in order to promote child protection and children rights, with a focus on particular situation of children with disabilities
- Organization of an event on the occasion of the mental health day on October, 10th in order to sensitize to the importance of the often forgotten issue of mental health and to promote acceptance and inclusion of persons living with mental disorder in the community

o Referrals.

The protection officers forming an integral part of the DVFP teams in the antennas as well as in the surrounding communities, the persons in need of their services were conveyed to the protection teams. These referrals were done by other DVFP teams, especially by the psychosocial teams, because of the complementary nature of their intervention. These referrals were done for specific expertise and support regarding Gender Based Violence, child protection or juridical specialization according the following breakdown:

Table 21: Internal protection referrals

Internal reference to child protection	11
Internal reference to Gender Based violence	5
Internal reference to juridical specialization	14

133 beneficiaries were referred for education needs, camp committee specific attention, livelihood activities to "*Institut du Bien Etre Social*" (one beneficiary can be referred several time).

82 beneficiaries in the framework of forced eviction were referred to IOM and/or a shelter actor.

o Provision of protection kits

Aiming at improving the physical safety of the most vulnerable persons (persons and particularly women and children with injuries and disabilities), **protection kits were distributed to 121 persons**.

A kit contains 1 whistle (to alert more easily in case of problem, for example in case of weakened persons or persons with speech impairment), 1 lamp (to see and to be seen) and 1 radio (to stay informed). In addition, 1 jerrycan and 1 blanket were distributed upon needs. In total, 80 blankets and 87 jerrycans were distributed. Finally, 6 small house arrangements were done in order to improve safety of the house (Repairing or installing a door lock, clearing hazardous surroundings, etc).

Indicator (B): Numbers of policies/procedures/practices modified in accordance with protection principles (e.g., Guiding Principles on Internal Displacement; Human Rights Law; International Humanitarian Law).

In order to modify the policies/procedures/practices in accordance with protection principles and convention of the right of persons with disabilities (CRPD), several persons were mobilized:

- A Liaison and advocacy officer until March 2011, who was in charge to advocate for the inclusion of vulnerable persons with a special focus on person with disabilities within the general humanitarian answer;
- Protection project officer from December 2010 to November 2011, who was in charge of the follow up of protection cases at antennas' level;
- Deputy head of mission: from February 2011 to June 2011 who was in charge of the external coordination of the mission

With those three positions, HI was a credible actor for protection issue and had clear clues and leverage to enhance and reinforce protection policies / procedure / practices with regard to the condition of persons with particular vulnerabilities / disabilities, relying on a combined field and coordination level action in terms of expertise and advocacy.

Throughout the project we participated to different **coordination mechanisms** where we had clear inputs on the decisions made:

- Regular participation in Protection cluster meetings (Protection Cluster, Gender based Violence Sub-Cluster, Child Protection Sub-Cluster)
- Regular participation to the Camp Coordination and Camp Management (CCCM) cluster
- Participation to the working group on Land Housing and proprieties
- Regular participation to the CCO Coordination Committee for NGO (CCO)

The following actions were taken in order to **promote positive and more inclusive modification of procedures and policies**:

- Inclusion of the protection activities and guidance of HI in the action plan of the Protection Cluster
- Integration of children with disabilities as a specific group in the action plan of the sub cluster child protection
- HI Presentation of our activities and proposition of good practice with regard to disability issues at the Interim Haiti Recovery Commission (IHRC)
- Inclusion of disability issues in the CAP 2011 as a cross cutting issue.
- In the framework of the activities of HI on the forced evictions:
  - HI field team relayed the forced eviction issue and the particular attention on PWDs to HQ team in order to have the issue raised at Geneva level so that the forced evictions became one of the priorities of the international community
  - Handicap International actively participated in the implementation of the Standard Operational Procedures (SOP). These SOPs were designed for the humanitarian actors and were about the forced eviction issue. They allowed the actors to implement reasonable solution and they allow them to advocate the government for the freezing of these forced evictions. HI was involved in order to include a specific attention for extremely vulnerable person.
  - CCCM and sub-cluster Logement/Quartier: Handicap International underlined the importance of identification of PWD inside the most vulnerable population who will face forced evictions
  - HI proposed a specific strategy to tackle the forced evictions process: this strategy was presented to the protection cluster
  - HI diffused "key messages" among the international actors in order to include PwDs in the general response.
- Inclusion of vulnerability issues in a letter addressed to president Martelly with regard to the coming re localization plan of the displacement sites.
- Emergency preparedness: Participation to the implementation of a specific form for initial assessment during emergency phase with a specific attention to PwDs, older persons and other vulnerable persons
- Definition of the items constituting the protection kits for the protection cluster

- 3000 Kits protection (based on our model) were constituted for IFRC and 7000 should be bought by IOM. The protection kits are used and distributed according to a note done by HI and integrated inside the toolbox protection of the protection cluster.
- Inclusion of disability issues as a cross cutting issue inside the mid-year review of the consolidated Appeal project.

In addition, **several sensitization & trainings** sessions were implemented for government, local and international organizations in order to work with them about the inclusion of PWDs in their activities.

Table 22: Sensitization & Training sessions implemented, related to inclusion of PwD

IOM	Inclusion / Participation of PWD with regard to the camp management
	Disability production process, and protection intervention
Direction de la Protection Civile	PWD and emergency : inclusion of disability issues within the general preparedness process and the intervention
DPC and IOM	PWD and emergency : inclusion of disability issues within the general preparedness process and the intervention
Action contre La Faim	Disability production process and referral mechanisms
	The distinctiveness and specific challenges faced by the PWD (in the psychosocial field)
Terre des Hommes	Intervention regarding Children with disability (position, prevention of contractures,…)
Université D'Haiti CERAS	Participation to a conference organized by CERAS on public health - Definition of health according to the right based approach - Disability production process - Presentation of HI global answer to the earthquake
Scouts of Haiti	Specific needs in the frame of the relocation process
Terre des Hommes	Disability production process
MdM suisse	Disability production process
FAO	Disability production process
Internal – to every HI staff	Disability production process, Protection policy and Rights and Needs of PwD

Jointly with Christoffel Blindenmission (CBM), Handicap International is also **closely following and supporting the development of the National Plan of Action on disability**, a still ongoing process. HI participated to the preliminary meetings, the elaboration of the frame of this plan and subsequent induced works. Although a priority of the SEIPH, this plan has unfortunately not yet been finalized, due the shift of the persons in charge at governmental level following the latest election in Haiti.

Moreover, **community mobilization activities** were implemented, participating to promote a better understanding and inclusion of disability issues:

- sensitization within schools (diffusion of a movie done by CBM) and a simplified presentation of Disability Production Process for children
- Training of community leaders (in Gonaïves) on simplified version of disability creation process, rights and needs of PWD and Disability issues vs emergency situation.
- Sensitization in the "tap tap" (local transport) terminal regarding the inclusion of person with disabilities and the issue of persons with low mobility inside the local transport (completed by distribution of sensitization stickers)
- Theatre group inside the community
  - Gonaïves: a specific tour in several community places was organized

- Port au Prince: 4 theatre groups were formed and did one representation inside the community where they belong

- Radio diffusion of 4 spots on the inclusion of PWD within the society

SUB SECTOR 2: PSYCHOSOCIAL SERVICES

Indicator (A): Number and percent of target population participating in psychosocial activities disaggregated by age.

1,389 persons benefited from psychosocial services, which is 19% of the beneficiaries.

0-5 years	86
6-12 years	94
13 -17 years	74
18-60 years	787
+ 60 years	293
N/C	55
Grand Total	**1,389**

Table 23: Psychosocial beneficiaries disaggregated by age

In September 2010, the psychosocial needs were changing according to the situation: the psychosocial team encountered less immediate trauma problems but more psychosocial suffering related to disability and its consequence in terms of self acceptance and social exclusion. Psychosocial workers had to work more with the persons on self-esteem, acceptance of a new body / condition, acceptance of the loss of a family member. They also had to encourage a good reconnection with a normal social participation.

Between October and December 2010, the activities were a bit disrupted by the general context of insecurity and cholera outbreak: the follow up of beneficiaries was not easy to do. Contacts were maintained by phone or as much as possible through home visits. Nevertheless, those events led to a break in the follow-up of some of the beneficiaries that had consequences such as regression or apparition of new disorders, for some cases. In January 2011, evaluations and definition of new objectives had to be done again in order to start on a fresh basis for these particular beneficiaries

From January 2011, more than one year after the earthquake, the psychosocial needs evolved: the distress was more rooted in the social precariousness:

- Loss of hope of recovery
- Lack of economic resources: the PWD is seen as a burden for her family and sees himself as such
- Loss of interest in social life: when the community around has been recovering from the earthquake, the PWD does not perceived himself as healthy and able to carry out normal daily living activities and does not want to make efforts to participate as a normal member of the society

According to the needs identified, the psychosocial workers established an individual action plan: 662 beneficiaries had an individual action plan.

In order **to improve psychosocial health**, different kinds of intervention were implemented:

- Family and neighborhood sessions: **1,361 family and neighborhood sessions** were organized. These sessions focus on family level, using various sensitization and mediation techniques to restore sharing and active support. The first objective is to facilitate the acceptance of the person presenting with a permanent impairment and clarify the challenges ahead. The second objective is to encourage the active participation of all family members and relatives to the daily care and accompaniment of the person living with a new disability.

- Referral: when the psychosocial worker was facing a specific mental disorder or a need for a specific attention that could not be met by HI team (strong depression, expression of violence for example), the beneficiary was referred. Two main actors were identified within the referral system: International Medical Corps (IMC) and URAMEL. Though this solution was limited since IMC ended his activities in June 2011 and URAMEL is functioning on a cost recovery service base. 215 persons were referred.
- Psychosocial groups animated either by a psychologist either by a psychosocial worker. Several types of psychosocial groups were organized:

  -*Discussion group*: **541 persons participated in 126 discussions groups**. These groups, of around 15 persons, are meant to encourage the participants to verbalize their issues and feelings about a specific topic (accepting disability, self esteem, how to reinforce family link, social participation for example). Different means and media (manual activity, musical time, etc.) are used to create a favorable ambiance to facilitate the sharing. These groups are varying in their composition and family members are encouraged to participate

  -*Talking therapy*: **1,012 persons participated in 154 talking therapy sessions**. These groups gather around 10 persons who have the same problem and face particular difficulties to solve this specific problem. Topics are circling around this problem. Much more facilitation and psychological expertise are brought to support the evolution of the mental health of the participants, who are more cautiously selected. They are animated by a psychologist and the caregivers and family cannot attend these groups.
- Communities' activities. Various type of communities activities were implemented:

  -*Animation sessions*: **8,016 persons participated in 961 animation sessions groups**. These animation sessions are meant to improve the social participation, to encourage the expression through a specific mediation (singing, dancing, theatre, sports…) and to develop peer to peer support.

  -*Community mobilization activities*: **8,653 persons participated in 140 community mobilization sessions about PwD inclusion**, such as handcraft groups, awareness for inclusion of PwD in public transport, awareness for the inclusion of Child with Disability (CwD) in schools. Some beneficiaries of the antennas organised some activities with the support of HI inside the community in order to promote inclusion of PwDs.

  -140 sessions about the inclusion of PwD were organized, and they were attended by 8,112 persons.

Indicator (B): Number and percent of beneficiaries reporting an improved capacity to carry out productive family/community roles/responsibilities.

According to the Project Impact Survey (see Annex 3 below), **82.6% of the beneficiaries felt there were more able to face daily activities.**

Indicator (C): Number and percent of beneficiaries reporting improvement in their feeling of well being or ability to cope disaggregated by age.

At the end of the project, and according to the Project Impact Survey, **83% of the beneficiaries reported feeling better since the intervention of Handicap International**.

Find below some results extrapolated from the impact survey (Annex 3):

12- Since the intervention of HI, do you accept you situation better?			13- Since the intervention of HI, do you feel better?			14- Since the intervention of HI, do you have more self confidence?			15- Since the intervention of HI, do you think that you could face better the difficulties you meet in your everyday life?		
Yes	5031	***68,80%***	*Yes*	4702	***64,30%***	*Yes*	5324	***72,80%***	*Yes*	4344	***59,40%***
A little	1375	***18,80%***	*A little*	1375	***18,80%***	*A little*	1046	***14,30%***	*A little*	1697	***23,20%***
Total positive	**6406**	**87,60%**	**Total positive**	**6077**	**83,00%**	**Total positive**	**6370**	**87,10%**	**Total positive**	**6041**	**82,60%**
Not at all	490	***6,70%***	*Not at all*	753	***10,30%***	*Not at all*	461	***6,30%***	*Not at all*	717	***9,80%***
NA	417	***5,70%***	*NA*	490	***6,70%***	*NA*	490	***6,70%***	*NA*	556	***7,60%***

V. IMPACT SURVEY

The Project Impact Survey aimed at measuring the evolutions in the life quality, the autonomy and the integration of the DVFP beneficiaries, and the contribution of the HI intervention in that process, through the quality of the services provided.

The Project Impact Survey allowed us to evaluate:

- The acceptance of a new situation
- The psychological well being
- The self esteem and capacity to plan
- The support and enhancement of coping mechanisms.

Please refer to Annex 3: Project Impact Survey Report *[in French]* for the full report, but the main data is summarized below.

V.1. IMPACT SURVEY METHODOLOGY

A mixed methodology, both qualitative and quantitative was used for this impact survey. This method facilitates the accuracy and the comparison of the results.

A random sample of 224 persons was extracted from HI main database. Only 2 criteria were enforced for the accuracy of the sampling.

- Geographical repartition (respectful of activity volume among various antennas)
- Service received (between physical rehabilitation, psychosocial support, cholera)

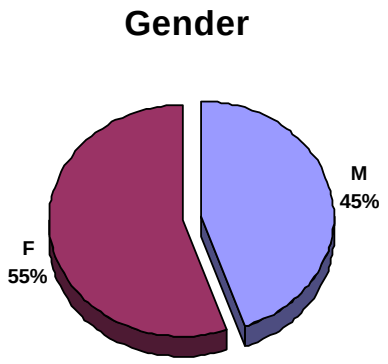
Statistical facts:

Study confidence level: 95%
Study average confidence interval: 6.42 (average answer of 50%)

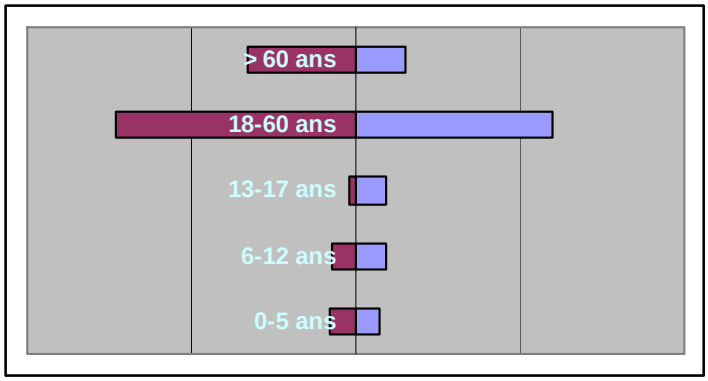
Surveyed population profile:

Age	M	F	Total	%
0-5 ans	7	8	15	***6,7%***
6-12 ans	9	7	16	***7,1%***
13-17 ans	9	2	11	***4,9%***
18-60 ans	60	73	133	***59,4%***
> 60 ans	15	33	48	***21,4%***
NA	0	1	1	***0,4%***
Total	**100**	**124**	**224**	
%	***44,6%***	***55,4%***		

Gender balance :



Age pyramid:



V.2. MAIN THEMES EVALUATED

The impact survey tackled different themes through:

- behavioral changes (Questions 1 to 4)
- problems' understanding and quality support of the antennas teams (Questions 5, 6, 7)
- autonomy of the persons (Questions 8 & 9)
- satisfaction toward the information and advices received (Q° 10 & 11)
- psychosocial activities (12 to 15)
- social inclusion (Q° 12, 18 & 22)
- protection activities (Q° 16, 19, 23 & 24)
- concern regarding the future (Q°28)

V.3. SUMMARY OF THE MAIN TRENDS SHOWN BY THE IMPACT SURVEY

Immediate impact results are globally quite positive, from beneficiaries' point of view, especially regarding the following topics:

- 8 persons out of 10 estimates that the teams had globally a very good or a quite good understanding of the needs linked to their disability. And 8 out of 10 persons estimate that globally the teams provided a support that was totally or partially adapted to their disability.
- The majority of beneficiaries changed its habits and practices in a positive way after HI teams' intervention.

- More than 7 out of 10 persons declare that they have a better autonomy (partially or totally). Out of them, almost 7 out of 10 persons declare that the HI teams were an important factor for regaining this autonomy.
- About 7 out of 10 persons declare having a better self confidence and a better acceptation of their situation.
- More than 7 out of 10 persons declare that they beneficiate of a better integration within their family and a bit less than 7 out of 10 state that they have more contacts with their family circle and their community.
- 6 out of 10 persons are generally less afraid of the external dangers and feel more able to protect themselves.

However, the impact study emphasize that some **attention has to be paid to:**

- Less than half of the beneficiaries declare that they feel better understood by the community. The project had a more limited impact for amelioration of the community understanding of the needs and the situation of the PwD / vulnerable people. And yet this will be a long term challenge for these people.
- Health and income are in the forefront of the immediate concerns. The main reason of dissatisfaction is the absence of financial support, linked to the practical needs and the work access. On a second aspect, we note that a close link is made by the interviewed persons between the economic problematic and the access to health and education.

