



Evaluation Externe

Réponse d'Urgence à L'Epidémie de Choléra en Haïti

Financée par ECHO/SIDA/OFDA/ERRF

Yvan Grayel, Avril 2011

**EVALUATION FINALE EXTERNE
DE LA
REPONSE D'URGENCE A L'EPIDEMIE DE CHOLERA
D'ACTION CONTRE LA FAIM (ACF)
EN HAITI**

RAPPORT FINAL

LIEU :	Port-au-Prince et les départements de l'Artibonite et du Nord Ouest, HAITI
NUMERO DE CONTRAT :	ACF/ HAB2B
DATE DE REALISATION DE L'EVALUATION FINALE :	25 jours, durant la période du 7 mars au 20 avril 2011
RAPPORT REDIGE PAR :	Yvan GRAYEL, Consultant. Huma Expertise Consulting
DATE DE RENDU DU PRESENT RAPPORT :	27 avril 2011

" L'évaluation finale du projet a été financée par ECHO, SIDA, OFDA et ERRF. Le présent rapport a été produit à la demande d'ACF. Les analyses et commentaires contenus dans ce rapport reflète les opinions de l'évaluateur. "

Table des matières

Abréviations.....	3
Remerciements	3
1 Résumé.....	4
2 Rapport détaillé.....	8
2.1 Introduction.....	8
2.1.1 Contexte d'intervention général du projet.....	8
2.1.2 Objectifs du projet.....	8
2.1.3 Principales réalisations du projet	9
2.2 Méthodologie de l'évaluation	10
2.2.1 But de l'évaluation finale	10
2.2.2 Méthodologie appliquée.....	10
2.3 Résultats de l'analyse.....	12
2.3.1 Impact	12
2.3.2 Couverture	14
2.3.3 Cohérence	16
2.3.4 Pertinence.....	18
2.3.5 Efficacité	24
2.3.6 Efficience	26
2.3.7 Pérennité.....	27
2.3.8 Monitoring	28
2.3.9 Eléments transversaux	29
2.4 Conclusions.....	29
2.5 Recommandations.....	30
2.5.1 Renforcer la stratégie opérationnelle d'ACF Haïti sur la réponse à l'épidémie de choléra.....	30
2.5.2 Développer une meilleure capacité de réponse aux futurs flambées de choléra	32
2.5.3 Mener des actions de prévention du choléra sur le long terme en Haïti	33
3 Annexes.....	35

Abréviations

ACF	Action Contre la Faim
CLA	Comité Local d'Assainissement
DINEPA	Direction nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement
DSA	Direction Sanitaire de l'Artibonite
LRRD	Lien entre l'urgence, la réhabilitation et le développement
PAHO	Organisation Panaméricaine de la Santé (bureau régional des Amériques de l'OMS)
PaP	Port-au-Prince
PdP	Port-de-Paix
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NOAH	Zone Nord Ouest et Haut Artibonite - ACF
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation
SAG	Groupe stratégique consultative WASH
WASH	Eau Hygiène Assainissement

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à ACF International et particulièrement aux bureaux de Grande-Bretagne et de France pour m'avoir confié cette mission d'évaluation. Le travail a été très intéressant et j'espère qu'il contribuera au renforcement des actions de solidarité internationale de qualité pour ACF.

Ce travail d'évaluation n'aurait pas été le même sans l'excellent accueil et la très grande disponibilité de chaque personnel d'ACF Haïti. J'ai particulièrement apprécié l'esprit d'ouverture et le souci de chacun à participer à l'amélioration des bonnes pratiques. Je tiens à montrer ici ma reconnaissance et mon respect de l'engagement de chacun dans la réalisation de ce projet de lutte contre le choléra.

Je remercie également tous les acteurs rencontrés sur PaP et Gonaïves qui m'ont apporté des éléments d'information de grande valeur.

La réponse choléra d'ACF en Haïti est significative et a apporté une contribution importante dans la lutte de l'épidémie dans le pays. Les enseignements à tirer d'une telle intervention sont riches et multiples. Que les recommandations de ce rapport servent à tous les acteurs impliqués afin de mieux lutter contre le choléra en Haïti dans les mois à venir. Qu'elles servent également à ACF International afin d'améliorer son positionnement systématique sur des interventions choléra dans le futur.

1 Résumé

• Contexte général du projet

Le projet mis en œuvre par ACF s'intitule "*Réponse d'urgence suite à l'éruption de choléra dans les zones affectées par l'épidémie*". L'objectif spécifique est de limiter et prévenir la propagation de l'épidémie de choléra dans les zones affectées (250 000 bénéficiaires). Au moment de la déclaration de l'épidémie de choléra en octobre 2010, ACF a choisi d'intervenir sur une première réponse d'urgence d'une période d'environ 5 mois, avec un budget de 2 947 026 euros, provenant de 4 bailleurs de fonds internationaux (ECHO, SIDA, OFDA, ERRF). La situation générale actuelle reste à la vigilance maximale dans un contexte global de fin de financement de la première vague de réponse d'urgence choléra, de retrait progressif des organisations d'aide au niveau des camps de déplacés et d'un contexte sanitaire toujours à haut risque.

L'évaluation finale externe permet d'apprécier les actions accomplies et les résultats obtenus. La prise de recul et l'impartialité vis-à-vis du projet et de ses acteurs permettent d'approfondir la réflexion et l'apprentissage en commun, aboutissant à l'élaboration de recommandations sur la logique d'intervention future au vu du contexte, des problématiques et des capacités et faiblesses des différentes parties prenantes. Ce rapport d'évaluation est le compte-rendu des investigations et des conclusions de l'évaluation finale externe menée dans le pays du 8 au 27 mars 2011.

• Principaux résultats de l'analyse

- Impact

L'objectif spécifique du projet qui est de "*limiter et prévenir la propagation de l'épidémie de choléra dans les zones affectées*", est réalisé. Les actions du projet ont eu l'effet escompté sur la lutte contre le choléra. L'impact à court terme du projet sur l'épidémie de choléra se situe au niveau du contrôle des risques de transmission de la maladie, avec une diminution importante du taux d'attaque dans les zones d'intervention du projet. Les avis positifs des autorités locales et de certaines ONG médicales à propos du rôle d'ACF et de l'impact du projet sur la lutte anticholérique renforcent cette analyse.

La prise de conscience de la maladie, à grande échelle, a aussi des répercussions positives importantes sur les changements de comportements liés à l'hygiène au niveau individuel et familial, mais à court terme principalement. Les actions rapides sur l'eau de consommation ont permis de stopper à grande échelle la transmission de la maladie par consommation d'eau polluée en assurant une barrière rapide et efficace contre la maladie, mais là encore sans garantie de protection sur une longue période. Le projet d'ACF a participé à la baisse de la stigmatisation de la maladie durant les premières semaines de l'épidémie. Le projet se situe dans un contexte d'urgence qui par nature comporte des limites dans la garantie d'impact à long terme.

- Couverture

Dans la zone NOAH, le secteur WASH manque de capacité opérationnelle. Il n'est pas possible dans ces cas-là de couvrir toutes les zones touchées par le choléra malgré des besoins potentiels évidents. Grâce à son implantation locale, ses connections à différents niveaux et le déploiement de grandes équipes avec des moyens opérationnels immédiats, ACF a dans l'ensemble proposé des actions très réactives et bien ciblées. Le nombre de bénéficiaires réellement ciblés par le projet est supérieur à celui de l'objectif initial (au moins 285 000 personnes).

- Cohérence

ACF propose une réponse au niveau de la prévention dans les communautés qui est basée sur ses compétences reconnues et en lien avec son mandat de lutte contre la faim. L'approche est multisectorielle, intégrée, complémentaire et possède un équilibre intéressant entre les activités de type WASH (qui sont à juste titre prépondérantes), de distribution de kits d'hygiène, de santé mentale et d'autres domaines d'expertise d'ACF (nutrition, sécurité alimentaire et autres activités).

Le niveau de coordination avec les instances gouvernementales, notamment la DINEPA, est très bon. Les acteurs du cluster WASH en Haïti pensent qu'ACF est reconnu comme ayant une solide expérience dans l'évaluation des besoins et le développement stratégique du secteur WASH en situation de crise. ACF est une des organisations clés de l'unité de coordination Cluster WASH dans le pays.

Le montage du projet a été développé en gardant une cohérence d'intervention et en respectant les spécificités de chaque bailleur de fonds.

- Pertinence

Les contextes sanitaires à risque ont été bien considérés. L'intervention est globalement définie de manière adaptée aux besoins réels. L'analyse des problèmes et des solutions a été bien établie et a abouti à la définition de 2 objectifs prioritaires (prépondérants dans la lutte contre le choléra) : (i) la réduction de la transmission de personne à personne avec des pratiques d'hygiène adaptées et (ii) la désinfection des zones potentielles de contamination.

Le cadre logique respecte une logique d'intervention pertinente, dans laquelle on peut dire de manière générale que les activités proposées permettent d'atteindre les résultats fixés et qui sont mesurés par des indicateurs de résultats adaptés (hormis la désinfection des maisons). L'atteinte des résultats permet d'atteindre la réalisation de l'objectif spécifique du projet. Les activités du projet ont été réparties sur une aire géographique trop importante (afin de palier le manque d'acteurs présents sur la zone) pour estimer précisément l'efficacité de certaines actions. Certaines sources de vérifications ne permettent pas vraiment d'établir le nombre précis de personnes qui utilisent réellement les infrastructures collectives (points d'eau et latrines). Les risques et hypothèses du projet ont été définis de manière pertinente.

La réponse d'ACF peut être classée en 4 catégories depuis le début de l'épidémie de choléra : 1- la phase d'urgence aigue (le projet a proposé des solutions à grande échelle de manière très réactive), 2- la phase de situation stabilisée (cette phase a aussi été très bien considérée durant le projet, avec une légère tendance à le faire au détriment de la 3^e phase), 3- la phase de consolidation (moins développée que la phase précédente, cet aspect de la réponse aurait mérité plus de temps et de moyens) et 4- la phase de retour à la normale et de préparation aux futures crises (il s'agit d'une phase essentielle d'une réponse choléra, il est indispensable de continuer sur ce genre d'actions après la fin de ce projet).

Au niveau des autorités locales et communautés, le projet a bien intégré les problématiques locales. Les parties prenantes locales ont toutes montré leur satisfaction. ACF a intégré les problématiques des croyances locales (très fortes et dans un contexte de méconnaissance de la maladie) dans la réponse à l'épidémie. L'implication des bénéficiaires et des autorités locales dans l'analyse des problèmes et la définition des solutions a été moindre mais les communautés bénéficiaires montrent un degré élevé de satisfaction et une bonne appréciation générale du travail d'ACF.

De manière générale, l'approche technique est pertinente pour une réponse d'urgence à un début d'épidémie de choléra sur une zone vaste. En outre, elle est appropriée à la situation contextuelle et avec les capacités locales existantes. En règle générale, les populations ont reçu de l'eau chlorée et ont pu être protégés d'une contamination par consommation d'eau polluée (qui est souvent le moyen de propagation le plus rapide). Il existe un bon équilibre entre les messages disséminés de manière individuelle et les communications de masse; ce plan d'action de sensibilisation est recommandé dans ce type de crise. Les résultats au niveau de l'assainissement sont atteints en termes de réalisation d'infrastructures mais avec une faible plus-value sur la pérennité, à cause d'un cadre général du projet trop limité. Au niveau des actions de santé mentale / soutien psychologique, il aurait été plus pertinent de mettre un indicateur de résultat qui oblige à mettre en place des moyens conséquents et permettre ainsi de mieux valoriser cet aspect du projet. La désinfection des maisons a été supprimée à juste titre.

- Efficacité

A la date de réalisation de l'évaluation finale, si l'on excepte le cas de la désinfection des maisons, les résultats du projet sont sur le point d'être tous atteints à 100%.

La durée du projet initialement prévue sur 3 mois a été étendue à 2 mois supplémentaires. Au final, les activités seront toutes réalisées, avec un délai maximal à la fin du projet de 15 jours pour finir quelques activités trop pénalisées par les retards d'approvisionnement. ACF a montré une bonne capacité de réalisation d'une quantité élevée d'activités dans un laps de temps très court.

- Efficience

Le projet n'a pas été perturbé par des incidents de sécurité.

Le projet, de grande ampleur sur une période courte, a mobilisé un nombre important de personnel expatriés et nationaux. Le remplacement des personnels internationaux est trop fréquent. La qualité du management est une raison importante de la réussite du projet. Grâce à un grand investissement et une capacité d'apprentissage très rapide, ACF est arrivé à mettre à niveau les compétences professionnelles suffisantes pour réaliser le projet. Bien que le projet a dans l'ensemble fourni les ressources humaines adaptées à la charge de travail, il ressort que certains postes pourraient être renforcés, comme par exemple le suivi budgétaire, les équipes assainissement et santé mentale. Certains cadres nationaux possèdent de bonnes compétences, il faut tendre vers une vraie politique de transfert de compétences du personnel national, notamment en renforçant les capacités d'intervention en contexte spécifique d'urgence comme une crise de choléra, et en développant les compétences managériales.

En termes d'approvisionnement du matériel, il y a eu 2 gros problèmes qui ont mis en difficulté l'exécution du programme. Hormis cet aspect, le soutien logistique aux équipes opérationnelles a été satisfaisant. Le ratio cout / bénéficiaire est de l'ordre de 12 euros. A la date de l'évaluation finale, le pourcentage de dépenses réelles avoisinaient les 95% du budget initial de 2,9 millions d'euros.

- Pérennité

Les réponses d'urgence à une épidémie de choléra se focalisent en priorité sur les impacts à court terme sur l'ensemble de la zone touchée. Aussi, il est crucial d'anticiper la phase de préparation à de futures flambées au plus tôt de la réponse, à travers des actions de bilan mais aussi de meilleure capacité aux futures réponses. ACF doit jouer ce rôle de préparateur.

Certaines activités (fourniture d'une eau chlorée au seau aux points d'eau communautaires, lavage des mains au savon et modifications des pratiques d'hygiène, utilisation sans risque des toilettes publiques, etc.) ont des enjeux de durabilité après la période du projet et risquent de ne pas maintenir le niveau de service à terme. ACF doit définir une stratégie à long terme pour assurer le développement de moyens de prévention et de compétences locales suffisantes, avec un transfert de compétences progressif aux acteurs locaux (autorités locales, groupes communautaires) tout en assurant un niveau de surveillance et de capacité de réponse aux nouvelles flambées. La prévention passe par le développement des compétences des structures locales et la mise à disposition durable d'infrastructures et de services de base qui garantiront la santé publique (hygiène de vie, accès à l'eau, assainissement, accès aux soins, éducation, moyens d'existence, prévention contre les catastrophes naturelles).

La sortie du programme d'approvisionnement gratuit en eau sur PaP est une bonne chose; elle ne doit cependant pas se faire au détriment du contrôle des voies de transmission des maladies.

- Monitoring

Dans l'ensemble, la masse de documents produite est conséquente pour la période considérée. Ce sont des outils importants de passation d'information et de capitalisation pour les équipes terrain. Au niveau du suivi, ils paraissent un peu trop détaillés parfois, avec un peu de redondance d'information et avec un manque de clarté à propos du suivi général. Il manque la production de documents techniques de capitalisation pour un meilleur partage d'expériences au sein d'ACF, mais aussi auprès des partenaires en Haïti (gouvernement et groupe WASH).