VI. EXIT STRATEGY

HI anticipated the coming end of this project well in advance, according the following principles:

- Do no Harm Principle
- Locate the activities in the heart of the community and shift more and more to a group approach in order to make them more sustainable and give an opportunity for any other structure to take the lead and sustain the activities if possible
- Ensure transparency and participation of HI team, partners, beneficiaries and other stakeholders so that the end of the project is well accepted and respects ethical principles.

Objectives:

The objective was to ensure the autonomy and the social participation of the beneficiaries through the end of the individual follow up and the implementation of multidisciplinary group activities and community mobilization activities.

The proposed exit strategy was designed and implemented with the perspective of enlarging even more our target; working not only with our beneficiaries inside the community but working in and with the community to facilitate the inclusion of PWDs and tackling discrimination.

Therefore, the exit strategy promoted a group approach and focused on community mobilization activities:

- Create and facilitate peer to peer network and solidarity mechanisms between people who can share similar experiences and figure out solutions together
- Identify peer leader who could sustain meetings and could lead solidarity movements and mutual aid network
- Develop community mobilization activities to improve the integration of PWDs in the Haitian society.

In that framework, beneficiaries who still needed individual follow-up benefited from it until end of September 2011. Some of them were discharged to group activities during the last phase of the intervention. Activities were implemented in various community places: indeed, this allowed the community to take over these places and these activities together. The communities and

their key representatives were mobilized and sensitized about the integration of PWD in society.

Implementation of activities:

The activities were implemented as follow:

- Through mobile teams who followed up the beneficiaries at their home
- Through Itinerant approach: the group activities were led in communitarian places, identified by HI teams, with a fair concentration of beneficiaries living around. Local organizations' places were prioritized in order to support and motive them to continue to implement some of these activities.

Activities were organized in three types of teams:

- 2 mobile teams for individual / family follow up; (rehabilitation, psychosocial, protection, hygiene and cholera awareness services)
- 1 team for multidisciplinary group activities: all services (rehabilitation, psychosocial, protection, and hygiene and cholera awareness services) were provided through group sessions. Each group was organized in 4 or 5 parts.
- 1 team for community mobilization activities: this team was organizing activities within the community, with beneficiaries or ex-beneficiaries (discharged) to promote PwDs integration and social participation.

The timeline that was defined was as follow:

- June, 30th 2011: End of assessment of new beneficiaries
- September, 30th 2011: End of hygiene and cholera awareness activities
- September, 30th 2011: End of individual follow up
- November, 30th 2011: End of community activities.

Please refer to Annex 4. Types of groups of withdrawal strategy

VII. MONITORING AND EVALUATION

The project was constantly monitored by the HI Project Manager via the usual HI quality approach, including a regular review of the quality board and related warning signs, under the supervision of the HQ Desk and Technical Referent of the project. This allowed a constant monitoring of the activities, the indicators, the evolution of needs, the emergence of new issues to tackle and those performance factors.

Relevance - Appropriateness

The DVFP mechanism is very relevant in emergency and post-emergency situation: indeed, as mentioned before, it allows at the same time an intervention and a constant analysis of the context and the needs. The issues that had been identified as salient by HI, such as health, and especially rehabilitation, protection and coordination were tackled by this project. But in addition, the DVFP mechanism allowed HI to adapt to the needs: according the context, additional services were provided during the cholera crisis and in emergency period.

Moreover, through its identification and referral mechanism, the DVFP allows an optimization of the different services, provided internally as well as externally. The objective was not to duplicate already existing solutions, but to be sure that the most vulnerable ones had access to those services, and to propose a complementary approach.

Efficiency

The framework of the project, based on the DVFP mechanism, allowed to optimize the use of resources to meet several types of needs with solid multidisciplinary teams: for example, the

addition of awareness sessions about cholera prevention, which were not initially planned, was undertaken by the initial DVFP staff after few weeks of adjustment.

All the resources (human resources, financial resources, inputs) were used to nurture an appropriate and timely response to the identified needs: the outputs were met, and as illustrates by the Project Impact Survey, the outcome and objectives of the project were achieved.

Gender

Women were a particular part of the affected vulnerable persons that the project aimed at supporting: the majority of protection activities concerned gender based violence / abuses, abandon and forced eviction problems, which were more concerning for women, older persons and de-structured households (i.e. often a single woman heading household).

HI tried as much as possible to consider equity in the recruitment process especially for women application. Moreover some sensitization sessions on PSEA (Protection of Beneficiaries from Sexual Exploitation and Abuse) were organized. Through this policy, Handicap International expresses its determination to combat the sexual exploitation and abuse of aid beneficiaries by humanitarian workers. It is therefore implementing a series of measures intended to reduce risks on its programs, whatever the context. The objective was to avoid all abuse, especially during the selection process and the follow-up of beneficiaries within the communities.

Participation

National project team and partners' team were involved in the discussions and reflection about the project and its strategy. Indeed, the understanding and the vision of the context and its issues by local actors have always been crucial for HI. This also reinforces the local capacities.

Moreover, the Project Impact Survey that was made at the end of the project involved a panel of beneficiaries. The objective was to get the feedbacks of the beneficiaries on different aspects of the project.

Innovation and Creativity

The innovation and creativity were core component of the proposed integrated approach. As already mentioned, DVFP is an emergency mechanism that allows a simultaneous analysis of the context and an intervention, so that the needs of the beneficiaries are continuously well known and well addressed. This mechanism answers either directly to the needs of the beneficiary or through a referral approach. This mechanism is implemented in emergency and post emergency context in order to make a link with a development approach such as community-based rehabilitation.

The DVFP mechanism is based on an integrated approach that does not aim to duplicate and replace the local resources, but rather to optimize these capacities. This mechanism promotes flexibility and adaptations to the context and needs: protection and cholera activities were integrated during the implementation of the project, as these needs had been identified as crucial. This mechanism allows also adapting to the occurrence of a new crisis.

VIII. ANNEXES

Annex 1.	Financial Final Report and Final Cash Request
Annex 2.	ITT
Annex 3.	Project Impact Survey Report
Annex 4.	Types of groups of withdrawal strategy
Annex 5.	Success Story & Pictures

Annex 6.	Final Equipment inventory

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

June 27, 2011

Laurent Davy
Handicap International
14 Avenue Berthelot
Lyon Cedex, 07 69361
France

Subject: Approval of "No-Cost" Extension of Award No. AID-OFDA-G-10-00153-01

Dear Mr. Laurent Davy:

This responds to your request for a "no-cost" extension of the subject award's end date, from June 30, 2011 to December 30, 2011.

Pursuant to Section 1.2 of the award, which permits the Agreement Officer's Technical Representative (AOTR) to approve one-time "no-cost" extensions for more than three months and for twelve months or less, I hereby approve such extension subject to the explicit understanding that:

1. The purpose of the extension is not solely to expend unobligated balances;
2. The terms and conditions of the award permit the extension;
3. No additional U.S. Government funds are required; and
4. The extension does not involve a change in the approved scope or objectives of the project.

Please be sure to attach a copy of this letter to all financial reports which include costs incurred after the estimated completion date set forth in the award (as it may have been amended) but within the period of such "no-cost" extension.

Should you have any questions about this extension, please contact me at 202-712-5154.

Sincerely,

Gregory Elder
Agreement Officer's Technical Representative

cc:
Regional Advisor
Regional Coordinator
DCHA/OFDA/PS Grants Unit
M/FM/Electronic Copy (ei@usaid.gov)

MEMO : DEFINITION DES DIFFERENTS TYPES DE GROUPES ORGANISES PAR LE DVFP DANS LE CADRE DE LA STRATEGIE DE SORTIE

	Définition :	Objectifs :	Méthodologie employée :	Qui participe aux groupes ?	Moyen:
Groupe de discussion	Espace d'expression orienté sur un sujet d'intérêt commun : estime de soi, regard des autres…	Créer un espace de discussion et de partage d'expérience et d'interaction entre les participants => le groupe est réellement effectif et dynamique lorsqu'un bon nombre de personnes communiquent les unes avec les autres. Permettre la rencontre et l'échange entre les participants Favoriser l'émergence d'un réseau de soutien Trouver des solutions aux problèmes ensemble. Amener les participants à réfléchir et élaborer sur des sujets qui les touchent personnellement et collectivement	Animé par un TPS/ANIM Entre 6 et 15 participants Durée : 1h30 Rôle du TPS/animateur : Organise et contrôle - Situe l'activité et le contexte - Précise l'objectif visé - Rappelle les règles - Facilite la parole de chacun et la discussion en général - Suscite ou freine la participation - Surveille le temps Clarifie - Aide à définir les termes - Reformule - Ramène le groupe vers l'objectif commun - Résume, explicite et synthétise Facilite - Veille à maintenir un climat favorable à l'échange - Stimule ou attenue l'expression d'émotions	Personne en situation de handicap qui ont vécu des situations différentes mais qui ont besoin d'un soutien psychosocial => Les personnes peuvent faire face à des traumatismes différents Contextuellement parlant : - Personnes qui connaissent un mieux être ou un état d'être plus positif suite au groupe de parole ou suivi individuel - Pas de problème psycho social grave - Bénéficiaires de HI pas déchargé ou non du suivi psycho social. **Attention** : Les bénéficiaires des groupes de discussion peuvent également être suivis en suivi individuel si cela fait partie de leur contrat d'engagement et des objectifs fixés avec cette personne. **Participation des aidants** : Lors de la 3eme et 4eme séance pour permettre aux aidants d'avoir une compréhension plus claire et d'être sensibilisés aux problématiques que vivent les PSH	Un TPS/ANIM Chaises et si nécessaire des instruments d'animation

<u>Groupe de Parole</u>	Espace d'expression libre et de soutien psychologique proposé aux personnes ayant une problématique commune	Permettre aux participants d'exprimer librement leurs sentiments, leurs émotions, leurs souffrances, leurs limites Favoriser l'échange entre pairs sur les difficultés qu'ils rencontrent S'appuyer sur les ressources personnelles et sur le groupe en tant que tel pour dépasser ses obstacles **Favoriser la verbalisation du mal être et encourager les échanges et la création ou re-création du lien social**	Nécessairement animé par un psychologue, accompagné par un TPS/ANIM. Le psychologue anime le groupe. C'est un groupe fermé, il ne peut que rarement y avoir des observateurs. Durée : 1h45 Groupe de personnes restreint (max 10) <u>Rôle du psychologue :</u> - Pose le cadre et les règles - Se centre sur la parole des personnes avec bienveillance, sans jugement, sans forcément les ramener à la réalité - N'est pas dans une position de conseil, de coaching, d'autorité - Ecoute, reformule, redistribue la parole - Crée un climat de confiance	Des personnes ayant vécues le même traumatisme ou ayant une problématique commune Bénéficiaires HI en cours de suivi psychosocial.	1 Psy Lieu tranquille et sécurisant Chaises
<u>Groupe pluri-disciplinaire</u>	Groupe rassemblant des personnes vivant les mêmes défis au quotidien. Les groupes pluridisciplinaires offrent des services de plusieurs disciplines selon les sessions définies.	- Offrir des services de réadaptation et de soutien psychosocial à vocation thérapeutique - Sensibiliser les participants à des thématiques de prévention variées et adaptées - Transférer des compétences aux aidants en vue de pérenniser les activités entreprises avec les équipes HI - Favoriser la participation sociale des participants afin de faciliter leur inclusion à la vie familiale et communautaire - Favoriser la création de réseaux de pair à pair	<u>Etape 1 :</u> Pour chaque antenne, l'équipe réadaptation définit les thématiques à aborder avec la population cible. <u>Etape 2 :</u> Les thématiques psychosociales sont définies par les TPS (et supervisées par les psychologues) en fonction de la problématique de la population cible. Ils veillent à ce que les thèmes choisis soient en adéquation avec le cadre d'intervention <u>Etape 3 :</u> Réunion entre Responsables Projet afin de vérifier la cohérence des sessions, et ajouter des sessions ponctuelles : protection, sensibilisation choléra/hygiène	Les participants au groupe pluridisciplinaire sont choisis en fonction du type de handicap qu'ils ont. Les participants sont des bénéficiaires de HI qui n'ont plus besoin d'un suivi individuel en réadaptation ou en psychosocial	Dépendamment des activités proposées : le RT, le TPS/ANIM, le TC, le PRT… Les moyens définis sur le cadre des groupes
	Les groupes de mobilisation communautaire sont des groupes qui ont pour but de	**- Faire évoluer les représentations de la communauté sur les personnes handicapées** afin de modifier	Dans un premier temps, il faut analyser chaque contexte dans lequel nous souhaitons travailler.	**Tout le monde peut participer au groupe en fonction de l'objectif de l'activité :**	En fonction de la définition de

Mobilisation communautaire	**sensibiliser** la communauté afin de rendre les personnes attentives, disponibles à une problématique donnée. C'est **susciter l'intérêt** d'une personne, d'un groupe, ou d'une population.	durablement les attitudes négatives et discriminatoires à leurs égards et donc favoriser leur inclusion dans la société Haïtienne **- Créer une dynamique communautaire** pour que les organisations partenaires et les bénéficiaires continuent les activités de sensibilisation de façon autonome à la fin du projet **- Favoriser la participation sociale des PSH**	L'analyse doit porter sur : - les représentations des PSH que nous souhaitons modifier (De quoi se moque-t-on ? De quoi a-t-on peur ? quelles sont les croyances liées au PSH ?) - les cibles choisies (qui voulons-nous toucher ?) - les objectifs des séances (quels changements de comportement attendons-nous ?) - Par quels moyens (comment allons nous faire ?) - les éventuels partenaires locaux (Quelles personnes peuvent nous aider ?) Il faudra faire autant d'analyses que de contextes et publics choisis : entourage de la PSH, population générale déplacée dans un camp, relais communautaires (responsables d'associations, d'écoles, religieux…), enfants à l'école, clients sur les marchés…	- bénéficiaire déchargé - bénéficiaire actif - membre de la communauté - aidant - …	l'activité

Rôle du TPS dans les différents groupes :

- Groupe discussion : le TPS/ANIM anime les groupes de discussion organisés en tant qu'activité par le volet psychosocial.
- Groupe de parole : le TPS/ANIM soutien le psychologue dans l'animation des groupes de parole.
- Groupe pluridisciplinaire : le TPS/ANIM participe en tant qu'animateur du groupe pendant toute la durée de l'intervention et il anime une partie de l'intervention (partie psychosociale) sous la forme d'un groupe de discussion.
- Mobilisation communautaire : TPS/ANIM identifie les problèmes au sein de la communauté à travers les activités qu'il organise (notamment groupe de discussion). Il peut suite à cela organiser des activités communautaires en lien avec les TC afin de pallier cette situation.

“Disability & Vulnerability Focal Point”
Haïti
Etude d’impact

Rapport statistique et narratif

Port au Prince / Petit Goâve / Gonaïves

« Une étude d’impact est un dossier qui examine les conséquences d’un projet »

**Enquête d’impact /Morne section 6 / Petit Goâve / Haïti*

Emmanuel PAJOT BADIAGA – Chargé d’enquête
Thomas CALVOT – Responsable de domaine technique
Octobre 2011

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes suivantes, sans qui cette étude n'aurait pu voir le jour :

- Les bénéficiaires participant à l'étude pour leur disponibilité,

- L'ensemble de l'équipe du projet DVFP à Port au Prince, Petit Goâve et Gonaïves, pour sa mobilisation sans faille et son travail formidable malgré la demande pressante et le temps imparti très court,

- L'ensemble des équipes de support (logistique, administration, ressources humaines) en Haïti, pour leur support et leur réactivité,

- Diana Hiscock, coordinatrice Santé & Protection pour son soutien sans faille,

TABLE DES MATIERES

Remerciements 2

Contexte de l'enquête 5

Préparation et déroulement de l'étude 7

Préparation, outils & formation 7

Déroulement effectif de l'étude 7

Choix et limites de l'élaboration du questionnaire et de la méthodologie de conduite de l'étude 11

Caractéristiques statistiques finales 12

Profil général de la population étudié 13

Age vs Genre 14

Répartition géographique 14

Répartition géographique et durée des soins / accompagnement 15

Durée de prise en charge vs Localisation 16

Durée de prise en charge vs âge 16

Aidants 17

Représentativité de l'opinion de la Personne handicapée / vulnérable au sein de l'étude 18

Services 19

Restitution commentée par groupe de questions 20

Questions préliminaires sur les attentes des bénéficiaires vis-à-vis des services du DVFP. 20

COnstats généraux 20

Attentes vs Antennes 21

Groupe de Question 1, 2, 3 & 4: Changement de comportement 23

Groupe de questions 5, 6 & 7: Compréhension des problèmes et qualité de support des équipes des antennes 26

Groupe de questions 8 & 9 : Autonomie de la personne 28

Groupe de question 10 & 11 : Satisfaction par rapport aux informations et conseils reçus, avec réponse discriminée entre la personne handicapées / vulnérable et l'aidant. 30

Groupe de Questions 12 à 15 : Psychosocial 32

Groupe de Questions 17, 18 & 22 : Intégration sociale 36

Groupe de Questions 16, 19 à 21, 23 & 24 : Protection 38

Question 28: Préoccupation par rapport à L'AVENIR 40

Question 29 : Possibilité de suivi par d'autres services 42

Groupe de Questions 25, 26 & 27 : Kits 44
Résumé des grandes tendances dégagées par l'étude et conclusion 46
Annexes 48
Annexe 1 : Questionnaire 48
Annexe 2 : Détail de la répartition par antennes obtenue au final par rapport à la répartition initialement prévue 56
Annexe 3 : Détail du croisement des attentes et localisation 57
Annexe 4 : Remarques et constats additionnels restitués par les équipes d'évaluation à la fin de l'enquête 58

CONTEXTE DE L'ENQUETE

La fédération Handicap International (HI), présente en Haïti depuis 2008, a répondu massivement aux conséquences du séisme du 12 Janvier 2010. L'organisation a tout d'abord lancé un vaste projet de distribution de produits de première nécessité, suivi d'un projet de construction d'abris transitionnel sur la zone de Petit et Grand Gôave. En parallèle de cette réponse axée sur les besoins de base, HI a participé à la prise en charge de blessés et des personnes en situation de handicap à travers différents projets : réadaptation d'urgence dans les hôpitaux à Port-au-Prince, mise en place d'un Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) et d'un réseau d'appui communautaire pour accompagner les plus vulnérables et les personnes handicapées dans l'accès aux services («antennes handicap» appelées projet DVFP[1]).