- Problématique du genre

La prise en compte du genre est reconnue par ACF et essaye d'être intégrée autant que possible dans les projets. Mais il n'existe pas de politique spécifique (document stratégique interne)

• **Conclusions**

Le projet de réponse d'urgence suite à l'éruption de choléra dans les zones affectées par l'épidémie a produit une bonne réponse dans un contexte difficile et sur une zone d'intervention étendue. Le projet a été de grande ampleur en termes de couverture des zones et des moyens financiers et humains. ACF a eu une grande réactivité et une capacité de réponse au choléra satisfaisante. Les parties prenantes reconnaissent la qualité et l'ampleur du travail d'ACF. Cet avis est partagé par l'ensemble des acteurs rencontrés durant l'évaluation; il mérite d'être souligné.

Grâce à sa réussite, ce projet va aussi participer au renforcement du rôle et de l'image d'ACF dans le pays. ACF a joué pleinement son rôle d'organisation spécialiste et moteur dans le domaine du WASH.

La phase actuelle est une période de sortie de crise, sans que le risque soit pour autant vraiment diminué. Il est temps de capitaliser mais également de mieux renforcer l'ensemble des compétences disponibles pour faire face aux très probables épidémies futures de choléra. Face au risque accru de futures flambées, ACF doit investir un bon nombre d'efforts dans des actions de préparation et de prévention afin d'améliorer les moyens d'interventions sur les nouvelles épidémies et de renforcer la couverture en eau, hygiène et assainissement sur le long terme en Haïti.

• **Recommandations**

a) Renforcer la stratégie opérationnelle d'ACF Haïti sur la réponse à l'épidémie de choléra

- Développer une réponse standardisée des interventions d'ACF International sur la problématique du choléra (sur la base de la création d'un papier de positionnement dans le cadre du groupe de travail "Choléra" d'ACF France)
- Intégrer la problématique du choléra dans la stratégie d'ACF en Haïti pour les prochaines années

- Promouvoir le financement de projets de prévention, sur une base pluri-annuelle
- Capitaliser et partager les expériences
- Travailler avec des partenaires nationaux et locaux pour le développement et renforcement des compétences en réponse choléra dans la zone NOAH peu couverte en acteurs

b) Développer une meilleure capacité de réponse aux futurs flambées de choléra

- Renforcer les capacités du personnel d'ACF Haïti à la réponse choléra
- Développement des compétences locales
- Améliorer la réponse rapide en cas de futures flambées épidémiques
- Mettre à jour les plans de contingence choléra
- Garder le niveau de représentation d'ACF dans les réunions de coordination Cluster et Sous-cluster

c) Mener des actions de prévention du choléra sur le long terme en Haïti

- A moyen terme (durant l'année 2011)
 - Soutien de l'activité de production locale de chlore
 - Soutien des activités mises en place durant le projet choléra (risque de non pérennité sinon)
 - Sécurisation des centres de santé éloignés
- A long terme (2011-2013)
 - Projet à grande échelle d'assainissement et d'amélioration de l'hygiène dans le Haut Artibonite
 - Projet de traitement de l'eau à domicile.

2 Rapport détaillé

2.1 Introduction

2.1.1 Contexte d'intervention général du projet

(a) L'épidémie de choléra a été déclarée par le gouvernement haïtien le 21 octobre 2010 dans le département de l'Artibonite. La maladie s'est répandue très rapidement dans tout le pays et a atteint des proportions très importantes. Cinq mois après le début de l'épidémie, le nombre de cas atteignait les 260 000 personnes déclarées (chiffres du 15 mars 2011). La tendance générale est actuellement à la baisse, malgré des pics intermittents et localisés (qui renforcent la nature endémique que prend progressivement l'épidémie). De plus, PAHO prévoit la possibilité de 400 000 nouveaux cas dans les 12 prochains mois, avec un risque fort que 50% d'entre eux n'apparaissent avant mi 2011.

(b) La situation générale reste donc à la vigilance maximale dans un contexte global de fin de financement de la première vague de réponse d'urgence choléra, de retrait progressif des organisations d'aide au niveau des camps de déplacés et d'un contexte sanitaire toujours à haut risque.

(c) Haïti est le pays le moins développé d'Amérique (classé 149 sur 182 pays à l'Index de Développement Humain 2009). La situation générale au niveau de l'accès à l'eau et à l'assainissement (WASH) reste précaire, avec 37% de la population toujours sans accès à des infrastructures améliorées pour l'eau (dont 45% de la population rurale) et avec seulement 17% de la population couverte (10% en milieu rural) ayant accès à des infrastructures basiques d'assainissement (chiffres en diminution).

(d) L'accès aux soins dans les zones rurales reculées est très faible en Haïti. Le taux de mortalité devient de fait plus grand (chiffres réels probablement sous-estimés dans les zones reculées). L'insuffisance des ressources de santé dans le pays et la désorganisation des systèmes de santé et d'accès aux soins en cas d'épidémie sont particulièrement alarmants, rendant par conséquent les actions communautaires de prévention d'autant plus cruciales dans ce contexte.

(e) Depuis 1985, ACF met en place des programmes d'aide dans les départements de l'Artibonite et du Nord Ouest. ACF est intervenu de manière massive après le séisme du 12 janvier 2010 à PaP. Au moment de la déclaration de l'épidémie de choléra en octobre 2010, ACF a choisi d'intervenir sur une première réponse d'urgence d'une période d'environ 5 mois au total, avec un budget d'environ 2,9 millions d'euros (note : ce budget ne comprend pas les activités WASH sur PaP). Les financements relatifs à cette intervention s'arrêtent au 31 mars 2010.

(f) Ce rapport d'évaluation est le compte-rendu des investigations et des conclusions de l'évaluation finale externe menée dans le pays du 8 au 27 mars 2011.

2.1.2 Objectifs du projet

Le projet a été défini et mis en œuvre par ACF. Il s'intitule "Réponse d'urgence suite à l'éruption de choléra dans les zones affectées par l'épidémie".

Le projet a pour but suivant :

Titre du Projet	Réponse d'urgence suite à l'éruption de choléra dans les zones affectées par l'épidémie
Objectif Général	Contribuer à la réduction de la propagation de l'épidémie de choléra dans les zones affectées
Objectif Spécifique	Limiter et prévenir la propagation de l'épidémie de choléra dans les zones affectées
Résultats Attendus	1- La transmission interhumaine et hydro fécale du cholera est limitée et prévenue dans les ménages et les lieux publics,

- 2- La propagation de la maladie est prévenue via l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à des infrastructures sanitaires d'urgence adéquates de la population des zones ciblées,
- 3- L'accès à l'eau potable et les conditions d'hygiène sont améliorées dans les hôpitaux, centres de santé de l'Artibonite, du Nord Ouest et dans les lieux d'accueil d'ACF, et la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est assurée dans les CTC du Haut Artibonite

2.1.3 Principales réalisations du projet

• Durée du projet

Le projet initialement planifié sur 3 mois et 9 jours (pour finir à fin janvier 2011) a été finalement prolongé de 2 mois jusqu'à fin mars 2011 afin de réaliser l'ensemble des activités prévues et d'ajuster les réponses par rapport aux besoins réels sur les sites (en lien avec l'avancée géographique de l'épidémie et le niveau de priorité des sites). Les extensions de la durée du projet ont été validées par tous les bailleurs de fonds. Elles ont eu lieu sans aucun cout supplémentaire, les frais dépensés en février et mars 2011 étant couverts par le budget initial.

• Financement du projet

Le budget total de l'opération s'élève à 2 947 026 euros. Le financement de la réponse choléra d'ACF en Haïti provient de 4 bailleurs de fonds internationaux : ECHO, SIDA, OFDA, ERRF. Il est réparti comme suit :

Bailleurs de fonds	Montant	Devise
ECHO	758 000	EURO
OFDA	921 154	USD
SIDA	10 000 000	SEK
ERRF (UN)	560 000	USD
TOTAL	2 969 163	EURO

Rapidement défini dans les jours qui ont suivi la déclaration officielle de l'épidémie, le budget fut ensuite remodifié pour mieux s'adapter aux préconisations des bailleurs de fonds et à la situation du terrain.