Le « DVFP » est une approche pluridisciplinaire et holistique, qui vise à répondre aux besoins des personnes et familles les plus vulnérables et exclues à la suite d'une situation de crise humanitaire.

Elle s'incarne à travers le déploiement d'un réseau communautaire de points focaux assurant identification, diagnostic de situation, référencement et services. A cette réponse initiale sont venues s'ajouter une réponse spécifique à l'épidémie de choléra qui a suivi, ainsi qu'une attention particulière face au risque cyclonique.

De manière générale, les projets *Santé et Protection* (DVFP et CRF) financés par la Chaîne du Bonheur, l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) et Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (OFDA) avaient pour objectif « d'améliorer la qualité de vie et contribuer à l'inclusion des personnes en situation de handicap (PSH) en Haïti », objectif que l'on peut décliner en 4 axes principaux :

- Apporter des soins de réadaptation physique aux personnes blessées et plus largement aux personnes présentant des incapacités,
- Atténuer la souffrance psychologique des personnes vulnérables tout en renforçant leur capacité de résilience,
- Renforcer la protection des personnes vulnérables,
- Atténuer l'impact du séisme par une meilleure participation des personnes en situation de handicap grâce à un ensemble d'actions communautaire intégrées.

L'organisation a travaillé sur un désengagement progressif des activités d'urgence tout en maintenant une réponse aux besoins qui ne sont pas encore couverts, et un positionnement sur des activités de long terme, en particulier sur les aspects de préparation et réponse aux désastres. Cette démarche se base sur une expérience de longue date de la transition urgence/recouvrement précoce /développement, ancrée dans les champs d'action de l'organisation et sur la connaissance du contexte. Aujourd'hui, un plan de passation du CRF à un partenaire local (Healing Hands for Haïti) est en cours, alors qu'un programme de formation pour des techniciens orthoprothésistes et de

[1] Disability and Vulnerability Focal Point

réadaptation est en phase de finalisation. Un appui technique à la prise en charge de l'accessibilité physique dans les plans de (re)constructions en Haïti est également effectif, et un projet d'appui aux organisations « développement local inclusif » est en cours d'écriture.

La mesure des critères d'impact est obligatoire dans le cadre des engagements contractuels vis-à-vis des différents bailleurs. Elle est également souhaitable et utile dans une approche qualité qui se systématise sur l'ensemble des missions de la Direction de l'Action d'Urgence (DAU) de HI. Elle viendra apporter sa pierre à l'édifice d'une meilleure capitalisation et donc d'une programmation et mise en œuvre appropriée pour le futur.

PREPARATION ET DEROULEMENT DE L'ETUDE

Afin de savoir si l'intervention HI a amélioré la qualité de vie des personnes vulnérables et a contribué à l'intégration des PSH, nous avons utilisé une méthodologie mixte, à la fois qualitative et quantitative. Cette méthodologie facilite la précision et la confrontation des résultats de l'étude.

PREPARATION, OUTILS & FORMATION

Nous avons eu recours à deux outils essentiels :

- Un questionnaire élaboré avec l'équipe HI destiné aux bénéficiaires,
- Un ensemble de focus group avec les bénéficiaires.

Le dépouillement des données a été en partie fait grâce à un logiciel statistique (Sphinx), nous permettant une production statistique cohérente et facilitant les recoupements importants. Les données recueillies dans les focus groups ont été analysées et ordonnées par fréquence.

DEROULEMENT EFFECTIF DE L'ETUDE

La mission s'est déroulée en 4 temps :

- Temps de préparation au siège,
- Temps de préparation sur le terrain, dédié notamment à la finalisation des outils et à la formation des équipes,
- Temps de conduite effective de l'étude sur terrain,
- Temps de restitution et discussion au siège.

Le chronogramme général de l'étude se présente comme suit :

[redacted]

TEMPS DE PREPARATION AU SIEGE.

Le temps de travail au siège a permis de définir la méthode d'échantillonnage et de proposer un pré questionnaire. Ce pré questionnaire était destiné à guider l'élaboration du questionnaire final, prenant en compte le regard des équipes terrain et une phase de test terrain (Questionnaire final en Annexe 1).

Concernant la méthodologie de l'échantillonnage, le choix a été fait de procéder à une sélection par tirage aléatoire de 350 personnes à partir de la base de données principale du projet DVFP.

Deux critères ont cependant été « imposés » au cours du processus, afin d'assurer la représentativité de l'échantillon:

- La répartition géographique (dans le respect des volumes d'activité dans les différentes antennes, et dans le respect du volume / temps, entre Port au Prince, Petit Goâve et Gonaïves),
- Les services reçus (dans le respect de la part des services entre les volets réadaptation physique, support psychosocial et choléra).

PREPARATION LOGISTIQUE SUR LE TERRAIN

Transport

Nous avions prévu un véhicule par binôme, par jour d'enquête. Le parc véhicules et la disponibilité des véhicules HI en Haïti ont permis d'assurer ce ratio sur la quasi-totalité de la mission. Nous avons eu recours à de la location de véhicule sur Port au Prince.

Pour la région de Petit Goâve, il a fallu tenir compte de la zone à couvrir dans le cadre de cette étude afin de choisir un véhicule adapté au relief spécifique (très montagneux et très difficile d'accès).

Communication

Pour contacter les bénéficiaires et pour s'assurer d'une communication fluide, nous avons distribué une carte de 100 gourdes par binôme, par jour d'enquête.

Logement

Pour les enquêtes en « province », nous avons réservé des chambres d'hôtel pour accueillir les équipes. Quand cela à été possible, nous avons aussi utilisé les places disponibles dans les habitations HI.

STRATEGIE DE COMPOSITION ET DEPLOIEMENT DES EQUIPES

Les personnes identifiées pour mener cette étude faisaient partie des équipes de travailleurs sociaux des services DVFP sur Port au Prince. Il est vrai que pour ce type d'étude il est recommandé de choisir des individus les plus indépendants possibles du sujet. Cependant, le temps imparti et les moyens financiers limités nous ont obligés à agir de la sorte. Néanmoins, cette contrainte s'est aussi avérée être, dans une certaine mesure, un atout dans la mesure où le contact, la confiance et donc la qualité des échanges des équipes avec les bénéficiaires a été grandement facilitée et de bien

meilleure facture. Afin de garder malgré tout une certaine neutralité, les équipes déployées n'étaient pas celles qui suivaient les bénéficiaires interrogés.

Pour les équipes d'enquête, nous avons opté pour des binômes homme/femme autant que possible, afin de faciliter le lien avec les bénéficiaires. Un nom a été donné à chaque équipe afin de faciliter son identification (sur cette enquête, la sémantique « fruits » a été choisie).

Chaque membre de ce binôme avait un rôle défini :

***Un superviseur* : il** devait s'assurer de commencer la journée avec tous les supports nécessaires (des questionnaires vierges et en quantité suffisante, la liste des bénéficiaires à interroger), d'avoir contacté chaque personne à rencontrer et d'avoir informé le responsable parc véhicules de la voiture utilisée et du chauffeur. En fin de journée, il devait remettre le rapport journalier et les questionnaires.

***Un enquêteur* : il était l'**interlocuteur principal du bénéficiaire interviewé, il expliquait la démarche, il remplissait la grille de questionnaire, etc.

EXTRACTION DES PERSONNES PARTICIPANTES EN FONCTION DE L'ECHANTILLONNAGE PRE IDENTIFIE

Nous avons extrait la liste des personnes à interroger à partir de la data base HI des bénéficiaires du projet DVFP, et ce, en vertu de la méthodologie définie au siège.

Afin de palier à des problèmes liés à des bénéficiaires introuvables ou injoignables, nous avons utilisé le système de liste de réserve comprise dans les critères.

FORMATION PREALABLE

3 points essentiels ont été abordés:

- La sécurité,
- La relation avec les bénéficiaires,
- Les outils d'enquête.

La sécurité des équipes

Dans la perspective de déplacements dans des quartiers dits sensibles, les consignes de sécurité ont été rappelées aux équipes dans le cadre d'un briefing mené par le Responsable Sécurité de la mission.

Pour des raisons logistiques et pour des raisons de sécurité, les zones très reculées et les zones dont le contexte sécuritaire ne permet pas de s'y rendre (zone de « no go ») ont été exclues de l'étude.

La notion de body system[2] a été rediscutée avec les équipes. De même, le rôle des chauffeurs, notamment en situation d'urgence, a été abordé à nouveau.

La relation avec le bénéficiaire

L'approche du bénéficiaire et des familles s'est faite en deux temps

- Au téléphone afin de prendre rendez vous,
- La rencontre en face à face.

Il était essentiel que les équipes aient bien assimilé les raisons de l'enquête afin qu'elles soient en mesure d'expliquer la démarche lors de la phase de présentation et d'introduction : en effet, l'objectif principal lors d'une étude par questionnaire est de récolter des réponses. Aussi, il est nécessaire de créer une relation de confiance, favorisant un échange de qualité.

Pour cela, il est fondamental de poser un discours clair sur le les raisons et les objectifs de la mission et de la rencontre. Le contact visuel, la tonalité du discours, la posture corporelle, la capacité d'écoute sont les clefs pour instaurer cette relation de confiance et une communication transparente.

Les outils d'enquête

Chaque outil utilisé lors de l'enquête a été exposé et expliqué aux équipes de l'étude dans un souci de clarté du contenu et de compréhension des informations à retourner. Quand cela nous a été possible, nous avons tenu compte des retours des équipes sur la mise en page ou sur le contenu.

Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en français avec une traduction croisée en créole.

Compte tenu du temps imparti, la phase de test du questionnaire a dû être annulée. Néanmoins, ce temps reste nécessaire et à prendre en compte lors de la planification de futures études.

Le rapport journalier

Il s'agit d'une synthèse quantitative et informative de la journée d'enquête. Il était remis par chaque équipe en fin de journée pendant le débriefing.

La liste des bénéficiaires

Une liste de bénéficiaires était attribuée à chaque équipe pour la journée. Un temps était consacré chaque matin (1 heure environ) à contacter les personnes pour prendre les rendez-vous pour la journée ou pour les jours suivants si cela était possible.

[2] Accord entre deux personnes sur le fait de faire attention l'un sur l'autre lors de déplacement dans des zones et des situations délicates ou en urgence

TEMPS DE CONDUITE EFFECTIVE DE L'ETUDE SUR TERRAIN.

Les interviews ont été conduites successivement sur les 3 zones : Port au Prince, Petit Goâve, Gonaïves. La méthodologie a été rigoureuse dans la manière de poser les questions, dans un grand respect de la formulation. Après chaque interview, le binôme remplissait si besoin la dernière feuille du questionnaire, dédiée aux observations sur l'interview : cela permettait de mettre en contraste certaines réponses ou l'absence de réponse. En fin de journée chaque équipe remettait les questionnaires remplis.

Chaque journée de travail s'est soldée par la remise des documents (questionnaires et rapport journalier) et par un petit débriefing afin de faire un point sur la journée, les ressentis, les problèmes rencontrés. Dans le même temps, la trame de rapport et d'analyse (élaboration de la grille de traitement des données) a été élaborée.

Le traitement des données s'est fait par une équipe choisie a postériori parmi les enquêteurs qui avaient une connaissance en informatique /Excel. Entre 4 et 6 personnes par jour ont travaillé pendant 2 jours pour couvrir l'ensemble des 224 questionnaires.

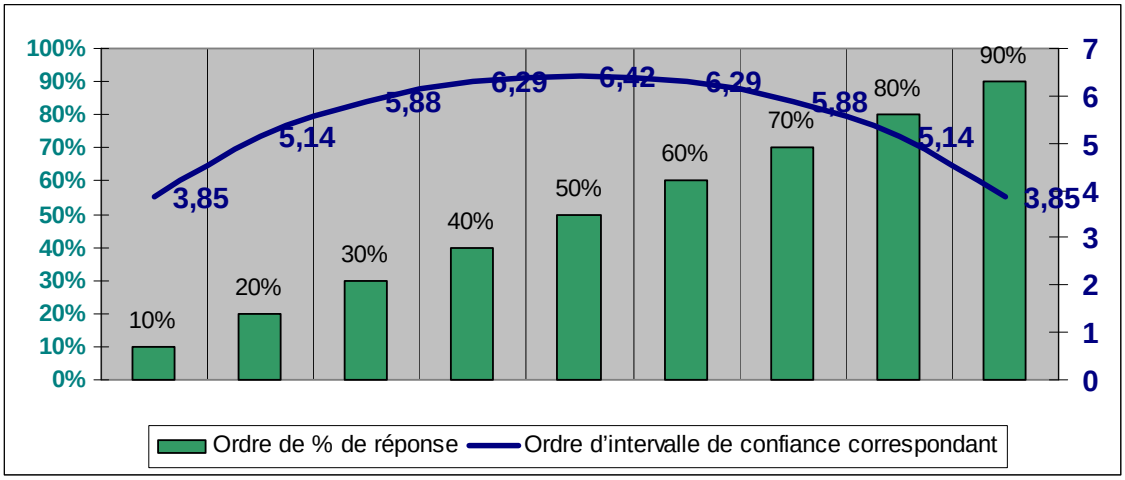
Un temps a été organisé à la fin de l'étude sur le terrain avec l'ensemble des équipes pour faire le retour final sur la pertinence et la facilité d'utilisation des questionnaires, commenter les chiffres importants et obtenir les retours complémentaires aux interviews.

CHOIX ET LIMITES DE L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET DE LA METHODOLOGIE DE CONDUITE DE L'ETUDE

- Le temps imparti à la mission s'est révélé insuffisant : il est en effet important de ne pas sous estimer le temps de travail nécessaire au test du questionnaire, à la finalisation et à la validation des outils.
- Difficultés et délai parfois important pour joindre les bénéficiaires retenus pour l'enquête : ceci s'explique notamment par le fait que les personnes s'appuient souvent sur des solutions d'hébergement temporaires et sont donc amenées à changer régulièrement d'adresse. Ceci a largement complexifié les recherches de bénéficiaires, principalement les plus anciens.
- Les nuances de réponses n'ont pas été parfaitement reflétées dans choix proposés. Il aurait fallu favoriser davantage la notion d'échelle graduée, sur laquelle le répondant peut cocher le niveau de satisfaction.
- Certaines zones géographiques se sont révélées difficiles voir impossibles d'accès, particulièrement à Petit Goâve et dans les zones de « no go » de Port au Prince. Ceci aurait pu être anticipé.
- Les énoncés des questions proposées avaient parfois une formulation trop proche, ou étaient parfois mal formulés, comme ce sera évoqué au fil de l'analyse. Enfin, les équipes ont parfois fait face à l'incompréhension par rapport à certaines questions, et ce, malgré les répétitions.

CARACTERISTIQUES STATISTIQUES FINALES

Si l'on considère le niveau de confiance de 95% classiquement utilisé pour ce genre d'étude, on obtient alors un intervalle moyen de confiance de 6,42 (pour une réponse de 50% à une question, par exemple). Bien sûr, l'intervalle de confiance devient meilleur en se réduisant selon l'ordre de grandeur des réponses, avec une meilleure fiabilité aux extrêmes.



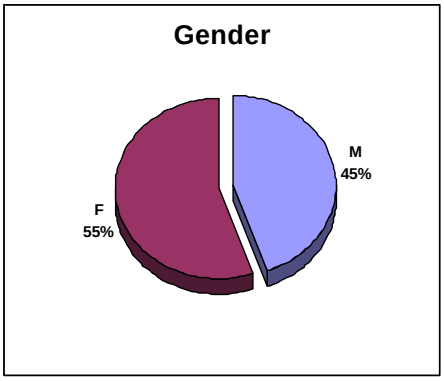
La signification statistique de cette étude est donc correcte, sans pour autant être complètement satisfaisante (elle l'est en fait – si on considère un intervalle inférieur à 5% - pour des réponses se situant en deçà de 19% de au-delà de 81%). Nous n'avons donc pas pu nous assurer d'un intervalle maximum de 5%, comme il était souhaité au départ.

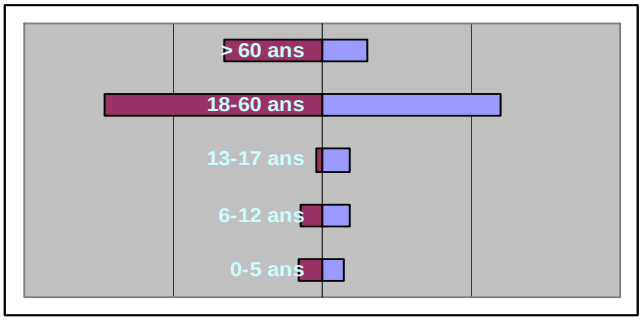
PROFIL GENERAL DE LA POPULATION ETUDIE

Même s'il n'a pas été choisi comme critère imposé, le genre est, assez logiquement, bien proportionné dans l'échantillon final par rapport à la population générale de bénéficiaires du projet DVFP : 56,6% des bénéficiaires étaient des femmes et 43,4% des hommes[3].