• Zones d'intervention

Les 3 zones principales sont le Nord du département de l'Artibonite, le département du Nord Ouest et la ville de PaP. La zone la plus ciblée est le nord de l'Artibonite avec des actions dans les communes (localités et sections) de St Michel de l'Attalaye, Gros Morne, Ennery et la ville de Gonaïves.

• Activités réalisées

Basés sur les APR (Activity Progress reports), outil interne de reporting mensuel, les principales activités du projet ont été :

- Distributions de kits de traitement d'eau à domicile
- Campagnes de sensibilisation des populations
- Campagnes de désinfection des lieux de rassemblement
- Formations de formateurs (acteurs locaux)
- Soutien psychologique
- Production d'eau chlorée au seau
- Production d'eau avec une unité mobile de potabilisation
- Production locale de chlore avec le procédé Antenna WATA

- Construction de latrines publiques
- Enquête sur l'état des lieux en eau et assainissement dans les zones touchées par l'épidémie
- Enquêtes "nutrition" et "Sécurité alimentaire" sur l'impact du choléra.

2.2 Méthodologie de l'évaluation

2.2.1 But de l'évaluation finale

(a) ACF souhaite être en mesure de rendre compte de son action sur le choléra en Haïti, des résultats obtenus mais aussi des choix effectués ainsi que des contraintes rencontrées. L'évaluation finale externe permet d'apprécier, de manière objective et indépendante, les actions accomplies et les résultats obtenus, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. En outre, la prise de recul et l'impartialité vis-à-vis du projet et de ses acteurs permettent également d'approfondir la réflexion et l'apprentissage en commun, aboutissant à l'élaboration de recommandations sur la logique d'intervention future au vu du contexte, des problématiques et des capacités et faiblesses des différentes parties prenantes.

(b) L'objectif de la présente évaluation finale est de :

1. Améliorer la "redevabilité/responsabilité" d'ACF envers les bénéficiaires, les partenaires et les bailleurs de fonds,
2. Mesurer la performance opérationnelle de la réponse d'ACF à l'urgence choléra en Haïti :
 - en portant un regard extérieur et détaché sur le contexte opérationnel du projet,
 - en améliorant les pratiques grâce aux leçons d'expériences,
 - en réfléchissant sur une approche encore plus qualitative.

(c) L'évaluation finale analyse les objectifs du projet et sa logique d'intervention au travers du cadre logique défini. Les améliorations produites sont évaluées avec la prise en compte des opinions des différentes parties prenantes telles que les bénéficiaires, les autorités locales et nationales, la société civile, les acteurs impliqués du secteur WASH dans le pays, les bailleurs de fond ainsi que les équipes ACF au niveau du terrain et supervision.

(d) La manière dont le projet a été défini puis mis en œuvre en fonction de l'évolution du contexte, l'utilisation des financements et le niveau de mobilisation des ressources humaines sont particulièrement abordés dans cette évaluation.

(e) Les conclusions de cette évaluation aideront également à la réflexion générale engagée récemment par ACF International à propos de son positionnement sur le type d'interventions à apporter en cas d'épidémie de choléra dans les pays où ACF travaille.

2.2.2 Méthodologie appliquée

L'évaluation conduite a été mise en œuvre dans le respect des critères des bailleurs de fonds et de la politique d'ACF International. L'évaluation du projet est basée sur l'appréciation de la qualité par rapport à un certain nombre de critères qui sont tous décrits en détail dans le paragraphe 2.3 *Résultats de l'analyse*.

En phase avec les termes de références de l'évaluation (voir *Annexe 1 – Termes de références de l'évaluation finale*), la mission d'évaluation finale s'est déroulée selon 3 axes principaux (voir *Annexe 2 – Calendrier d'activités de l'évaluation finale*) :

- 1- Discussions préliminaires et prise d'informations
 - Briefing au bureau d'ACF Paris : préparation de la mission, démarches administratives et rencontres avec des personnels du siège,
 - Déplacement international et transports sur bases ACF (PaP et Gonaïves),
 - Briefing général ACF Haïti : rencontre avec l'adjointe chef de mission en charge des programmes, démarches administratives, calage du planning de l'évaluation et point sécurité (PaP et Gonaïves).

- Lecture de documentations : documents ACF, situation choléra Haïti, rapports de partenaires, propositions d'actions aux bailleurs, documents de suivi du projet, documents techniques.

2- Activités de terrain

- Discussions avec les membres de l'équipe "choléra" ACF :
 - Coordinateur du programme (PC),
 - Coordinatrice financier,
 - Responsables d'équipes (PM) : WASH Gonaïves, sensibilisation Gonaïves et PdP/PaP, assainissement PaP, santé mentale, nutrition, enquête WASH, distribution, logistique.
 - Groupe de discussion avec les personnels cadres nationaux.
- Visites de sites d'intervention :
 - Visite d'habitations et de bâtiments publics (école et centre de santé) d'une section d'Ennery,
 - Visite d'une distribution de kits d'hygiène aux familles,
 - Visite de points chlorés à Gonaïves et visite de l'unité de traitement mobile dans le quartier de Raboteau,
 - Visite d'un atelier de production locale de chlore,
 - Visite d'un chantier de construction de latrines publiques
- Discussion informelles avec des acteurs locaux : CASEC & ASEC, responsable de centres de santé, directeur d'école, ménages (entretiens avec des femmes et des hommes), CLA.

Note : le rendez-vous avec la Directrice de la DSA Artibonite a été annulé à la dernière minute et n'a pas pu être reprogrammé.

- Rencontres avec des parties prenantes de la réponse choléra dans le pays : DINEPA, participation au cluster WASH et au SAG, rencontres avec les responsables de l'UNICEF (PaP et Gonaïves), l'OMS (expert WASH) et des organisations d'aide (MSF Gonaïves, IFRC PaP, ID).

3- Ateliers de restitutions et échanges

- Participation à la restitution de l'évaluation finale du projet WASH ACF/ID/ADEMA dans le Nord Ouest,
- Echanges complémentaires avec le coordinateur de programme et l'adjointe chef de mission ACF,
- Présentation orale des conclusions et recommandations de l'évaluation et échanges avec l'équipe sur des points spécifiques,
- Production d'une note rapide de recommandations pour la phase 2 de la réponse choléra ACF Haïti,
- Rapport préliminaire de l'évaluation pour commentaires d'ACF et des bailleurs de fonds,
- Présentation des résultats de l'évaluation au siège d'ACF France, au pool géographique Haïti et au groupe de travail "choléra",
- Finalisation du rapport d'évaluation après retour des commentaires.

• Limites de l'évaluation

➤ Visite de sites représentatifs

La zone d'intervention étant très grande, il n'a pas été possible de visiter tous les sites par manque de temps disponible durant l'évaluation. Cependant, les activités du projet sont souvent similaires d'un site à un autre. La visite de sites représentatifs de l'ensemble des contextes a permis d'obtenir une bonne vision du projet. De plus, les nombreuses études de terrain et les rapports des équipes ont été étudiés pour compléter l'analyse.

➤ Echanges rapides avec les bénéficiaires

Par manque de temps, il n'a pas été possible de lancer des enquêtes détaillées auprès des ménages mais seulement des entretiens semi-structurés rapides. Pour les mêmes raisons, les discussions de groupes ou avec les acteurs locaux se sont organisés de manière informelle.