Pour ce qui est de la répartition par âge, on constate également très peu d'écart par rapport à la répartition par âge au sein de la population totale étudiée. Elle s'est légèrement orientée en faveur des adultes, la part des enfants dans l'échantillon étant moindre[4].

Age	M	F	Total	%	*Population Totale DVFP*
0-5 ans	7	8	15	***6,7%***	***6,2%***
6-12 ans	9	7	16	***7,1%***	***6,8%***
13-17 ans	9	2	11	***4,9%***	***5,3%***
18-60 ans	60	73	133	***59,4%***	***56,7%***
> 60 ans	15	33	48	***21,4%***	***21,1%***
NA	0	1	1	***0,4%***	***3,9%***
Total	100	124	224		
%	***44,6%***	***55,4%***			
Population totale DVFP	***43,5%***	***56,5%***			





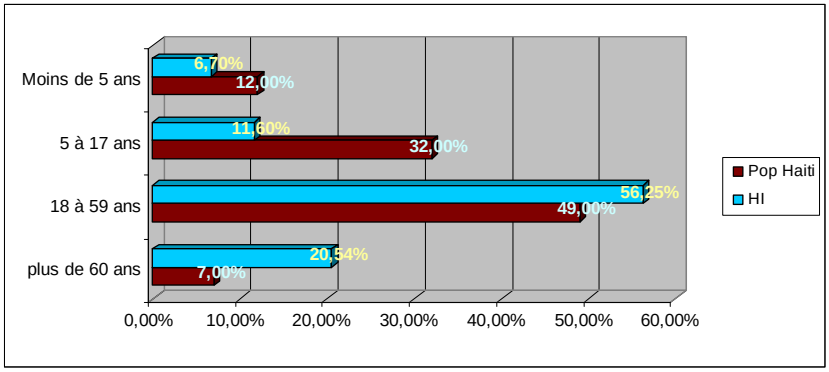
4 Soit la composition de l'échantillon obtenu, à un peu plus d'1% près

[4] Parmi les explications possibles, certaines peuvent être directement liées aux modalités d'entretien. En effet, les enfants ont pu être absents (école), et donc, le cas échéant, « remplacés » rapidement dans l'échantillon par un adulte vivant à proximité. Il est également possible que les adultes en charge d'enfant aient refusé l'entretien, car ne les concernant pas directement

AGE VS GENRE

La distribution des âges est en faveur des individus masculins pour les enfants et féminins pour les adultes.

A l'image de la population du DVFP, cette distribution est différente de la distribution générale de la population en Haïti[5]. D'une manière générale, les enfants ont été globalement sous représentés dans le projet, alors que les adultes et personnes âgées sont sur représentées par rapport à la population standard.



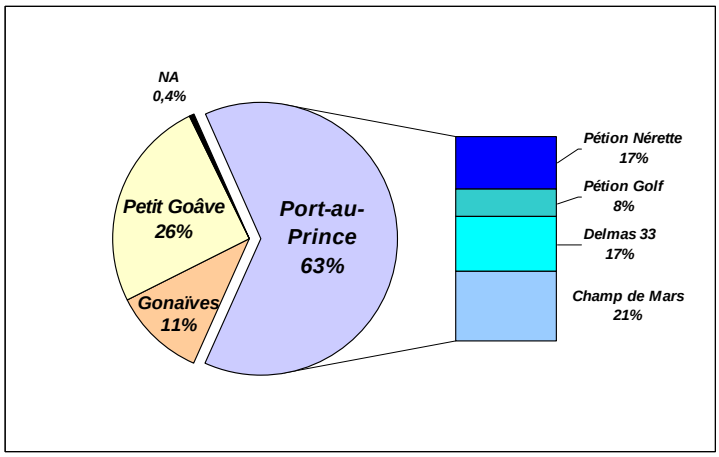
REPARTITION GEOGRAPHIQUE

En revanche, la répartition géographique n'a été que grossièrement respectée, l'échantillon final étant, selon les endroits, assez différent de celui projeté initialement (Annexe 2).

On constatera en particulier que Petit Goâve a été sous représenté avec environ 10% de personnes en moins qu'initialement prévu, en faveur de Port au Prince (surreprésenté d'environ 10%). En effet, il a été difficile d'un point de vue opérationnel d'atteindre certains bénéficiaires à Petit Goâve, du fait des grandes distances et du contexte rural. Par ailleurs, l'équipe de Petit Goâve a connu plus de difficultés dans la gestion des données.

Sur Port au Prince, on retrouve finalement moins de personne sur la zone de Pétionville Golf et davantage sur les autres zones. Il est possible qu'un certain nombre de bénéficiaires soit parti des sites de déplacement ou de la zone de Golf. On sait qu'un certain nombre de services / donations habituelles se sont arrêtés sur la zone de Golf, mais également que les évictions sur la zone de Delmas 40b se sont intensifiées ces derniers temps, ainsi que les déplacements en province.

[5] Selon le recensement de 2003



Parmi les autres aspects intéressants, on notera très peu de discordance entre la zone géographique où s'est tenu l'entretien et l'antenne au sein de laquelle était habituellement suivie la personne. De fait, seules quelques personnes ont changé de zone. De plus, une nouvelle délimitation des zones des antennes avait été faite en Janvier 2011, qui s'était accompagnée d'un transfert des dossiers des bénéficiaires en conséquence.

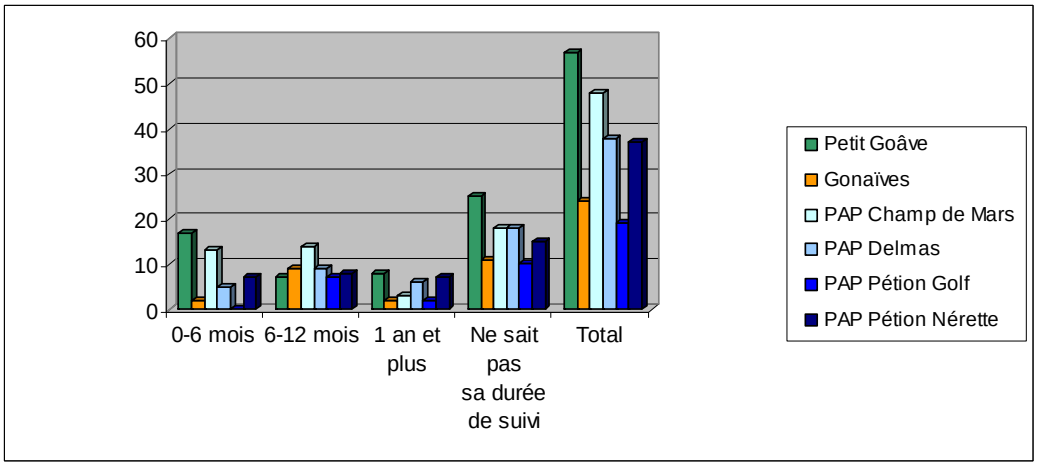
REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET DUREE DES SOINS / ACCOMPAGNEMENT

	Durée des soins / accompagnement					
	0-6 Mois	**6-12 Mois**	**12 mois et plus**	**Ne sais pas**	**Total**	
Petit Goâve	17	7	8	25	**57**	***25,6%***
Gonaïves	2	9	2	11	**24**	***10,8%***
PAP Champ de Mars	13	14	3	18	**48**	***21,5%***
PAP Delmas	5	9	6	18	**38**	***17,0%***
PAP Pétion Golf	0	7	2	10	**19**	***8,5%***
PAP Pétion Nérette	7	8	7	15	**37**	***16,6%***
Total	**44**	**54**	**28**	**97**	**223**	
	19,7%	**24,2%**	**12,6%**	**43,5%**		

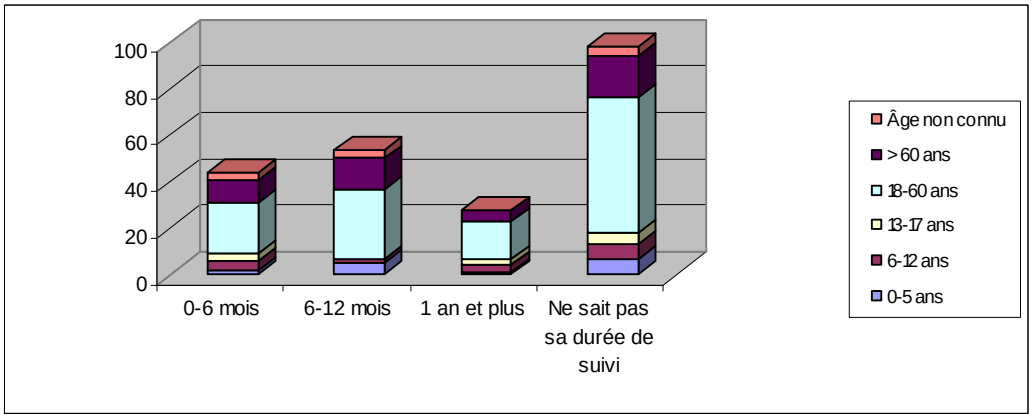
Les chiffres obtenus semblent peu représentatifs dans l'absolu. En effet, plus de 40% des personnes ne se souvenaient pas de leur période de prise en charge. Seulement 35% ont noté un suivi de 6 mois et plus. Dans la réalité, beaucoup de gens ne se souvenaient pas nécessairement quand ils avaient commencé leur prise en charge, et / ou étaient incapables d'évaluer correctement la durée de cette prise en charge. Nous aurions pu anticiper ce fait car en Haïti de manière générale, les gens ne se souviennent pas des dates mais bien plutôt des évènements. Par exemple, pour objectiver un âge incertain, l'équipe était amenée à demander à la personne si elle était plutôt née à époque de Duvalier, d'Aristide, etc. Il est aussi possible que la fourchette proposée n'ait pas été adaptée.

Si l'on s'intéresse malgré tout aux durées exprimées, on constate que la plus grande proportion se situe dans une durée de prise en charge comprise entre 6 et 12 mois. Les antennes qui se « souviennent » le mieux sont celles de Gonaïves, Champ de Mars et Pétionville Nérette. L'antenne de Golf n'a aucun bénéficiaire « récent » (ayant fermé en novembre 2010 et n'ayant pas ré ouvert).

DUREE DE PRISE EN CHARGE VS LOCALISATION



DUREE DE PRISE EN CHARGE VS AGE

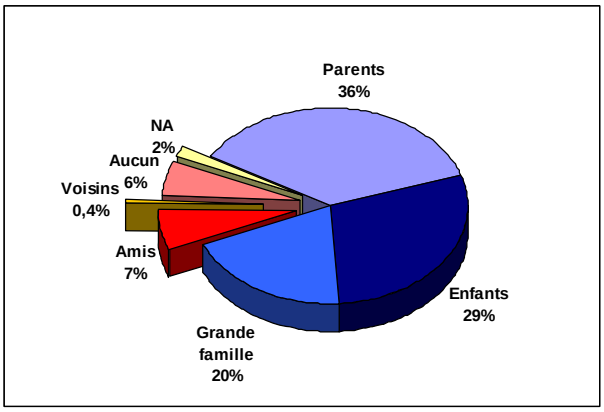


On notera la plus grande proportion relative d'enfants et d'adulte sous les 60 ans dans la période 1 an et plus, correspondant davantage à la première année d'activités, donc certainement en lien avec les prises en charge initiales de personnes blessées.

AIDANTS

Le cercle familial (parents, enfants, famille) représente le cercle d'aidant principal dans la grande majorité des cas (85,3% au total). Pour les enfants, l'immense majorité est représentée par les parents et dans une moindre mesure par le reste de la famille.

La notion de support de la part du reste de la communauté (voisins, amis) est toute relative, et de fait, elle ne se retrouve pas culturellement en Haïti. Les amis et voisins représentent à peine 7% des aidants, presque toujours à Port au Prince (seulement 2 cas à Petit Goâve). En ce qui concerne ces cas à Pour Port-au-Prince, il s'agit très probablement du voisinage aidant des personnes vivant sur sites/ camps de déplacés. En effet, les équipes ont souvent pu observer que le séisme avait encouragé ces liens de proximité dans les sites et camps, l'aidant étant souvent « changeant » dans ce cas.



Aidant déclaré		
Parents	82	***36,6%***
Enfants	65	***29,0%***
Grande famille	44	***19,6%***
Amis	15	***6,7%***
Voisins	1	***0,4%***
Aucun	13	***5,8%***
NA	4	***1,8%***

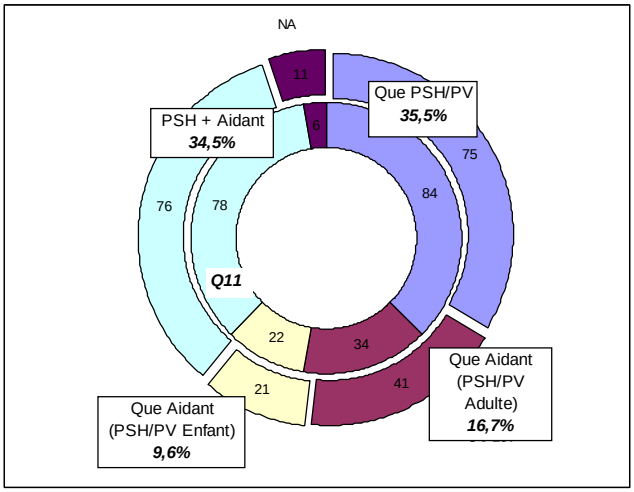
REPRESENTATIVITE DE L'OPINION DE LA PERSONNE HANDICAPEE / VULNERABLE AU SEIN DE L'ETUDE

La population interrogée était composée de personnes vulnérables / en situation de handicap, dans un grand nombre de cas accompagnées par un aidant ou d'autres membres de la famille. L'équipe a noté que quand il était là, l'aidant était parfois « sur présent » et pouvait prendre le pas sur la personne handicapée dans le déroulement de l'interview (et au-delà des cas légitimes tel que les enfants de moins de 12 ans).

Tout en se gardant d'extrapoler de manière excessive, il est intéressant d'analyser directement les questions 10 et 11, dont les réponses étaient discriminées entre PSH et aidant. On constate alors que :

- Dans en moyenne 79,5 cas (35,5%), la PSH a répondu, sans réponse conjointe de l'aidant,
- Dans en moyenne 59 cas (26,3%), l'aidant a répondu sans réponse de la PSH, donc probablement en lieu et place de la PSH,
- Dans en moyenne 77 cas (34,4%), la PSH et l'aidant ont tout deux répondu.

	Q10	Q11	Moyenne
Que PSH	84	75	35,5%
Que aidant (Avec PSH/PV adulte)	34	41	16,7%
Que aidant (Avec PSH/PV enfant)	22	21	9,6%
PSH & Aidant	78	76	34,4%
NA	6	11	3,8%



Les cas ou l'aidant a répondu en lieu et place de la PSH (hors enfant, car dans cette situation, cela est assez normale) ne représentent que 16,7% des cas. Cette répartition suggèrerait que dans au moins 79,6% des cas, la représentativité de l'opinion de la PSH ou de la personne vulnérable est bonne, sachant qu'en cas de double réponse, celle-ci est dans la très grande majorité concordante.

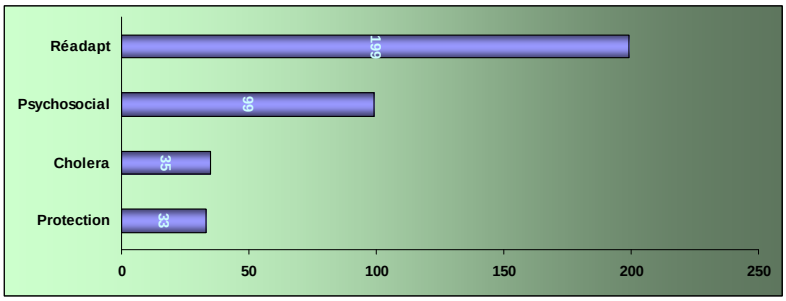
SERVICES

On constate que la grande majorité des personnes interrogées a affirmé avoir bénéficié de réadaptation, et pour une partie significative, d'accompagnement psychosocial. Peu ont parlé de services de protection ou de services en lien avec l'épidémie de choléra. Une des explications possibles est que les travailleurs communautaires avaient assuré une partie de ces tâches de protection et de sensibilisation en lien avec le choléra durant la première année. Si, par la suite, les bénéficiaires ont pu voir des personnes différentes, ils n'ont pas nécessairement perçu cela comme un service « supplémentaire » : ce service étaient assuré auparavant et s'inscrivait donc dans la continuité. Souvent d'ailleurs, au cours des focus groups, on a remarqué que les personnes ne savaient pas ce que signifiait « protection » ; ce qui n'est pas un problème en soi.

Cette question a globalement reçu un très bon taux de réponse, mais il a fallu la reformuler sur le terrain. En effet, un premier constat a été que les gens n'identifient pas les services en tant que tel, et selon notre terminologie. Il a fallu questionner le type d'activité pour déterminer les types de service. On a pu le vérifier ultérieurement au cours des focs groups : les bénéficiaires ne parlaient que de réadaptation et psychosocial en terme d'activité, et ce même s'ils avaient reçu d'autres services. Il est possible que les différentes temporalités, mais aussi la multiplicité des volets n'aient pas aidé les personnes à discerner « l'offre » de service.