- Programme encore en cours au moment de l'évaluation

Certaines activités ou informations n'étaient pas encore disponibles au moment de la réalisation de l'évaluation finale (construction de toilettes publiques, activités de distribution, ateliers de production de chlore). Le rapport intermédiaire pour ECHO à la date de fin février 2011 n'a pas pu être consulté pour référence car le document était dans le circuit de validation interne au moment du déroulement de l'évaluation finale.

2.3 Résultats de l'analyse

2.3.1 Impact

• Les effets à court terme sur la lutte contre le choléra

(a) Les indicateurs de résultats définis dans le cadre logique sont tous atteints, hormis celui lié à la désinfection des maisons. Ce dernier s'est révélé ne pas être adapté aux besoins du contexte d'intervention du projet (*cf. paragraphe 2.3.4. Pertinence*), ne pas le réaliser n'a pas engendré non plus de conséquence sur l'atteinte des objectifs programmés. Quant aux autres indicateurs, ils permettent effectivement grâce à une bonne définition du projet d'atteindre les buts recherchés. On peut ainsi conclure que l'objectif spécifique du projet qui est de "*limiter et prévenir la propagation de l'épidémie de choléra dans les zones affectées*", est réalisé. Les actions du projet ont eu l'effet escompté sur la lutte contre le choléra.

(b) L'impact à court terme du projet sur l'épidémie de choléra se situe au niveau du contrôle des risques de transmission de la maladie, avec une diminution importante du taux d'attaque dans les zones d'intervention du projet. On peut établir le parallèle entre l'action du projet et la baisse des cas de choléra, tout en gardant à l'esprit que la courbe épidémiologique du choléra a aussi tendance à baisser naturellement. Il est reconnu que ce type d'actions WASH qui est mis en œuvre dans un tel contexte participent aussi grandement à la lutte contre la maladie.

(c) En outre, les avis positifs des autorités locales et de certaines ONG médicales à propos du rôle d'ACF et de l'impact du projet sur la lutte anticholérique renforcent cette analyse, tout comme le confortent également les données des enquêtes légères auprès de ménages, disponibles depuis mi-mars, indiquant un taux de connaissance de la maladie de plus de 85%. Même si ces enquêtes réalisées de façon succincte ne peuvent pas vraiment être représentatives, elles montrent en tout cas un niveau de connaissance générale de la maladie qui est plutôt élevé (d'autant plus que le niveau initial de connaissance dans les zones touchées frôlait 0% avant le début de l'épidémie). Cette prise de conscience de la maladie, à grande échelle, a aussi des répercussions positives importantes sur les changements de comportements liés à l'hygiène au niveau individuel et familial, mais à court terme principalement.

(d) Dans l'ensemble des zones d'intervention du projet ACF, les gens ont bénéficié d'une nette amélioration de la qualité de l'eau sur une période courte (allant en moyenne de 15 jours à 1 mois). De manière générale, ces actions rapides ont permis de stopper à grande échelle la transmission de la maladie par consommation d'eau polluée en assurant une barrière rapide et efficace contre la maladie, mais sur cet aspect aussi sans longue période de protection garantie.

(e) En capitale, l'approvisionnement en eau potable a été garanti sur la durée du projet. Grâce aux activités post-séisme d'alimentation en eau potable dans les camps de déplacés encore en cours au quotidien, il n'a pas été besoin d'efforts importants pour arriver à une situation sanitaire sous contrôle (augmentation du taux de chlore résiduel sur les sites publics de distribution d'eau). Les activités d'assainissement ont certainement réduit de manière importante la propagation du vibron cholérique dans ces zones à forte densité et à risque très élevé.

(f) Comme le choléra n'était jamais apparu dans le pays depuis plus d'un siècle, la maladie était inconnue. En début d'épidémie, les peurs de la population à propos de cette maladie soudaine et ravageuse furent très fortes. Grâce aux actions de sensibilisation de masse et répétitives ainsi que les activités de santé mentale (celles-ci cependant à moindre niveau car effectuées en retard dans le projet), la population a progressivement mieux compris la nature et les causes du choléra. Le projet d'ACF a ainsi participé à la baisse de la stigmatisation de la maladie durant les premières semaines de l'épidémie.

• Les effets à long terme du projet

(a) Une épidémie de choléra est une situation typique de crise d'urgence qui doit être prise en charge par des décisions rapides et opérationnelles dans le but premier d'éviter une plus grande détérioration sanitaire. Les réponses d'urgence à une épidémie de choléra se focalisent dans un premier temps sur les impacts à court terme de l'ensemble de la zone touchée. La priorité est que l'épidémie doit pouvoir être contrôlée avec des interventions simples, efficaces et rapides ; le projet l'a fait de manière satisfaisante.

(b) Les situations contextuelles au moment du démarrage du projet et lors des premiers mois du projet ne nécessitaient donc pas la prise en compte de manière prioritaire d'une réponse à apporter sur le long terme dès le départ de l'action. Les enjeux liés à la pérennité des actions sont à considérer de façon limitée, avec des effets escomptés sur le long terme qui demeurent peu importants, indépendamment de la qualité du travail du projet.

(c) D'un autre côté, l'approche de basculer vers une phase de meilleure préparation à ces crises doit être enclenchée dès que possible (*cf. paragraphe 2.3.7. Pérennité*). Par la suite - idéalement le plus rapidement possible lorsque les équipes ont la capacité de le faire - ces réponses doivent être suivies impérativement par des actions de bilan mais aussi de meilleure préparation aux futures réponses. Cela est valable au niveau des capacités internes d'ACF et de l'organisation de la réponse. Ce doit l'être également pour l'ensemble des partenaires et acteurs impliqués.

(d) Certains aspects du projet mettent en place des solutions plus durables qui permettront de contenir (voire prévenir) l'apparition de nouvelles flambées à l'avenir. Toutefois, il faut bien garder à l'esprit le caractère plutôt restreint de la pérennité de ces actions, à cause notamment du manque de moyens et de temps à disposition pour les réaliser. Il n'est en effet pas envisageable d'obtenir des résultats satisfaisants en terme de gestion locale autonome sur des problématiques techniques, financières et sociales si complexes et dans un laps de temps aussi court que ce projet. Les moyens alloués pour ce travail de long terme et d'étroite collaboration avec les parties prenantes locales ne sont pas suffisants dans le cadre de ce projet. Par conséquent, il n'est pas réaliste de considérer une prise en charge complète par les acteurs locaux (qu'ils soient communautaires ou officiels) des systèmes de service d'eau, d'hygiène et d'assainissement mis en place par ACF rapidement dans le cadre du projet. Bien que les activités soient jugées positives, adaptées et bien perçues par les populations, les exemples d'activités où le risque d'abandon du service est grand sans nouveau soutien extérieur, ne manquent pas : la structure de gestion des points d'eau chlorés, la gestion des latrines publiques sur les marchés, la production locale de chlore, la diffusion de messages par des acteurs locaux, etc.

(e) Comme mentionné précédemment, le projet se situe dans un contexte d'urgence qui par nature comporte des limites dans la garantie d'impact à long terme (*cf. paragraphe 2.3.7. Pérennité*). Des activités développées dans le cadre de ce projet ont un réel intérêt de durabilité avec un enjeu au niveau de la prévention du choléra. Elles doivent donc être poursuivies au-delà du temps de réalisation du projet afin d'apporter le maximum d'améliorations supposées.

(f) Une partie importante de la protection contre la maladie est liée au changement effectif des pratiques d'hygiène afin de bannir les comportements à risque. Avec une vaste campagne de sensibilisation comme celle mise en place durant le projet et le sentiment général de peur de la maladie soudaine et inconnue, les gens modifient leurs comportements durant la période du pic de l'épidémie. Par contre, il est fort probable de retrouver de nouveau des pratiques dangereuses quelques semaines après. Les visites de terrain lors de l'évaluation ont par exemple fait ressortir que l'utilisation du savon ou même des produits désinfectants pour la consommation d'eau ont baissé depuis les distributions. Les raisons sont diverses, de l'aspect économique à la contrainte d'une telle pratique en passant par le manque de conviction. Adopter des comportements d'hygiène nouveaux et sans risques est un travail de longue haleine et qui ne s'acquiert qu'au prix de longues séances de travail participatif ; cela demande du temps et de la disponibilité au niveau des équipes du projet. Ce type de sensibilisation n'a pas été mise en place dans le cadre du projet pour ces raisons.