SERVICES RECUS AU DVFP											
Réadapt.			Psychosoc.			Protection			Choléra		
Oui	199	***88,8%***	*Oui*	99	***44,2%***	*Oui*	33	***14,7%***	*Oui*	35	***15,6%***
Non	23	***10,3%***	*Non*	123	***54,9%***	*Non*	188	***83,9%***	*Non*	186	***83,0%***
NA	2	***0,9%***	*NA*	2	***0,9%***	*NA*	3	***1,3%***	*NA*	3	***1,3%***

Il est évident que l'intervention de certains travailleurs, comme ceux du volet choléra n'a pas été bien identifiée (« j ai reçu un savon mais je ne sais pas pourquoi »), ou comme celle des moniteurs de protection, qui ne se présentaient pas comme tel.



RESTITUTION COMMENTEE PAR GROUPE DE QUESTIONS

QUESTIONS PRELIMINAIRES SUR LES ATTENTES DES BENEFICIAIRES VIS-A-VIS DES SERVICES DU DVFP.

CONSTATS GENERAUX

Ces questions ont été définies afin d'objectiver si les bénéficiaires identifiaient les différentes possibilités de service du DVFP et plaçaient leurs attentes en conséquence.

A la question « Qu'attendez-vous à votre arrivée à l'antenne », les réponses sont assez tranchées, avec peu de « non répondants » (~2%).

Recevoir du soin ?			Rencontrer une personne professionnelle qui vous écoute ?			Rencontrer d'autres personnes pouvant être dans la même situation que vous ?			Un moyen de changer votre quotidien ?		
Oui	169	***75,4%***	*Oui*	74	***33,0%***	*Oui*	18	***8,0%***	*Oui*	33	***14,7%***
Non	51	***22,8%***	*Non*	145	***64,7%***	*Non*	200	***89,3%***	*Non*	186	***83,0%***
NA	4	***1,8%***	*NA*	5	***2,2%***	*NA*	6	***2,7%***	*NA*	5	***2,2%***

Une solution pour améliorer votre situation ou celle de votre famille ?			Autres attentes?			Si autre attentes, lesquelles? *Questions ouvertes*
Oui	27	***12,1%***	*Oui*	40	***17,9%***	
Non	190	***84,8%***	*Non*	155	***69,2%***	
NA	7	***3,1%***	*NA*	29	***12,9%***	

Les trois quarts des personnes attendaient clairement de recevoir un soin. Les antennes étaient donc essentiellement identifiées comme un lieu / centre de soin. Cependant, dans les « autres attentes », un certain nombre était lié à la santé – prothèses & orthèses par exemple, qui n'ont pas été identifiées comme un service de santé par le bénéficiaire. Les antennes n'étaient pas nécessairement identifiées comme un lieu avec une équipe de professionnels (33%) et encore moins comme un moyen de changer le quotidien (14 ,7%) ou d'améliorer sa situation ou celle de la famille (12%). La notion d'action sociale et peu familière en Haïti. Aussi, il est fort possible que les personnes venant bénéficier d'un ou plusieurs services ne pensaient pas forcément au support qu'il était possible de recevoir dans le domaine social (support psychosocial, intervention dans le champ social ou dans celui de la protection, référencement vers d'autres types de services). Lors des focus groups, les bénéficiaires ont souvent parlé de l'acceptation de la famille, des liens créés lors des groupes mais aucun n'a mentionné le fait d'être venu spécifiquement chercher ce type de support, qu'ils considèrent bien plus comme un « co-effet ». D'une manière générale, ils ne savent pas que l'on peut intervenir de manière structurée sur ces aspects.

Nb : On peut se demander si certaines questions ont été comprises correctement. Par exemple, dans les « autres demandes », beaucoup de personnes citent des donations, matériel, besoins économiques et autres besoins très pratiques alors même qu'ils n'avaient pas mentionné la réponse préalable « moyen de changer le quotidien » ou « solution pour améliorer le quotidien de la famille ».

ATTENTES VS ANTENNES

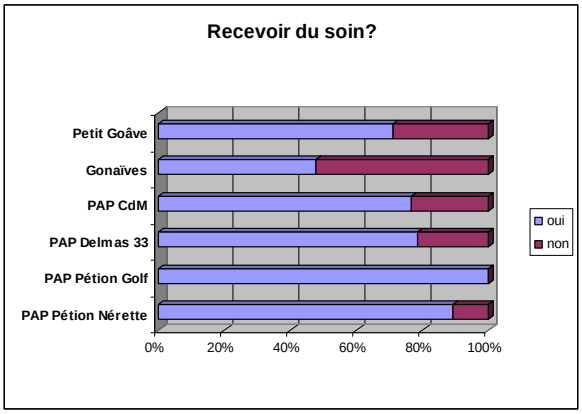
La répartition des réponses sur les attentes par antenne souligne une grande disparité de perception (Annexe 3).

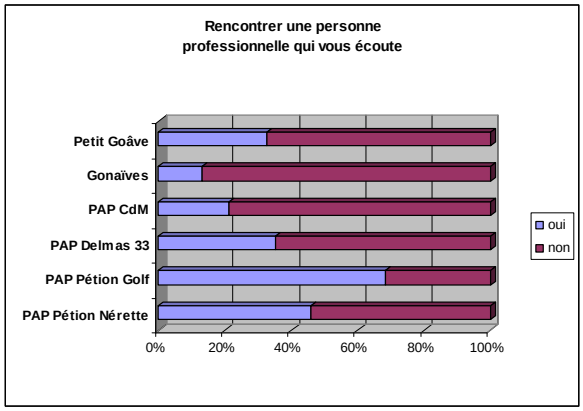
On constate les éléments suivants :

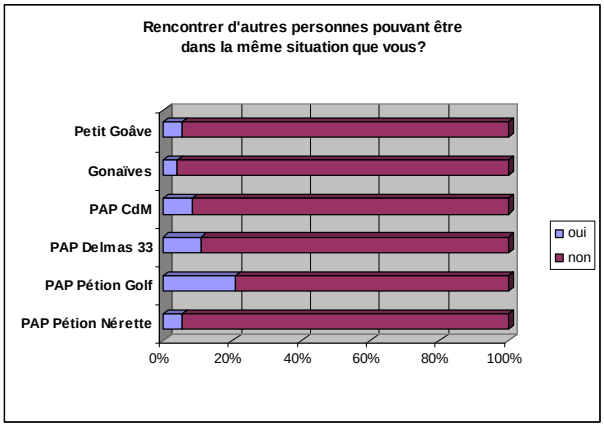
- Les bénéficiaires des antennes de Port au Prince étaient généralement plus en attente de soin (et identifiaient donc l'antenne plus comme un lieu de soin) que les bénéficiaires de Petit Goâve et des Gonaïves.

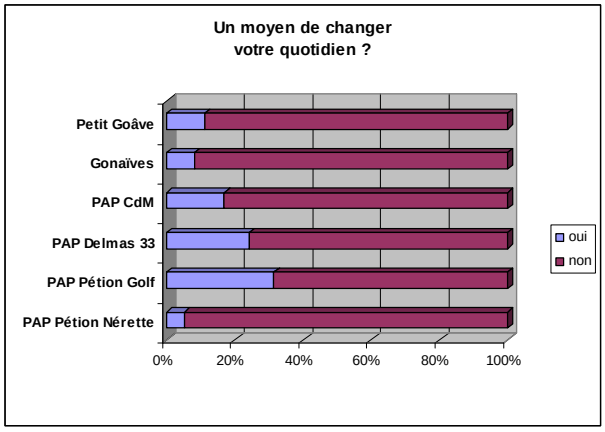
- Les bénéficiaires de l'antenne des Gonaïves ont répondu de manière particulière. Peu en attente de soins (moins de la moitié), ils étaient en revanche comparativement plus en attente d'autres types de services (33%, comparativement aux 15% des autres antennes en moyenne)

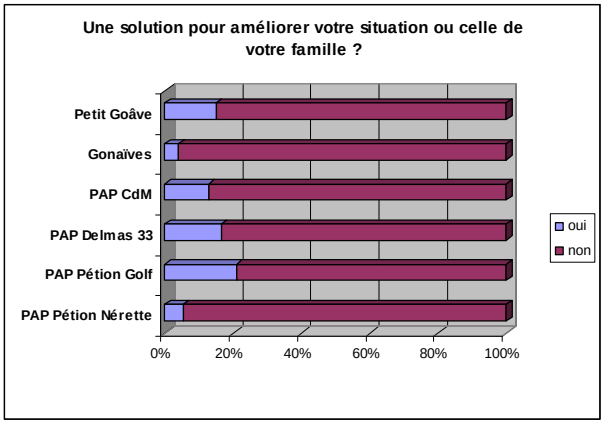
- Les bénéficiaires de l'antenne de Pétionville Golf ont également répondu de manière particulière. Tous en attente de soins, ils ont aussi été ceux qui ont « le mieux » identifié que l'antenne pouvait leur apporter d'autres types de service. Ils ont été les seuls à identifier que l'antenne était également un lieu où ils pouvaient rencontrer des personnes professionnelles à leur écoute. Cela est peut être également à rapprocher du fait qu'aucun bénéficiaire de cette antenne n'a déclaré avoir été pris en charge moins de 6 mois.

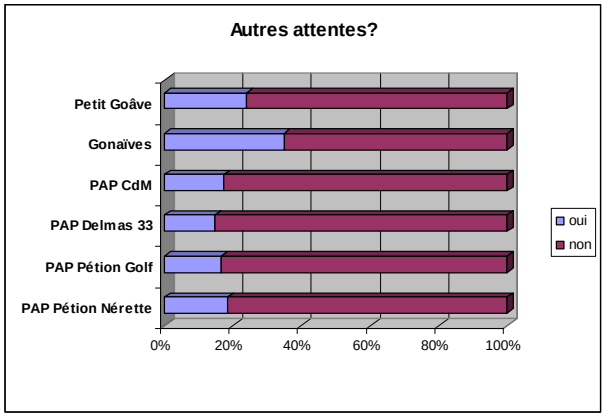

Recevoir du soin?
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non


Rencontrer une personne professionnelle qui vous écoute
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non


Rencontrer d'autres personnes pouvant être dans la même situation que vous?
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non


Un moyen de changer votre quotidien ?
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non

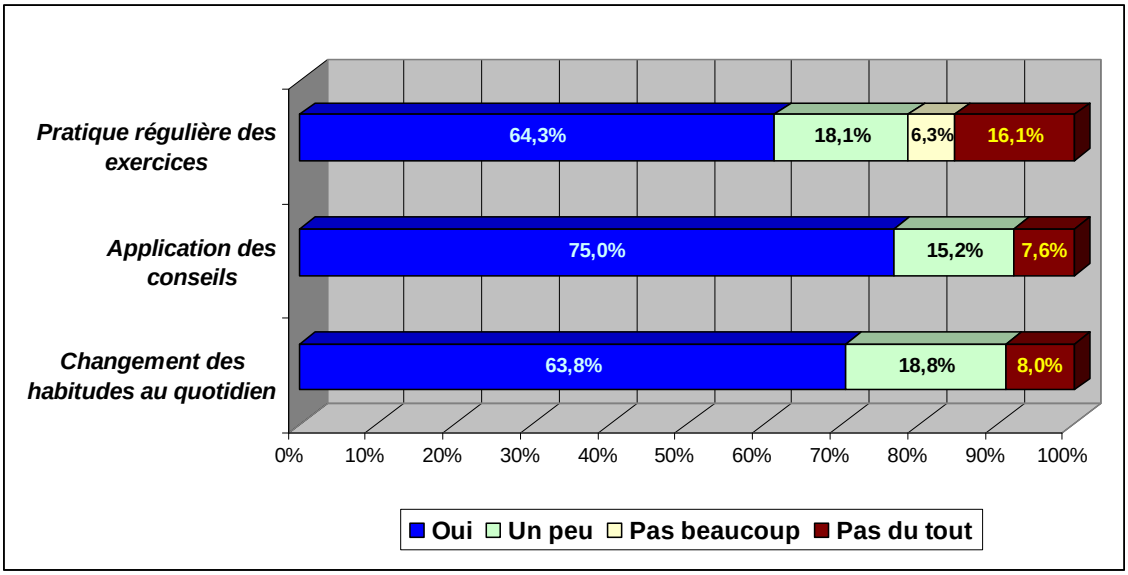

Une solution pour améliorer votre situation ou celle de votre famille ?
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non


Autres attentes?
Petit Goâve
Gonaïves
PAP CdM
PAP Delmas 33
PAP Pétion Golf
PAP Pétion Nérette
0%
20%
40%
60%
80%
100%
oui
non

GROUPE DE QUESTION 1, 2, 3 & 4: CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Ces questions ont été définies pour mesure l'impact du projet en terme de compréhension des conseils et des changements de comportement en lien.

1- Pratiquez-vous régulièrement les exercices (au moins 3 fois par semaine) ?			2- Appliquez-vous régulièrement les conseils donnés par les équipes des antennes ?			3- Avez-vous changé vos habitudes au quotidien suite aux conseils / à l'appui donné par les équipes des antennes?			4- Si « pas beaucoup » ou « pas du tout », pourquoi ? *Questions ouvertes*
Oui	128	***64,3%***	*Oui*	168	***75,0%***	*Tout à fait*	143	***63,8%***	
Un peu	36	***18,1%***	*Un peu*	34	***15,2%***	*Un peu*	42	***18,8%***	
Pas du tout	32	***16,1%***	*Pas du tout*	17	***7,6%***	*Pas beaucoup*	14	***6,3%***	
NA	3	***1,5%***	*NA*	5	***2,2%***	*Pas du tout*	18	***8,0%***	
						NA	7	***3,1%***	



En première lecture, le résultat est très positif. Sur l'ensemble de ces questions, nous obtenons entre 80% et 90% de réponses positives (incluant les « oui » et « un peu »), avec un taux de « non-réponse » assez faible, ce qui tend à prouver que la question a été – au moins en apparence – comprise. Les questions 2 et 3 ont engendré le moins de « non-réponses ». Ce résultat est encourageant et tendrait à montrer que les bénéficiaires ont modifié leurs habitudes et pratiques suite à l'intervention de nos équipes.

On pourrait regretter la proximité de formulation des questions 2 et 3, qui a pu perturber le répondant. En effet, la nuance entre le fait d'appliquer les conseils et le fait de changer ses habitudes suite aux conseils est fine. De plus, le bénéficiaire / aidant a pu se sentir obligé de « faire plaisir » aux équipes en répondant positivement, ce qui peut atténuer la portée positive des affirmations.

Question 2 vs âge des répondants (critère demandé pour le projet) : « Appliquez-vous régulièrement les conseils donnés par les équipes des antennes ? »

Âge	**Oui**	**Un peu**	***% positif***	**Pas du tout**	**Total**
0 – 5	13	2	*100%*	0	15
6 – 12	13	3	*100%*	0	16
13 – 17	7	3	*91%*	1	11
18 – 60	100	18	*91%*	12	130
> 60	33	8	*91%*	4	45
Tout âges confondus	166	34	92%	17	217

Question 3 vs âge des répondants (critère demandé pour le projet) : « Avez-vous changé vos habitudes au quotidien suite aux conseils / à l'appui donné par les équipes des antennes? »

Âge	**Oui**	**Un peu**	***% positif***	**Pas vraiment**	**Pas du tout**	**Total**
0 – 5	10	3	*93%*	0	1	14
6 – 12	13	1	*93%*	1	0	15

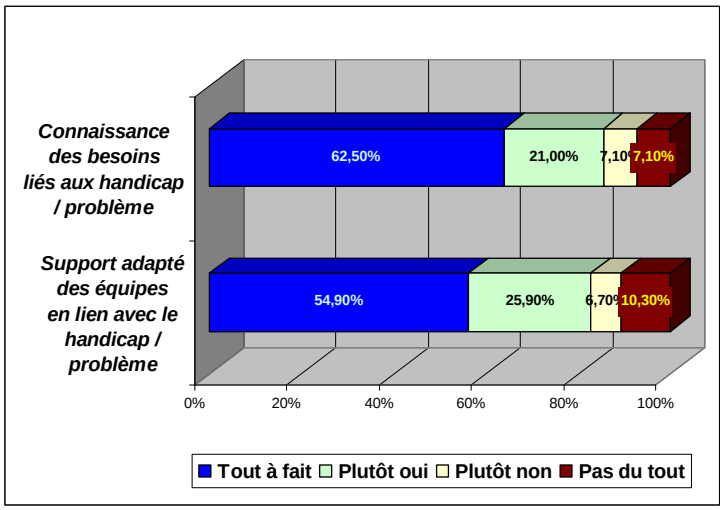
13 – 17	8	2	*100%*	0	0	10
18 – 60	78	28	*82%*	12	12	130
> 60	32	8	*87%*	1	5	46
Tout âges confondus	141	42	85%	14	18	215

Nb : Sur la collecte initiale, parmi les 23 personnes qui n'avaient pas reçu de services de réadaptation (et qui n'avaient donc pas d'exercices à pratiquer normalement), un certain nombre a pourtant répondu à la suite des questions. 16 ont répondu peu, pas du tout ou n'ont pas répondu (soit 70 %), contre 6 qui ont répondu positivement (30%). L'ensemble de ces réponses a été exclu du comptage final.

GROUPE DE QUESTIONS 5, 6 & 7: COMPREHENSION DES PROBLEMES ET QUALITE DE SUPPORT DES EQUIPES DES ANTENNES

5- Diriez-vous que l'équipe des antennes connait bien les besoins liés à votre handicap/problème ?			**6- Diriez-vous que l'équipe des antennes vous a apporté un soutien adapté à votre handicap / problème ?**			**7- Si « plutôt non » ou « pas du tout », pouvez vous expliquer en quoi ce soutien n'était pas adapté ?** *Questions ouvertes*
Tout à fait	140	***62,5%***	*Tout à fait*	123	***54,9%***	
Plutôt oui	47	***21,0%***	*Plutôt oui*	58	***25,9%***	
Plutôt non	16	***7,1%***	*Plutôt non*	15	***6,7%***	
Pas du tout	16	***7,1%***	*Pas du tout*	23	***10,3%***	
NA	5	***2,2%***	*NA*	5	***2,2%***	

Ces questions ont été définies pour mesurer l'attention des équipes aux problèmes de notre population cible et l'ajustement du support apporté d'un point de vue général.



Le résultat est plutôt positif, même si plus nuancé que le groupe de questions précédent. Il suggèrerait que plus de 8 personnes sur 10 estiment que les équipes ont globalement une très bonne ou plutôt bonne compréhension des besoins liés à leur handicap / problème, et que globalement 8 personnes sur 10 estiment que les équipes ont apporté un support complètement ou partiellement adapté à leur handicap / problème. Cependant, le support n'est complètement adapté que pour 5 personnes sur 10.

Le principal motif d'insatisfaction est l'absence de soutien en lien avec les besoins matériels, l'accès à l'emploi.

Les questions semblent avoir été bien comprises. En effet, les réponses ouvertes apportées à la question 7 sont tout à fait cohérentes avec les réponses données aux questions 5 et 6 et le taux de « non-réponse » est très faible.

Les réponses données à la question 7 pour expliquer dans quelle mesure le soutien était inadapté s'établissent comme suit (sur 30 réponses exprimées):

6 (20,0%) : Attendait de l'argent[6]

4 (13,3%) : Estime le support présent, mais insuffisant ou incomplet, les horaires peu adaptés

4 (13,3%) : Estime les équipes surchargées, peu disponibles

4 (13,3%) : Avait d'autres attentes, non signifiées

3 (10,0%) : Attendait du support matériel en général

3 (10,0%) : Souhaitait guérir et n'a pas guéri ou complètement guéri

2 (6,7%) : Attendait du travail

2 (6,7%) : Constate que le support n'était que matériel et attendait autre chose

1 (3,3%) : Attendait de la nourriture

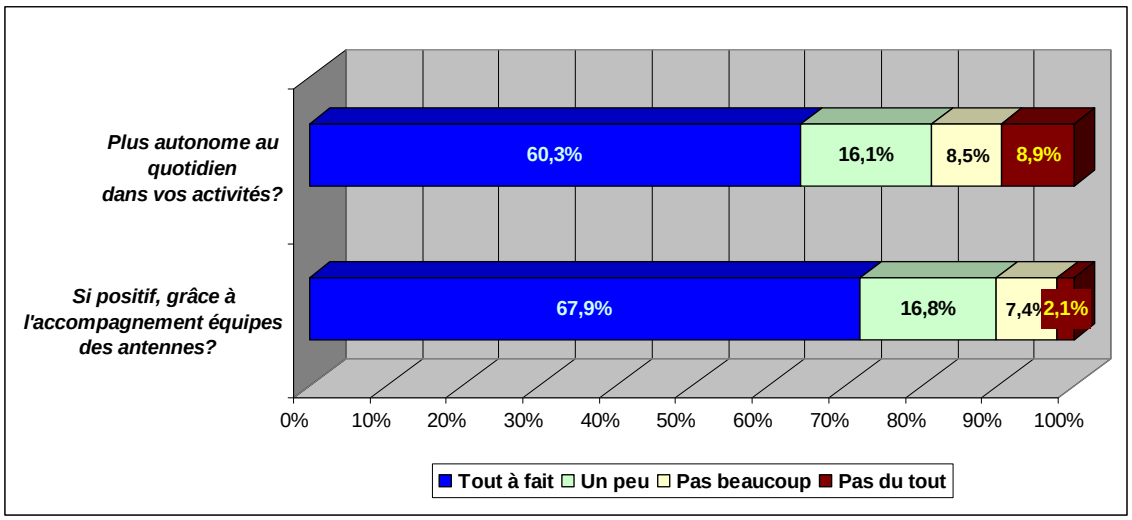
1 (3,3%) : Attendait un abri / shelter

[6] A noter sur ce point que l'attente s'est précisée au fil des mois, le manque de revenu étant loin de représenter une priorité en 2010, en début de projet, suite au séisme.

GROUPE DE QUESTIONS 8 & 9 : AUTONOMIE DE LA PERSONNE

8- Aujourd'hui, êtes-vous plus autonome au quotidien, dans vos activités par rapport au moment ou vous avez connu les équipes des antennes ?			**9- Si « tout à fait » ou « un peu », diriez-vous que l'accompagnement donné par les équipes des antennes a été un facteur important pour retrouver cette autonomie ?** *(mesuré uniquement sur les « oui » et « un peu »)*		
Tout à fait	135	***60,3%***	*Tout à fait*	129	***67,9%***
Un peu	36	***16,1%***	*Un peu*	32	***16,8%***
Pas beaucoup	19	***8,5%***	*Pas beaucoup*	14	***7,4%***
Pas du tout	20	***8,9%***	*Pas du tout*	4	***2,1%***
NA	14	***6,3%***	*NA*	11	***5,8%***

Dans le questionnaire initial français, nous entendions « autonomie » dans le sens classique, en l'occurrence le niveau d'indépendance fonctionnelle et ce, avant, pendant et après l'action. Le sens de la question posée en créole était « capacité à recommencer les activités de la vie quotidienne », donc dans un sens plus large de « surmonter la situation de handicap ».



Plus de 7 personnes sur 10 affirment avoir de manière partielle ou complète une meilleure autonomie (donc avoir été capables de reprendre partiellement ou complètement les activités quotidienne comme avant). Parmi elles, près de 7 personnes sur 10 affirment que les équipes HI ont été un facteur important pour retrouver cette autonomie. Ce résultat est encourageant.

Nb : Les réponses « pas beaucoup » ou « pas du tout » à la question 8 n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation de la question 9, car ne faisant pas sens.

GROUPE DE QUESTION 10 & 11 : SATISFACTION PAR RAPPORT AUX INFORMATIONS ET CONSEILS REÇUS, AVEC REPONSE DISCRIMINEE ENTRE LA PERSONNE HANDICAPEES / VULNERABLE ET L'AIDANT.

10-. Dans quelle mesure êtes vous satisfait des informations reçues par les équipes des antennes concernant votre handicap.								
PSH en général			**Aidant en général**			**Synergies PSH + Aidant**		
Tout à fais satisfait	64	***39,5%***	*Tout à fais satisfait*	74	***55,2%***	Synergique "satisfait"	57	***67,9%***
Plutôt satisfait	66	***40,7%***	*Plutôt satisfait*	37	***27,6%***	Synergique "pas satisfait"	13	***15,5%***
Plutôt pas satisfait	14	***8,6%***	*Plutôt pas satisfait*	9	***6,7%***	PSH satisfait, Aidant pas satisfait	4	***4,8%***
Pas du tout satisfait	18	***11,1%***	*Pas du tout satisfait*	14	***10,4%***	PSH pas satisfait, Aidant satisfait	4	***4,8%***
NA	62		*NA*	90		NA PSH & Aidants	6	***7,1%***

11- Dans quelle mesure êtes vous satisfait des conseils reçus par les équipes des antennes concernant votre handicap.								
PSH			**Aidant**			**Synergies PSH + Aidant**		
Tout à fais satisfait	67	***44,4%***	*Tout à fais satisfait*	72	***52,2%***	Synergique "satisfait"	53	***60,9%***
Plutôt satisfait	57	***37,7%***	*Plutôt satisfait*	35	***25,4%***	Synergique "pas satisfait"	15	***17,2%***
Plutôt pas satisfait	13	***8,6%***	*Plutôt pas satisfait*	16	***11,6%***	PSH satisfait, Aidant pas satisfait	8	***9,2%***
Pas du tout satisfait	14	***9,3%***	*Pas du tout satisfait*	15	***10,9%***	PSH pas satisfait, Aidant satisfait	0	***0,0%***
NA	73		*NA*	86		NA PSH & Aidants	11	***12,6%***

L'analyse des réponses en lien avec ces questions est délicate. En effet, la nuance entre informations reçues et conseils reçus a sans doute été difficile à établir pour les répondants. De plus, ces questions sont en lien avec les questions 1, 2 et 3, qui reflètent la compréhension et l'application de ces conseils. Les réponses sont, là encore, généralement positive. Ces questions ont été plus particulièrement intéressantes dans la comparaison entre réponses données par les PSH et les aidants.

Si l'on regarde par question, le taux de « non-réponse » semble très important, mais l'est seulement en apparence : en effet, dans les faits, on note seulement six cas pour la question 10 et onze cas pour la question 11 pour lesquels aucun des deux répondants (PSH & aidant) n'a fourni de réponse. Donc dans l'ensemble, soit le bénéficiaire, soit l'aidant, soit les deux ont répondu dans plus de 97% des cas à la question 10, et dans plus de 95% des cas à la question 11.

On constate que, le cas échéant, la grande majorité des réponses PSH / aidant est cohérente. Pour la question 10, seulement 4 PSH sont satisfaites alors que l'aidant ne l'est pas. Le schéma inverse concerne également 4 couples PSH/aidant. Le total représente 10% des réponses. Pour la question 11, il existe 4 binômes PSH / aidant ou la PSH est satisfaite alors que l'aidant ne l'est pas. En revanche, il n'existe pas d'aidant satisfait alors que la PSH ne l'est pas. L'ensemble représente également 10% des réponses. Ces « non-réponses » doubles sont intégrées dans le compte des synergies ou non synergies.

Dans les cas PSH, ou Aidant, les réponses sont positives aux alentours de 80% entre « tout à fait satisfaits » et « plutôt satisfaits ».

Nb : La série de questions qui suit (Q12 à la Q23) a été la plus délicate à conduire. On ne demandait plus aux bénéficiaires un avis sur les services HI, mais un avis sur eux-mêmes, sur leur situation. La formulation de ces questions était souvent proche et a rendu difficile les réponses nuancées.

GROUPE DE QUESTIONS 12 A 15 : PSYCHOSOCIAL

L'ensemble de ces questions a pour but de mesurer le changement en termes de :

- acceptation de sa situation, en lien étroit avec le travail de deuil, et également comme étape importante dans le fait de se projet dans le futur
- de mieux être psychique, pourrait-on dire
- de confiance en soit, en lien avec l'estime de soi et également la capacité à se projeter dans l'avenir
- de capacité de résilience.

Ce sont les critères les plus classiques qui permettent d'évaluer l'impact positif non seulement de l'intervention psychosociale, mais plus généralement du programme. En effet, c'est l'ensemble de la couverture en lien avec les besoins de base et spécifiques qui va participer de cette amélioration potentielle.

On a, pour les besoins de l'analyse, discriminé l'ensemble de ces questions selon temps de prise en charge et selon la localisation par antenne.

	12- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous acceptez d'avantage votre situation actuelle?			**13- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez mieux dans votre tête?**			**14- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous sentez que vous avez plus confiance en vous-même?**			**15- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus en mesure de faire face aux difficultés de la vie quotidienne?**		
Total --> 224 Pers.	*Oui*	154	***68,8%***	*Oui*	144	***64,3%***	*Oui*	163	***72,8%***	*Oui*	133	***59,4%***
	Un peu	42	***18,8%***	*Un peu*	42	***18,8%***	*Un peu*	32	***14,3%***	*Un peu*	52	***23,2%***
	Total positif	196	***87,5%***	*Total positif*	186	***83,0%***	*Total positif*	195	***87,1%***	*Total positif*	185	***82,6%***
	Pas du tout	15	***6,7%***	*Pas du tout*	23	***10,3%***	*Pas du tout*	14	***6,3%***	*Pas du tout*	22	***9,8%***

	NA	13	***5,8%***	*NA*	15	***6,7%***	*NA*	15	***6,7%***	*NA*	17	***7,6%***
Moins de 6 mois --> 44 pers.	*Oui*	27	***61,4%***	*Oui*	29	***65,9%***	*Oui*	34	***77,3%***	*Oui*	24	***54,5%***
	Un peu	11	***25,0%***	*Un peu*	10	***22,7%***	*Un peu*	6	***13,6%***	*Un peu*	14	***31,8%***
	Pas du tout	5	***11,4%***	*Pas du tout*	4	***9,1%***	*Pas du tout*	4	***9,1%***	*Pas du tout*	5	***11,4%***
	NA	1	***2,3%***	*NA*	1	***2,3%***	*NA*	0	***0,0%***	*NA*	1	***2,3%***
De (6 à 12 mois) --> 54 pers.	*Oui*	45	***83,3%***	*Oui*	37	***68,5%***	*Oui*	43	***79,6%***	*Oui*	38	***70,4%***
	Un peu	7	***13,0%***	*Un peu*	13	***24,1%***	*Un peu*	8	***14,8%***	*Un peu*	10	***18,5%***
	Pas du tout	0	***0,0%***	*Pas du tout*	2	***3,7%***	*Pas du tout*	0	***0,0%***	*Pas du tout*	4	***7,4%***
	NA	2	***3,7%***	*NA*	2	***3,7%***	*NA*	3	***5,6%***	*NA*	2	***3,7%***
Plus d'un an --> 28 pers	*Oui*	18	***64,3%***	*Oui*	16	***57,1%***	*Oui*	18	***64,3%***	*Oui*	11	***39,3%***
	Un peu	6	***21,4%***	*Un peu*	6	***21,4%***	*Un peu*	7	***25,0%***	*Un peu*	10	***35,7%***
	Pas du tout	2	***7,1%***	*Pas du tout*	4	***14,3%***	*Pas du tout*	2	***7,1%***	*Pas du tout*	5	***17,9%***
	NA	2	***7,1%***	*NA*	2	***7,1%***	*NA*	1	***3,6%***	*NA*	2	***7,1%***
Petit Goâve	*Oui*	27	***61,4%***	*Oui*	29	***65,9%***	*Oui*	34	***77,3%***	*Oui*	24	***54,5%***
	Un peu	11	***25,0%***	*Un peu*	10	***22,7%***	*Un peu*	6	***13,6%***	*Un peu*	14	***31,8%***
	Pas du tout	5	***11,4%***	*Pas du tout*	4	***9,1%***	*Pas du tout*	4	***9,1%***	*Pas du tout*	5	***11,4%***
	NA	1	***2,3%***	*NA*	1	***2,3%***	*NA*	0	***0,0%***	*NA*	1	***2,3%***
Gonaïves	*Oui*	45	***83,3%***	*Oui*	37	***68,5%***	*Oui*	43	***79,6%***	*Oui*	38	***70,4%***

	Un peu	7	***13,0%***	*Un peu*	13	***24,1%***	*Un peu*	8	***14,8%***	*Un peu*	10	***18,5%***
	Pas du tout	0	***0,0%***	*Pas du tout*	2	***3,7%***	*Pas du tout*	0	***0,0%***	*Pas du tout*	4	***7,4%***
	NA	2	***3,7%***	*NA*	2	***3,7%***	*NA*	3	***5,6%***	*NA*	2	***3,7%***
Port au Prince	*Oui*	18	***64,3%***	*Oui*	16	***57,1%***	*Oui*	18	***64,3%***	*Oui*	11	***39,3%***
	Un peu	6	***21,4%***	*Un peu*	6	***21,4%***	*Un peu*	7	***25,0%***	*Un peu*	10	***35,7%***
	Pas du tout	2	***7,1%***	*Pas du tout*	4	***14,3%***	*Pas du tout*	2	***7,1%***	*Pas du tout*	5	***17,9%***
	NA	2	***7,1%***	*NA*	2	***7,1%***	*NA*	1	***3,6%***	*NA*	2	***7,1%***

On constate sur la compilation générale (jaune) que les réponses sont majoritairement positives, en moyenne à un peu plus de 85%. Environ 7 personnes sur 10 affirment clairement ressentir une meilleure confiance en elles-mêmes et une meilleure acceptation de leur situation. Plus de 6 personnes sur 10 affirment se « sentir mieux dans leur tête », et 6 personnes sur 10 se sentent plus en mesure d'affronter les difficultés du quotidien.

On constatera cependant que les réponses varient de manière significative selon la localisation géographique, mais aussi en fonction du temps de prise en charge.

Quand croise avec le temps de prise en charge, le constat est le suivant (en moyenne sur l'ensemble des questions):

- Moins de 6 mois : 86% en moyenne répondent « oui » ou « un peu »
- Entre 6 mois & 1 an : 96% répondent « oui » ou « un peu »
- 1 an et plus : 85% répondent « oui » ou « un peu »

D'une manière générale, les résultats sont donc bien meilleurs en termes de mieux-être pour une période de prise en charge comprise entre 6 et 12 mois, par rapport à une prise en charge de moins de 6 mois ou d'un an et plus. Néanmoins, il s'agit uniquement d'une durée de prise en charge, sans préjuger du début de la prise en charge, donnée qui nous a été impossible de récupérer avec une fiabilité suffisante. On ne peut donc pas analyser ce fait en lien avec les périodes et leurs différents types de service.

Les bénéficiaires de l'antenne de Gonaïves (et dans une moindre mesure de Petit Goâve) sont ceux qui font état d'une meilleure perception de leur situation actuelle. Il est cependant difficile d'interpréter un tel constat. Deux éléments nous paraissent cependant importants en ce qui concerne les Gonaïves : premièrement, l'impact direct du séisme a été moindre et deuxièmement,

les personnes bénéficiaires ont été moins nombreuses (et ont donc pu bénéficier de plus d’attention) et ont bénéficié de la dynamique de groupe de manière précoce.