• Autres effets principaux à terme

(a) Parmi les améliorations apportées par le projet à la situation des zones touchées par le choléra, on peut noter les effets positifs suivants :

- Meilleure considération de l'importance de boire de l'eau désinfectée (impact limité dans le temps),

- Intérêt de se laver les mains avec du savon – et autres modifications des pratiques d'hygiène (impact limité dans le temps),
- Meilleure considération des ménages pour la construction de latrine familiales,
- Amélioration de la prise en charge des responsabilités de l'Etat (au niveau des centres de santé et à terme de l'accès à l'eau et l'assainissement),
- Meilleure prise en charge des patients dans les zones rurales reculées,
- Hausse (espérée) de la mobilisation de financements pour des actions WASH à long terme en Haïti,
- Hausse de la reconnaissance du travail d'ACF par les autorités, le secteur WASH et les populations bénéficiaires.

(b) A l'inverse, certaines activités de réponse d'urgence entraînent des effets indésirables ou complexes qui viennent se rajouter aux enjeux de développement du pays :

- Gratuité d'accès aux services de base après une crise (baisse de la prise en charge communautaire et accroissement du risque de dépendance/assistanat qui est pourtant déjà très fort),
- Dépendance accrue des populations aux programmes d'aide (et diminution probable de l'efficacité des barrières de transmission après-projet si absence de phase complémentaire),
- Baisse de la demande en solution chlorée (produite localement par les partenaires ACF, menace potentielle sur le programme en cours) à cause de la distribution massive d'aquatabs par les organisations d'aide,
- Utilisation du chlore à long terme (consommation excessive, cout)
- Mise sur la touche des « bayaku » (couche sociale marginalisée, en charge des vidanges de latrines)
- *(en lien avec la fourniture d'eau dans les camps de déplacés)* Développement potentiel d'un marché parallèle de revente d'eau (quels sont les risques réels ?)
- Risque de saturation ou perte d'intérêt des autorités, des populations des partenaires et des autres équipes ACF due à une trop forte présence des activités "choléra" par rapport aux autres programmes en cours.

2.3.2 Couverture

• Connaissance réelle des besoins dans les zones d'intervention

(a) La zone NOAH n'a été que peu couverte. Le secteur WASH manque de capacité opérationnelle dans la zone. Il n'est pas possible dans ces cas-là de couvrir toutes les zones touchées par le choléra malgré des besoins potentiels évidents. En plus du renforcement de ses actions existantes sur PaP, ACF a lancé dès le début de l'épidémie un projet de réponse au choléra de grande ampleur, touchant initialement 250 000 personnes dans la zone NOAH. Les besoins se sont vite étalés sur une zone très vaste et ont grandi au fur et à mesure de la mise en route du projet (propagation très rapide du choléra dans l'Artibonite et le Nord-Ouest). La sélection de zones d'intervention prioritaires devient primordiale dans ce type de réponse; elle nécessite par contre une très bonne connaissance de la zone et de l'évolution du problème. Grâce à son implantation locale, ses connections à différents niveaux dans toute la région NOAH et le déploiement de grosses équipes avec des moyens opérationnels immédiatement, ACF a dans l'ensemble proposé des actions très réactives et bien ciblées.

(b) Afin de pouvoir intervenir rapidement sur les zones prioritaires, le projet a mis en place un système de sélection des sites d'intervention plutôt performant qui repose sur la collecte d'informations à plusieurs niveaux (réunions cluster WASH, rencontres avec la DSA, échanges avec les CTC / UTC, visite in situ et discussions avec les autorités puis planification et mise en place des activités de distribution). Les informations collectées sont vérifiées systématiquement sur site par ACF dans la foulée pour avoir une véracité correcte et bonne rapidité d'obtention des informations.

(c) La coordination – informelle ou officielle - très fréquente avec les autorités, les unités de coordination sectorielle et les ONGs médicales & WASH ont grandement aidé à la bonne connaissance du terrain et des zones d'intervention. Les autres acteurs impliqués dans la réponse choléra ont pu aussi bénéficier de la connaissance locale d'ACF en retour.

(d) Au niveau de PaP, les zones étaient déjà très bien connues grâce aux activités régulières de transport d'eau par camion. ACF a aussi mis à disposition dès mi-juin une personne pour collaborer directement au niveau de la DINEPA sur ces activités et ainsi permis à ACF de bien connaître les enjeux de couverture des zones au niveau de la capitale.

(e) De manière générale, on peut constater que l'absence de doléance "significative" de la part des autorités locales à propos de zones non couvertes ou devenues non prioritaires, illustrent bien la bonne répartition des zones d'intervention du projet, en termes de couverture géographique mais également en termes de niveau de priorité d'intervention. La couverture des zones du projet a été exploitée de manière autant raisonnée que possible et en tenant compte des capacités réelles d'ACF pour intervenir sur site.

(f) En plus des investigations spécifiques sur la sélection des sites, les équipes d'ACF ont développé tout au long du projet une série d'enquêtes plus ou moins approfondies qui ont bien aidé à améliorer le niveau de connaissances des zones mais aussi l'impact du choléra sur la situation contextuelle existante :

- Travail de proximité systématique dans de nombreuses zones, avec beaucoup d'acteurs locaux impliqués (CASEC, mairies, etc.),
- Enquêtes légères mais de portée assez significative (900 enquêtes) sur la connaissance des gens au sujet du cholera (après activités de sensibilisation),
- Etude de l'état des lieux WASH et corrélations éventuelles avec les données épidémiologiques de base,
- 2 enquêtes "Nutrition" et "Sécurité Alimentaire" à propos de l'impact du choléra sur ces problématiques.

• Nombre de personnes touchées par le projet

(a) Le nombre de bénéficiaires réellement ciblés par le projet est supérieur à celui de l'objectif initial. Les activités de distribution et de sensibilisation se sont basées sur le nombre fixe de 50 000 ménages. Il s'avère en fait que le nombre moyen de personnes par foyer tourne autour de 5,7 personnes; les activités de distribution et de sensibilisation directe concernent donc 285 000 personnes.

(b) Les activités du résultat 2 ont finalement concerné un nombre supplémentaire de points d'eau (environ 260 au lieu de 200 initialement prévus). Le nombre de personnes par point d'eau est basé sur une estimation théorique (satisfaisant largement les normes Sphère en terme d'accès : moins de 125 personnes par pompe à motricité humaine alors que l'indicateur Sphère est un maximum de 500 usagers) du nombre de personnes desservies. Dans la réalité, en l'absence de suivi détaillé de la consommation moyenne journalière aux points d'eau, il est très difficile de connaître le nombre exact de personnes qui bénéficient de ces points d'eau sécurisés. Les estimations rapides des équipes semblent montrer un taux d'utilisation élevé mais elles n'ont pas été confirmées par des inventaires chiffrés de terrain.

(c) Au moment de l'évaluation finale, il n'a pas été possible de quantifier le nombre réel de personnes utilisant les installations sanitaires construites dans le cadre du projet. Les 20 blocs de toilettes publiques en dur étaient encore en cours de construction. Il faudra prévoir une enquête post-projet pour valider la bonne utilisation des nouvelles infrastructures. Au niveau du nombre estimé de bénéficiaires, il n'est pas possible non plus de faire une extrapolation précise de la couverture des besoins. De manière générale, on peut supposer que les besoins de 20 000 personnes sont couverts au vu du nombre de visiteurs sur les marchés et les zones de regroupement. Mais sur cet aspect là, il manque aussi des données viables de comptabilisation et de mesure de la plus-value des toilettes construites en termes de couverture. Par exemple, il aurait été pertinent de proposer un indicateur mesurable en référence à l'indicateur Sphère pour des toilettes en dur par rapport au nombre d'étals sur le marché.