GROUPE DE QUESTIONS 17, 18 & 22 : INTEGRATION SOCIALE

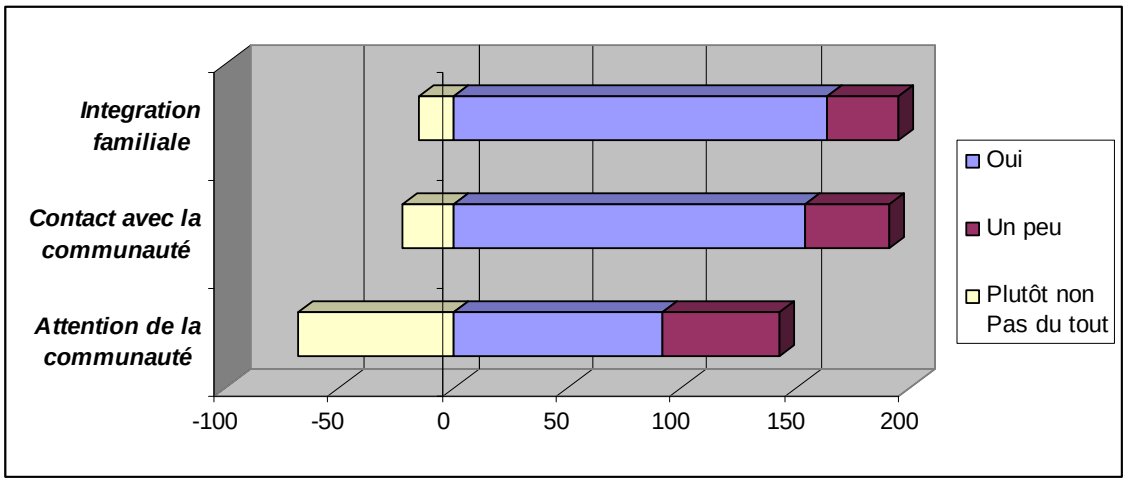
L'ensemble de ces questions avait pour but de mesurer les résultats du projet, du point de vue du bénéficiaire, en termes d'intégration au sein de son environnement, que ce soit au niveau familial ou communautaire.

17- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus intégré au niveau de votre famille?			**18- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous êtes plus en contact avec votre entourage/ la communauté?**			**22- Avez-vous le sentiment que la communauté autour de vous (églises, écoles, etc.) connait mieux vos besoins et vous comprend mieux qu'avant ?**		
Oui	164	***73,2%***	*Oui*	154	***68,8%***	*Tout à fais*	92	***41,1%***
Un peu	31	***13,8%***	*Un peu*	37	***16,5%***	*Plutôt oui*	51	***22,8%***
Réponses positives	195	***87,1%***	*Réponses positives*	191	***85,3%***	*Réponses positives*	143	***63,8%***
Pas du tout	15	***6,7%***	*Pas du tout*	22	***9,8%***	*Plutôt non*	48	***21,4%***
NA	14	***6,3%***	*NA*	11	***4,9%***	*Pas du tout*	20	***8,9%***
						NA	13	***5,8%***

Plus de 7 bénéficiaires sur 10 affirment de manière claire bénéficier d'une meilleure intégration au sein de leur famille, et un peu moins de 7 sur 10 affirment qu'ils sont davantage en contact avec leur entourage, leur communauté. En revanche, moins de la moitié d'entre eux affirme qu'elle se sent mieux comprise par la communauté. Il est clair que le projet a eu un impact plus limité sur l'amélioration de la compréhension par la communauté des besoins et de la situation de la personne handicapée / vulnérable.

Ces réponses sont assez cohérentes avec le travail mené par les équipes. En effet, ce travail s'est pour l'essentiel tourné vers la personne vulnérable / handicapée et sa famille. Il l'a beaucoup moins été vers la communauté environnante. Ce travail est intervenu plutôt en fin de projet, dans l'optique de la stratégie de sortie. Il aurait certainement vocation à être poursuivi à travers un projet de type plaidoyer & Inclusion, sur le long terme.

Nb : La notion « d'église » et « d'école » a été rajoutée pour préciser la question 22, car représentant bien la notion de communauté.


Integration familiale
Contact avec la communauté
Attention de la communauté
-100
-50
0
50
100
150
200
Oui
Un peu
Plutôt non
Pas du tout

GROUPE DE QUESTIONS 16, 19 A 21, 23 & 24 : PROTECTION

L'ensemble de ces questions avait pour but de mesurer les résultats du projet, du point de vue du bénéficiaire, en termes de Protection, dans le sens « diminution de l'exposition à certains risques en lien avec son handicap / vulnérabilité ».

16- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus en mesure de vous protéger des dangers extérieurs?			19- Depuis le séisme / votre accident, diriez vous que, par rapport aux dangers de l'extérieur, vous avez ?			21- Les équipes d'HI ont elle aidé à améliorer cette situation ?			(Uniquement les personnes ayant "Moins peur")		
Oui	116	***51,8%***	*Moins peur*	139	***62,1%***	*Tout à fait*	83	***37,1%***	*Tout à fait*	63	***45,3%***
Un peu	60	***26,8%***	*Pareillement peur*	21	***9,4%***	*Plutôt*	28	***12,5%***	*Plutôt*	16	***11,5%***
Pas du tout	35	***15,6%***	*D'avantage peur*	29	***12,9%***	*Plutôt pas*	33	***14,7%***	*Plutôt pas*	22	***15,8%***
NA	13	***5,8%***	*NA*	27	***12,1%***	*Pas du tout*	39	***17,4%***	*Pas du tout*	17	***12,2%***
			Autres rép.	8	***3,6%***	*NA*	41	***18,3%***	*NA*	21	***15,1%***

20- Si vous avez peur, à quelle menace vous sentez vous exposée (ou votre enfant ?) *Questions ouvertes*	23- Avez-vous le sentiment que la communauté se mobilise pour vous, vous protège plus qu'avant?			24- Pensez vous que l'équipe HI connait bien les risques auxquels vous êtes confrontés ?		
	Tout à fait	91	***40,6%***	*Tout à fait*	108	***48,2%***
	Plutôt oui	54	***24,1%***	*Plutôt oui*	40	***17,9%***
	Plutôt non	41	***18,3%***	*Plutôt pas*	25	***11,2%***
	Pas du tout	26	***11,6%***	*Pas du tout*	38	***17,0%***
	NA	12	***5,4%***	*NA*	13	***5,8%***

Ces questions sont plus délicates à interpréter, car formulées au départ de manière peu précise. Les réponses données à la question 20 et les échanges avec les équipes suggèrent qu'elles ne reflètent

pas vraiment les aspects en lien avec la protection dans le sens classique du terme. En lieu et place d'une exposition à des risques de type abus/violence du fait d'une vulnérabilité particulière, les personnes ont le plus souvent pensé aux risques / dangers partagés par l'ensemble de la population : séisme (maison en pierre), accidents, inondations, choléra, accidents de la vie, dangers en lien avec les croyances (vodou, sorcières, etc.). Elles n'ont donc pas nécessairement envisagé les risques en lien avec leur condition/maladie/blessures, etc.

Les questions 16 et 19 soulignent quand même que les bénéficiaires ont d'une manière générale moins peur (6 personnes sur 10) par rapport aux dangers extérieurs (donc partagés par tout le monde), et se sentent plus en mesure de s'en protéger (clairement pour 1 personne sur 2, un peu pour un quart des personnes).

La question 24 est à mettre en lien avec la question 5, « connaissance du handicap / problème », qui a un bien meilleur résultat. Cela tendrait à illustrer que les équipes ont été très attentives au problème médical/handicap, sans percevoir aussi bien la situation de vie et les risques en lien.

Il est important de comprendre que, outre les actions spécifiques de protection (kits, médiation et accompagnement familial), une diversité de facteurs participent naturellement à augmenter le sentiment de sécurité et de protection, tels que :

- Diminution de l'isolation (Cf. Questions Q17, 18 et 22)
- Meilleure capacités fonctionnelles (Cf. Questions 3, 8 & 9)
- Plus d'attention générale des proches, de la famille, de la communauté (Cf. Questions 22 & 23)

La contribution de l'action HI à ce processus (Question 21) n'est pas si évidente, et cela est compréhensible car la possibilité d'agir sur les éléments externes était limitée. Pour ceux qui ont « moins peur », une minorité - 45% des personnes interrogées – estime que l'intervention HI a contribué à cette évolution.

La question 19 était en fait formulée de manière très proche de la question 16. Il a sûrement été difficile de répondre à cette question dans une optique « Protection » si l'aidant / la famille était à proximité.

Nous ne l'avons pas exploré, mais il aurait été intéressant de voir s'il y a une différence entre les personnes qui ont suivi des activités de groupe à l'antenne, dans la communauté, et en suivi individuel pour la lecture de ces notions.

QUESTION 28: PREOCCUPATION PAR RAPPORT A L'AVENIR

L'ensemble de ces questions, rajoutées après coup, avait pour but de mesurer les préoccupations encore immédiates des bénéficiaires en lien avec l'avenir. Ces questions éclairent certainement la nécessité de mettre l'accent sur des secteurs spécifiques pour la suite de l'intervention de Handicap International en Haïti.

28- Quelles sont vos principales préoccupations pour l'avenir ?														
L'alimentation			L'éducation			La santé			Les activités économiques			Autres		
Oui	75	***33,5%***	*Oui*	70	***31,3%***	*Oui*	128	***57,1%***	*Oui*	141	***62,9%***	*Oui*	31	***13,8%***
Non	132	***58,9%***	*Non*	139	***62,1%***	*Non*	81	***36,2%***	*Non*	71	***31,7%***	*Non*	102	***45,5%***
NA	17	***7,6%***	*NA*	15	***6,7%***	*NA*	15	***6,7%***	*NA*	12	***5,4%***	*NA*	91	***40,6%***

La santé et les revenus sont les principales préoccupations immédiates des bénéficiaires. Ces résultats sont tout à fait cohérents avec les réalités observées sur le terrain par les équipes. Le principal problème actuellement perçu par les personnes en Haïti est bien le facteur économique, et l'on trouve peu la notion d'urgence ou de précarité dans la recherche de nourriture au quotidien. On constate d'ailleurs très peu de cas de malnutrition par rapport au grand nombre de bénéficiaires que nous suivons, et ont les trouve généralement chez les enfants.

On constate par ailleurs que les personnes interrogées associent souvent la problématique économique et la problématique de l'éducation. L'éducation est souvent citée comme la source principale d'une demande d'aide à l'accès aux revenus.

Nb : Certaines préoccupations citées en « autres » ont pu être ventilées dans les catégories prédéfinies correspondantes.

Les propositions en lien avec « autres » et n'entrant pas dans les catégories prédéfinies s'établissent comme suit, par ordre de fréquence (31 réponses):

12 - 38,7% : Le logement

5 - 16,1% Dieu, l'église, « obtenir la vie éternelle »

5 - 16,1% La famille, les enfants, l'enfantement

3 - 9,7%	Les conséquence du séisme pour l'avenir
2 - 6,5%	La progression sociale[7]
2 - 6,5%	L'enfant, la personne nouvellement handicapé(e).
1 - 3,2%	La sécurité physique
1 - 3,2%	Le bien être psychique

[7] Avec une mention « Devenir président d'Haïti afin d'aider les plus pauvres »

QUESTION 29 : POSSIBILITE DE SUIVI PAR D'AUTRES SERVICES

Cette question avait pour but d'évaluer, du point de vue du bénéficiaire, s'il avait identifié des possibilités de suivi ultérieur en fin de projet HI.

29-A la fin du projet HI, savez vous dans quels services aller pour obtenir du soutien dans votre communauté / camp?			**Si oui, lesquelles ?** *Questions ouvertes*
Oui	63	***28,1%***	
Non	148	***66,1%***	
NA	13	***5,8%***	

Un premier constat rapide pourrait être que 2 personnes sur 3 ne savent pas à quel service s'adresser à la fin du projet HI. Pourtant, ce constat est probablement inexact, et l'interprétation de ces réponses est plus difficile qu'il n'y paraît. En effet :

- ✓ La question a été posée à tout le monde, alors même que tout le monde n'a pas besoin d'un suivi. Certains de ces bénéficiaires étaient déchargés. Poser au préalable la question « avez-vous ou aurez-vous besoin d'un suivi ?» nous aurait aidés à nuancer les réponses.
- ✓ Il est aussi possible que les bénéficiaires et les familles n'aient pas souhaité répondre positivement à cette question devant les équipes HI, et ce afin d'insister sur le fait qu'il y a encore besoin de suivi de la part de HI.
- ✓ Enfin, si l'on détaille les réponses positives, on voit que la plupart des propositions concernent des services de santé

A la question complémentaire sur les services de soutien identifiés, les réponses données s'ordonnent comme suit, par ordre de fréquence (sur 56 réponses exprimées).

30 (53,6%) : Hôpital, centre hospitalier, clinique

6 (10,7%) : CRF HI et bureau HI

5 (8,9%) : Hôpitaux Médecins Sans Frontière (MSF)

4 (7,1%) : Personnel médical de quartier (médecin, infirmière, guérisseur)

5 (8,9%) : Centres et organisations spécialisées (URAMEL, Centre d'Education Spéciale, etc.)

3 (5,4%) : Associations PSH (Société Haïtienne d'Aide aux Aveugles [SHAA], Secrétariat d'Etat à l'Intégration des Personnes Handicapées [SEIPH])

3 (5,4%) : Autres (ONGs, Sœurs, etc.)

On le voit, l'immense majorité des soutiens potentiels concernent la santé. Les hôpitaux sont identifiés à plus de 60% comme un lieu de suite de prise en charge.

GROUPE DE QUESTIONS 25, 26 & 27 : KITS

Ces questions n'avaient initialement pas été prévues mais ont été rajoutées après coup par l'évaluateur. Elles avaient pour but de mesurer la pertinence des kits. Nous plaçons le résultat en fin d'étude.

25- Avez-vous été bénéficiaire d'un kit distribué par Handicap International ?			**Si oui, lequel?**											
			Cholera			**Hygiène**			**Protection**			**Ne se souviens pas**		
Oui	130	***58,0%***	*Oui*	41	***18,3%***	*Oui*	22	***9,8%***	*Oui*	24	***10,7%***	*Oui*	3	***1,3%***
Non	82	***36,6%***	*Non*	66	***29,5%***	*Non*	85	***37,9%***	*Non*	79	***35,3%***	*Non*	19	***8,5%***
NA	12	***5,4%***	*NA*	117	***52,2%***	*NA*	117	***52,2%***	*NA*	121	***54,0%***	*NA*	202	***90,2%***

26- Celui-ci vous a été utile ?			**27- Qu'est ce qui a été le plus utile précisément ?** *Questions ouvertes*
Oui	74	***33,0%***	
Un peu	1	***0,4%***	
Pas du tout	17	***7,6%***	
NA	132	***58,9%***	

La réponse à cette question est difficile à interpréter. D'une part, les bénéficiaires ne connaissent pas la composition des kits. D'autre part, la distribution des ces kits s'est étalée sur la durée, et il se peut que certains n'avaient plus le souvenir précis d'avoir ou non reçu ces kits. Enfin, certains articles sont redondants au sein de différents kits.

A la question 27, les réponses données s'ordonnent comme suit, par ordre de fréquence (sur 197 réponses exprimées).

39 (19,8%)	Savon	4 (2,0%)	Sac
18 (9,1%)	Jerrycan	4 (2,0%)	Brosse à dent
15 (7,6%)	Radio	4 (2,0%)	Serviette hygiénique
15 (7,6%)	Aquatab	4 (2,0%)	Sachet
15 (7,6%)	Flashlight	3 (1,5%)	Rasoir
12 (6,1%)	Chlorox	2 (1,0%)	Draps
11 (5,6%)	Lessive	2 (1,0%)	SRO
9 (4,6%)	JIF (Javel)	2 (1,0%)	Dentifrice
8 (4,1%)	Serviette	2 (1,0%)	Shampoing
8 (4,1%)	sifflet	1 (0,5%)	Couche
7 (3,6%)	PQ	1 (0,5%)	Crème
5 (2,5%)	Seau à anse	1 (0,5%)	Ajax
5 (2,5%)	Couverture Laine		

Quand les kits ont été mentionnés directement, on les retrouve ainsi : le kit Choléra 7 fois, le kit Protection 3 fois, le kit Hygiène 1 fois, et enfin 2 fois la mention simple « kit ».

Hors kits, ont également été mentionnés comme « utile » les matelas (5 fois), les tentes / Shelter (2 fois), les pansements & médicaments (1 fois).

RESUME DES GRANDES TENDANCES DEGAGEES PAR L'ETUDE ET CONCLUSION

SUR LA POPULATION ETUDIEE

- L'étude a été réalisée sur un échantillon correctement représentatif de la population qui a bénéficié du projet DVFP / Antennes en Haïti.
- Le cercle familial (parents, enfants, famille) représente le cercle d'aidant principal dans la grande majorité des cas (85,3% au total). Pour les enfants, l'immense majorité est représentée par les parents et dans une moindre mesure par le reste de la famille. La notion de support de la part du reste de la communauté (voisins, amis) est toute relative, représentant à peine 7% des aidants (et de fait, elle ne se retrouve pas culturellement en Haïti)
- Les antennes / points focaux étaient donc essentiellement identifiées comme un lieu / centre de soin, et la grande majorité des personnes interrogées a identifié la réadaptation et l'accompagnement psychosocial comme les services principaux du DVFP, ne discernant pas le référencement comme une composante du projet

LES RESULTATS EN TERMES D'IMPACT IMMEDIAT SONT GENERALEMENT TOUT A FAIT POSITIFS, DU POINT DE VUE DU BENEFICIAIRE, EN PARTICULIER SUR LES THEMES SUIVANTS :

- 8 personnes sur 10 estiment que les équipes ont globalement une très bonne ou plutôt bonne compréhension des besoins liés à leur handicap / problème, et 8 personnes sur 10 estiment que les équipes ont globalement apporté un support complètement ou partiellement adapté à leur handicap / problème

- La majorité des bénéficiaires a modifié ses habitudes et pratiques de manière positive suite à l'intervention des équipes HI.

- Plus de 7 personnes sur 10 affirment avoir de manière partielle ou complète une meilleure autonomie (donc avoir été capables de reprendre partiellement ou complètement les activités quotidienne comme avant). Parmi elles, près de 7 personnes sur 10 affirment que les équipes HI ont été un facteur important pour retrouver cette autonomie.

- Environ 7 personnes sur 10 affirment clairement ressentir une meilleure confiance en elles-mêmes, et une meilleure acceptation de leur situation. Plus de 6 personnes sur 10 affirment se « sentir mieux dans leur tête », et 6 personnes sur 10 se sentent plus en mesure d'affronter les difficultés du quotidien.

- Plus de 7 bénéficiaires sur 10 affirment de manière claire bénéficier d'une meilleure intégration au sein de leur famille, et un peu moins de 7 sur 10 affirment qu'ils sont davantage en contact avec leur entourage, leur communauté.

- 6 personnes sur 10 ont d'une manière générale moins peur par rapport aux dangers extérieurs et se sentent plus en mesure de s'en protéger.

DANS LES POINTS D'ATTENTION SOULEVES PAR L'ETUDE, ON NOTE CE PENDANT QUE

- Moins de la moitié des bénéficiaires affirme se sentir mieux comprise par la communauté. Il est clair que le projet a eu un impact plus limité pour ce qui est d'améliorer la compréhension par la communauté des besoins et de la situation de la personne handicapée / vulnérable. Pourtant, cela va représenter le défi de ces personnes sur le long terme.

- La santé et les revenus sont au premier plan des préoccupations immédiates. Le principal motif d'insatisfaction est l'absence de support financier, en lien avec les besoins matériels et l'accès à l'emploi. On constate, d'autre part, qu'un lien étroit est fait par les personnes interrogées entre la problématique économique et la problématique d'accès à l'éducation et à la santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Réf : / /

Phrases d'introduction et de présentation de l'exercice.

Information concernant le bénéficiaire

Non obligatoire

Nom et prénom du bénéficiaire :_____
Age :_____
Contact téléphonique :_____
Adresse :_____

Aidant ou pas (si oui quel est le lien avec le bénéficiaire) :

Parents (père/mère, grand père/grand-mère)	
Enfants	
Grande famille (frère/sœur, oncle/tante, cousin/cousine)	
Amis	
Voisins	

Cocher la ou les case(s) correspondant à la situation

Localisation et services DVFP :

Antennes	**Petit Goave**	**Gonaive**	**Port au Prince**			
Services			*Pétion Néreitte*	*Pétion Golf*	*Delmas 33*	*Champs de Mars*
Protection						
Réadaptation						

Psychosocial						
Choléra						
Durée du suivi						

Cocher la case correspondant à la situation et remplir la case "durée du suivi" (chiffres et unité de temps)

Quelles étaient vous attentes en venant dans un DVFP d'Handicap International?	
Recevoir du soin ?	
Rencontrer une personne professionnelle qui vous écoute ?	
Rencontrer d'autres personnes pouvant être dans la même situation que vous ?	
Un moyen de changer votre quotidien ?	
Une solution pour améliorer votre situation ou celle de votre famille ?	
Autres attentes	
Si autre attentes, lesquelles:	

Plusieurs cases peuvent être cochées.

Questionnaire pour les bénéficiaires

Connaissance, compréhension et mise en application des conseils, exercices ?

1- Pratiquez-vous régulièrement les exercices (au moins 3 fois par semaine) ?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

2- Appliquez-vous régulièrement les conseils donnés par les équipes des antennes ?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

3- Avez-vous changé vos habitudes au quotidien suite aux conseils / à l'appui donné par les équipes des antennes							
Tout à fait		Un peu		Pas beaucoup		Pas du tout	
4- Si « pas beaucoup » ou « pas du tout », pourquoi ? *Questions ouvertes*							

5- Diriez-vous que l'équipe des antennes connait bien les besoins liés à votre handicap/problème ?							
Tout à fait		Plutôt oui		Plutôt non		Pas du tout	

6- Diriez-vous que l'équipe des antennes vous a apporté un soutien adapté à votre handicap / problème ?

Tout à fait		Plutôt oui		Plutôt non		Pas du tout	

7- Si « plutôt non » ou « pas du tout », pouvez vous expliquer en quoi ce soutien n'était pas adapté ?
Questions ouvertes

8- Aujourd'hui, êtes-vous plus autonome au quotidien, dans vos activités par rapport au moment ou vous avez connu les équipes des antennes ?

Tout à fait		Un peu		Pas beaucoup		Pas du tout	

9- Si « tout à fait » ou « un peu », diriez-vous que l'accompagnement donné par les équipes des antennes a été un facteur important pour retrouver cette autonomie ?

Tout à fait		Un peu		Pas beaucoup		Pas du tout	

1	2	3	4

10-. Dans quelle mesure êtes vous satisfait des informations reçues par les équipes des antennes concernant votre handicap.	PSH =>				
	Aidant =>				
11- Dans quelle mesure êtes vous satisfait des conseils reçus par les équipes des antennes concernant votre handicap.	PSH =>				
	Aidant =>				

Cochez la case correspondant à la réponse ***1:*** *Pas du tout satisfait.* ***2****: Plutôt pas satisfait.* ***3:*** *Plutôt satisfait.* ***4****: Tout à fais satisfait*

Sentiment de mieux être Estime de soi, image de soi, Capacité de résilience, Capacité à avoir une activité constructive

12- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous acceptez d'avantage votre situation actuelle?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

13- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez mieux dans votre tête?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

14- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous sentez que vous avez plus confiance en vous-même?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

15- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus en mesure de faire face aux difficultés de la vie quotidienne?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

16- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus en mesure de vous protéger des dangers extérieurs?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

17- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous vous sentez plus intégrer au niveau de votre famille?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

18- Depuis l'intervention de l'équipe d'Handicap International, est-ce que vous êtes plus en contact avec votre entourage/ la communauté?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

Sentiment de sécurité

19- Depuis le séisme / votre accident, diriez vous que, par rapport aux dangers de l'extérieur, vous avez ?					
D'avantage peur		Pareillement peur		Moins peur	

20- Si vous avez peur, à quelle menace vous sentez vous exposée (ou votre enfant ?) *Questions ouvertes*

21- Les équipes d'HI ont elle aidé à améliorer cette situation ?							
Tout à fait		Plutôt		Plutôt pas		Pas du tout	

Connaissance des risques / réponse à ces risques

22- Avez-vous le sentiment que la communauté autour de vous (églises, écoles, etc.) connait mieux vos besoins et vous comprend mieux qu'avant ?							
Tout à fait		Plutôt oui		Plutôt non		Pas du tout	

23- Avez-vous le sentiment que la communauté se mobilise pour vous, vous protège plus qu'avant?							
Tout à fait		Plutôt oui		Plutôt non		Pas du tout	

24- Pensez vous que l'équipe HI connait bien les risques auxquels vous êtes confrontés ?							
Tout à fait		Plutôt oui		Plutôt pas		Pas du tout	

Impact du Kit Protection et autre

25- Avez-vous été bénéficiaire d'un kit distribué par Handicap International ?			
Oui		Non	
Si oui, lequel :	Cholera		
	Hygiène		
	Protection		

26- Celui-ci vous a été utile ?					
Oui		Un peu		Pas du tout	

27- Qu'est ce qui a été le plus utile précisément ? Pouvez vous nous lister les items du kit des plus utiles aux moins utile.

L'avenir

28- Quelles sont vos principales préoccupations pour l'avenir ?	
L'alimentation	
L'éducation	
La santé	
Les activités économiques	
Autre :	
Si autre, lesquelles :	

Plusieurs cases peuvent être cochées.

29- A la fin du projet HI, savez vous dans quels services aller pour obtenir du soutien dans votre communauté / camp?			
Oui		Non	
Si oui, lesquelles :			

Observations de l'équipe d'enquête :

ANNEXE 2 : DETAIL DE LA REPARTITION PAR ANTENNES OBTENUE AU FINAL PAR RAPPORT A LA REPARTITION INITIALEMENT PREVUE

	Antenne	Nombre	%	Echantillon initialement prévu
	Gonaïves	24	***10,7%***	12,7%
	Petit Goâve	57	***25,4%***	37,1%
Port au Prince ***(63,4%)***	*Pétion Nérette*	37	***16,5%***	8,3%
	Pétion Golf	19	***8,5%***	15,0%
	Delmas 33	38	***17,0%***	11,8%
	Chp. de Mars	48	***21,4%***	15,3%
	NA	1	***0,4%***	

ANNEXE 3 : DETAIL DU CROISEMENT DES ATTENTES ET LOCALISATION

		Petit Goâve		Gonaïves		PAP CdM		PAP Delmas 33		PAP Pétion Golf		PAP Pétion Nérette	
Recevoir du soin?	**oui**	39	68,4%	11	45,8%	36	75,0%	29	76,3%	19	100,0%	33	89,2%
	non	16	28,1%	12	50,0%	11	22,9%	8	21,1%	0	0,0%	4	10,8%
Rencontrer une personne professionnelle qui vous écoute ?	**oui**	18	31,6%	3	12,5%	10	20,8%	13	34,2%	13	68,4%	17	45,9%
	non	37	64,9%	20	83,3%	37	77,1%	24	63,2%	6	31,6%	20	54,1%
Rencontrer d'autres personnes pouvant être dans la même situation que vous ?	**oui**	3	5,3%	1	4,2%	4	8,3%	4	10,5%	4	21,1%	2	5,4%
	non	51	89,5%	23	95,8%	43	89,6%	32	84,2%	15	78,9%	35	94,6%
Un moyen de changer votre quotidien ?	**oui**	6	10,5%	2	8,3%	8	16,7%	9	23,7%	6	31,6%	2	5,4%
	non	48	84,2%	22	91,7%	39	81,3%	28	73,7%	13	68,4%	35	94,6%
Une solution pour améliorer votre situation ou celle de votre famille ?	**oui**	8	14,0%	1	4,2%	6	12,5%	6	15,8%	4	21,1%	2	5,4%
	non	45	78,9%	23	95,8%	41	85,4%	30	78,9%	15	78,9%	35	94,6%
Autres attentes?	**oui**	11	19,3%	8	33,3%	8	16,7%	5	13,2%	3	15,8%	5	13,5%
	non	35	61,4%	15	62,5%	38	79,2%	29	76,3%	15	78,9%	22	59,5%

ANNEXE 4 : REMARQUES ET CONSTATS ADDITIONNELS RESTITUES PAR LES EQUIPES D'EVALUATION A LA FIN DE L'ENQUETE

- ✓ On aura souvent noté que la PSH pouvait apparaître comme effacé, voire, n'osant pas contredire l'aidant.
- ✓ Le Problème d'accessibilité physique des habitats pour les personnes à mobilité réduite a souvent été soulevé (périphérie et « in house »). En lien, les évaluations proposées par les équipes accessibilité ont crée des attentes, pas nécessairement toujours répondues
- ✓ Les équipes ont constaté de manière subjective un lien entre le fait que les personnes soient pauvres / démunies et le manque de contact avec l'extérieur. En résultait souvent, en lien avec la problématique de sécurité, la peur de se faire voler leur peu de biens qui leur restait
- ✓ Les équipes ont relevé un certain nombre de besoins encore persistants au niveau psychique. Encore en lien avec le séisme ou ses conséquences en termes de situation de vie. On notait des signes extérieurs de personnes encore manifestement traumatisées. Certaines équipes ont également pu percevoir une forme de violence au sein du foyer, ou encore l'expression d'une crainte de la personne handicapée vis-à-vis de la famille, dans le cas d'une famille pas assez attentive, la peur d'être abandonné
- ✓ Bcp de gens ont découvert que l'on allait fermer le prog HI au moment de la survey. « Que va-t-on faire après ? ». Les équipes se sont rendues compte qu'il y avait eu peu ou pas de communication autres que sur l'antenne
- ✓ Un certain nombre de bénéficiaires a exprimé son inquiétude en lien avec le manque de lieu d'accueil et de référencement pour les personnes handicapées
- ✓ Un certain nombre de bénéficiaires a exprimé que les horaires des antennes n'étaient pas adaptés (PG, PAP), en particulier pour ceux qui habitent loin (PG) ou éprouvent des problèmes de transport (PaP)
- ✓ Beaucoup de gens ont vraiment affirmé que l'action d'HI a apporté une amélioration de ma vie quotidienne. Amélioration de mon état physique. Mais HI n'a pas été suffisamment loin, en particulier en lien les besoin matériels persistants et pb besoins économiques, AGR.
- ✓ Le « niveau » du questionnaire était parfois inadapté à la compréhension de la PSH, de l'aidant.
- ✓ Les équipes ont relevé que certaines personnes (âgées +++, mal ou non-entendantes, avec des retard intellectuel) n'ont pas pu ou voulu finir le questionnaire.
- ✓ Les personnes ont été globalement très contentes de pouvoir accueillir de nouveau les équipes, de les revoir, après longtemps pour certains.
- ✓ Les conditions n'étaient pas idéales, avec parfois des problèmes de confidentialité. L'ami, le voisin, le badaud s'arrête et écoute la conversation.

- ✓ Les équipes ont relevé que parfois, les réponses étaient données sans vraiment comprendre la question.
- ✓ Les équipes ont perçu que le fait que le bénéficiaire ne soit « pas content » peut parfois refléter le fait de n'être pas complètement rétabli, même si l'amélioration a été significative
- ✓ Les personnes très vulnérables ne se sont pas forcément senties très soutenues par HI.
- ✓ A Petit Goâve, il a été noté un problème de jalousie par rapport à la distribution des Shelters. Aussi, les critères n'ont pas été rendus publics, même au sein des équipes HI
- ✓ Beaucoup de personnes alitées gardent l'espoir de remarcher
- ✓ Les équipes ont pu noter les faits suivants : Des foyers avec un manque d'hygiène patent. Des enfants qui vivent encore en conditions déplorables. Des parents qui ont encore beaucoup de difficultés dans l'acceptation du Handicap de leur enfant. La notion de gros problèmes d'accès à l'école
- ✓ Les bénéficiaires ont pu parfois exprimer qu'il y avait un problème dans la perception du Handicap du côté des équipes HI elles-mêmes. « Pourquoi les équipes HI venant chez moi ne voulaient jamais s'asseoir ? »
- ✓ Certain bénéficiaires ont expliqué qu'ils n'avaient pas « envie » de participer aux activités psychosociales, car « ça fait trop parler. Et parler trop, ça fait mal »
- ✓ Des personnes se sont vraiment retrouvées « Hors champ », géographiquement parlant, par rapport à l'accès à l'aide. Même d'HI
- ✓ Les équipes ont constaté les peur persistantes liées à des croyances locales, qui peuvent bloquer certains aspects du travail proposé par HI (pas plus de précisions apportées)

© Beth MacNairn / Handicap International

Denièse and Vincent

HAITI - DENIÈSE GAINS MORE INDEPENDENCE

Denièse Isaac, 38, lives in a Handicap International shelter with her five-year-old son, Vincent, her uncle, and her godparent. Denièse was never offered rehabilitation services until after the earthquake, when she met a mobile team from Handicap International's Disability and Vulnerable Focal Points (*DVFP*). The team was doing outreach in the community, and Denièse needed a tent.

At first, she was making a 35-minute trip between the DVFP in Petit Goâve and the camp where she lived in her hospital wheelchair. Handicap International helped her get a RoughRider wheelchair. This wheelchair, manufactured by Whirlwind Wheelchair International, is specifically designed for uneven terrain, which was a feature of Denièse's difficult commute.

At the Focal Point, Handicap International staff taught Denièse how to transfer herself in and out of the wheelchair, as well as exercises that make her feel better. In December 2010, this feisty and independent woman, who is quick to smile, conceded that her life has not been easy since she developed her disability. She had not been able to sew since she lost the use of her legs and relied on aid for income. Her home is accessible, so that she can move in and out of it with her wheelchair.

Today, she has no problem doing tasks around her house, such as cooking and washing.

Pictures 1 & 2:

DVFP mobile team: a team of multi disciplinary workers was carrying out home visits

***DVFP fixed units**: the antennas were located closed to the community (here, in Petit-Goave). A multidisciplinary team was based in the antennas and welcomed beneficiaries, evaluated the needs and provided services either directly inside the unit or directed the beneficiary to another organisation close to the unit (if possible).*

The antennas in Haiti were providing different services according to the needs and according to the intervention context: Rehabilitation services, Basic Needs provision, Psychosocial services, Family support, Emergency preparedness, Cholera awareness activities and Protection activities.

Rehabilitation session, Focus groups and psychosocial activities, Trainings of protection officers, Home care visits*: these pictures illustrate the multisectoral and holistic response of this DVFP project.*