(d) Le nombre total de bénéficiaires ne prend pas en compte les personnes qui auront été touchées indirectement par les activités de sensibilisation de grande échelle. Il n'est pas possible de quantifier l'impact réel des campagnes sonores des camions dans les rues ou des messages radios. Toutefois, il est fortement supposé que ces actions ont bénéficié à un public plus vaste que les 250 000 personnes qui ont reçu des sensibilisations de proximité. De la même façon, il est très difficile de mesurer l'impact réel des formations de formateurs locaux (addition de bénéficiaires supplémentaires).

(e) Les actions de santé mentale ont été mises en place à petite échelle (le suivi individuel est par nature limitatif). Il n'existe pas d'objectif chiffré en termes de personnes ciblées dans le cadre logique du projet. Les moyens mis à disposition sont d'ailleurs limités et la mise en œuvre des activités a été faite en retard. Les activités de soutien psychologique ont un véritable sens dans ce contexte et interviennent de manière complémentaire. A l'avenir, elles méritent une meilleure considération au moment de la définition

du projet afin de s'assurer de la mise à disposition de plus gros moyens d'actions et ainsi cibler un public plus large.

• Niveau de couverture sur une zone

(a) La couverture géographique du projet d'ACF a été importante. L'ensemble des zones n'a pas pu être considéré au vu de l'échelle très vaste de la zone et le manque patent d'acteurs sur la réponse choléra. Il n'est pas envisageable de toute façon d'empêcher l'introduction du choléra dans une zone. Par contre, il est possible de limiter au maximum sa propagation par des actions rapides, significatives, efficaces et coordonnées. Le déploiement sur les zones de flambées a eu un impact significatif sur le contrôle de l'épidémie.

(b) Le contrôle du chlore résiduel notamment par les autorités gouvernementales dans les zones du réseau urbain à Gonaïves par exemple n'est pas été assez fréquent. Le risque de mauvaise protection de l'eau de consommation aux points du réseau d'eau existe. ACF ne peut intervenir pour des raisons légales / politiques. Dans un souci de contrôle maximal de l'épidémie, il serait bon d'appuyer le plaidoyer pour un meilleur contrôle de la chloration de l'eau distribuée en zone urbaine.

(c) La sélection des sites fait l'objet d'une analyse fine de plusieurs regroupements d'information afin de décider de manière appropriée et juste les sites d'intervention. ACF a utilisé au maximum sa connaissance des zones locales et son réseau d'acteurs; les informations sont aussi triangulées. Toutefois, il aurait pu être utilisé des outils d'analyse complémentaires pour affiner la sélection et améliorer le partage de l'information :

- (i) Il n'existe pas de véritable critère de sélection,
- (ii) De manière générale, la schématisation des zones d'intervention sur une carte aurait pu apporter un outil de visualisation intéressant en coordination interne ACF et avec les partenaires : discussions sur les zones choisies + partage d'information rapide + outil de reporting + lien pour activités d'information management du cluster WASH.

2.3.3 Cohérence

• L'intégration des différentes composantes du projet

(a) En plus des aspects de prise en charge médicale des malades (travail mené par les organisations spécialisées), les réponses aux enjeux propres à la santé publique au niveau des communautés est très important à considérer dans la lutte contre la propagation du choléra (eau potable, environnement salubre et communication). Les actions WASH sont alors la réponse la mieux adaptée. De la manière dont elle a été définie et mise en œuvre dans le cadre du montage du projet, la réponse WASH apportée par ACF correspond bien à l'approche "WASH" classique (intégration des 3 paramètres Eau Hygiène et Assainissement pour l'amélioration significative de la santé publique).

(b) La réponse d'ACF de lutte contre la propagation du choléra en Haïti propose aussi un équilibre intéressant entre les activités de type WASH (qui sont à juste titre prépondérantes), de distribution de kits d'hygiène, de santé mentale et d'autres domaines d'expertise d'ACF comme la nutrition, la sécurité alimentaire et autres activités périphériques.

(c) D'un point de vue opérationnel, ACF peut ainsi utiliser sa propre capacité locale pour mettre en œuvre les activités, de façon très réactive mais aussi de manière intégrée en proposant un panel de solutions de prévention contre le choléra très large et pertinent spécifiquement pour certains groupes de populations. A titre d'exemple, une personne malnutrie ne doit pas être réhydratée en suivant le même procédé que les autres malades afin d'adapter le traitement.

(d) Le "Pack Réponse Choléra" développé par ACF sur cette crise de choléra (WASH / Distribution / Nutrition / Santé Mentale / Autres) est multisectoriel, intégré et complémentaire. Il s'agit pour ACF de proposer une réponse complète au niveau de la prévention dans les communautés qui est basée sur les compétences reconnues de l'organisation et en lien avec son mandat de lutte contre la faim. ACF peut ainsi donner un vrai appui technique et opérationnel sur l'approche classique de lutte contre le choléra (santé, éducation, WASH). Il apporte aussi une expertise spécifique sur certains points comme la santé mentale, la nutrition, etc. Enfin, avec une bonne coordination avec les acteurs médicaux, ACF peut avec l'aide d'autres acteurs complémentaires comme MSF, fournir une aide relativement exhaustive en réponse aux flambées de choléra. Cela donne également un vrai poids à ACF pour mener des actions de

transfert de compétences, auprès des autorités et des acteurs locaux mais aussi au niveau du secteur WASH en général.

(e) En outre, afin de répondre aux besoins de grande ampleur du projet, ACF a divisé dès le départ les ressources du projet en différentes équipes sectorielles qui assurent un niveau de coordination très régulier. Le travail d'équipe dans l'ensemble est très bon. De manière générale, ce travail de réactivité associé à un environnement de travail connu et maîtrisé par ACF (utilisation de multiples réseaux locaux des programmes en cours : sécurité alimentaire, nutrition, WASH, santé mentale) est une des clés de la réussite du projet pour parvenir à tenir les engagements initiaux élevés sur un temps de réalisation très court (max. 5 mois).

• **Le niveau de coordination du projet avec les politiques nationales et le secteur WASH**

(a) Le niveau de coordination avec les instances gouvernementales est très bon. Il n'a été fait l'objet d'aucune critique de la part des autorités, au niveau national et local. La DINEPA considère qu'ACF respecte les prescriptions techniques nationales en matière d'eau et d'assainissement lorsqu'un projet est mis en place. Elle juge ACF comme un des acteurs leaders du secteur WASH et de la réponse post-séisme et choléra dans le pays. Il est même proposé à ACF de mieux partager ses retours d'expériences et sa vision technique et stratégique sur certains aspects innovants (dont la réponse choléra fait partie). ACF suit les recommandations techniques nationales du DINEPA. La présence d'un personnel ACF en quasi permanence dans les bureaux de la DINEPA pour faciliter la coordination de l'approvisionnement en eau par camion citerne des camps de déplacés à PaP, est un élément important de la bonne collaboration entre ACF et la DINEPA. Au niveau de l'Artibonite, l'implication est différente du fait du caractère moins développé des autorités locales. Néanmoins, ACF participe aux échanges de coordination de manière satisfaisante.

(b) L'impression générale des acteurs WASH en Haïti est qu'ACF est reconnu comme ayant une solide expérience dans l'évaluation des besoins et le développement stratégique du secteur WASH en situation de crise. ACF International fait partie des 3 ONGs en charge du "WASH Global Rapid Response Team". En Haïti, ACF joue un rôle moteur dans le travail des unités de coordination "cluster", notamment dans celui du WASH. ACF est activement présent aux différentes réunions sur PaP et à GO, ACF participe aussi aux groupes de travail du groupe sectoriel WASH (water-trucking, assainissement, promotion de l'hygiène). ACF fait partie du SAG et est représenté dans les différents travaux de groupe du Cluster WASH pour la définition des stratégies communes de réponse. Les grandes lignes définies dans le cadre du Cluster WASH sont suivies dans la mise en œuvre des actions du projet ACF.

UNICEF souhaite se désengager du cluster WASH de l'Artibonite et recherche un partenaire crédible dans la zone NOAH (souhait fort que ce soit ACF).

• **Le niveau de coordination du projet avec les autorités locales**

(a) ACF s'est bien coordonné avec les autorités nationales et départementales, les agences UN, la MINUSTAH et les ONGs pour la répartition des zones. ACF participe à l'effort de mise à jour des données (ex : ACF fournit les updates de la database des points d'eau dans l'Artibonite). La coordination avec les autres organisations humanitaires est satisfaisante (de excellente à modéré selon les organisations).

(b) Une des forces d'ACF est d'être très bien implanté dans la zone NOAH avant la crise. Sur PaP, ACF a poursuivi le programme post-séisme (renforcement des activités en cours pour les adapter aux besoins de la lutte contre le choléra).

• **Cohérence avec la politique des bailleurs de fonds**

(a) ACF travaille sur ce projet avec 4 bailleurs de fonds internationaux. Il devient plus difficile de s'accorder sur une ligne de conduite commune. Grâce au contexte d'urgence particulier (besoins immenses, réponse spécifique) et au développement d'une stratégie de réponse choléra de la DINEPA qui ont tous deux un peu standardisé la réponse WASH des acteurs de l'aide humanitaire sur le choléra, le montage du projet a pu être développé en gardant une cohérence d'intervention et en respectant les spécificités des bailleurs.

(b) Les demandes spécifiques se situent au niveau du financement d'activités spécifiques. Grâce aux règles de certains bailleurs de fonds qui répartissent le financement sur la globalité du projet (pourcentage de cofinancement), il a été possible de financer l'ensemble des activités souhaitées. L'utilisation de 3 monnaies (Euro, dollar américain et couronne suédoise) a compliqué le suivi budgétaire

mais sans toutefois posé de problèmes particuliers (grâce notamment à la création d'un outil de suivi spécifique).

(c) Les autres différences sont plus spécifiquement liées aux exigences de communication, avec des dates de rapport différentes. La langue de rapport est soit l'anglais ou le français.

2.3.4 Pertinence

• La stratégie de réponse d'ACF et les contextes d'intervention

(a) Comme mentionné précédemment, en choisissant de se focaliser sur les actions qui touchent les communautés directement et non pas les aspects médicaux de la maladie, ACF s'est orienté vers le domaine d'expertise le mieux approprié à ses compétences et capacités locales. L'apport d'expertises spécifiques d'ACF (en plus du domaine WASH), comme la nutrition, la distribution de kits ou la santé mentale est particulièrement approprié et permet d'apporter la meilleure plus-value possible. Cette stratégie pertinente assure aussi une très bonne coordination et complémentarité avec la réponse spécifique des partenaires médicaux.

(b) Les contextes sanitaires à risque ont été bien considérés. Les voies de transmission sont parfois complexes à identifier dans un contexte aussi large. Toutefois, il semblerait que les eaux de surface, de type rivière - ou les ressources en eau non protégés - soient contaminés. La désinfection de l'eau à domicile est mieux approprié (efficacité, rapidité) que la réhabilitation de points d'eau (qui prennent du temps et qui ne suppriment le risque de contamination au moment du stockage voire de l'utilisation de l'eau). L'autre aspect important à considérer est la transmission du vibrion cholérique par le contact entre personnes (la "maladie des mains sales"); les pratiques d'hygiène non adaptées – comme le lavage systématique des mains au savon – en sont la cause principale.

L'analyse de début de programme a été appropriée et permis d'aboutir à la définition de 2 objectifs prioritaires (prépondérants dans la lutte contre le choléra) :

- Réduction de la transmission de personne à personne avec des pratiques d'hygiène adaptées : grande campagne de communication de masse et en face-à-face, appui matériel au lavage des mains au savon et stockage d'eau.
- Désinfection des zones potentielles de contamination : points d'eau chlorés, distribution de produits de désinfection (aquatabs, clorox, etc.), marchés et zones de regroupement désinfectés, etc.

(c) Non prévues, la construction de latrines familiales sur le projet aurait en effet été difficile à mettre en place et n'aurait pas eu un impact immédiat. Le projet s'est donc concentré sur la diffusion des messages sur le besoin d'avoir des toilettes. La couverture en assainissement n'a pas forcément été très amélioré avec cette seule action de conseils / sensibilisation. Mais la nature du risque ne justifiait pas de se disperser dans un long et couteux travail de latrines en début de flambée. D'un point de vue des priorités, il vaut mieux en effet garantir un accès à l'eau sécurisé, pouvoir se laver les mains au savon régulièrement et bien comprendre comment réagir en cas de maladie.

Par contre, dans le cadre d'une phase future, il faut indéniablement considérer le faible taux de couverture en zone rurale en renforçant les actions liées à l'assainissement. ACF avait d'ailleurs identifié cet enjeu dans le document de stratégie pays 2010 comme un axe d'intervention prioritaire. Les efforts d'ACF dans ce sens ont soit été réalisés (exemple du projet en consortium avec ID et ADEMA dans le Nord Ouest : 1800 latrines de 2008 à 2011), soit ralenti par des difficultés d'obtention de financement (projet Assainissement Ville de Gonaïves écrit mais non financé par des bailleurs - fin 2009), soit en cours de considération (dans le Nord Artibonite, demandes des populations lors de projets précédents mais non encore écrit, projet Facilité Eau en cours de démarrage sur Bombardopolis : 4500 latrines sur la période 2011-2015). La prise de conscience du besoin sanitaire de toilettes qui s'est nettement améliorée depuis le début de la crise en octobre doit être utilisée comme une opportunité intéressante pour développer le secteur et lancer des actions innovatrices pour l'assainissement dans le pays.

• Le cadre logique et la logique d'intervention

(a) La logique d'intervention découle d'une analyse des besoins faite dans les jours qui ont suivi le début de l'épidémie, à partir d'informations qui n'étaient pas toutes disponibles sur le moment. La propagation et l'ampleur de l'épidémie était assez difficile à anticiper, mais le projet n'a pas été ralenti ou mis en difficulté

par des changements trop importants de la situation. Il semble que l'analyse des problèmes et des solutions qui en ont découlé a été bien établie dans l'optique de mettre en place des solutions qui proposent de bonnes barrières contre la transmission rapide du vibron cholérique. L'intervention est globalement définie de manière adaptée aux besoins réels.

(b) Le cadre logique respecte une logique d'intervention pertinente, dans laquelle on peut dire de manière générale que les activités proposées permettent d'atteindre les résultats fixés et mesurés par des indicateurs de résultats adaptés (hormis la désinfection des maisons). L'atteinte des résultats permet d'atteindre la réalisation de l'objectif spécifique du projet.

(c) Par rapport à la définition du projet, la variation majeure du cadre logique est l'abandon, à juste titre, des activités de désinfection des maisons. Pouvoir permettre à "80 % des sources de contamination situées dans les habitations, points d'eau et latrines suspectées d'être isolées et désinfectées dans un délai de 48 heures" est l'un des indicateurs du résultat 1 "La transmission interhumaine et hydro fécale du cholera est limitée et prévenue dans les ménages et les lieux publics." Cet indicateur n'est s'avéré ni réalisable ni approprié au contexte comme mesure prioritaire de lutte (voir les raisons détaillées plus bas dans le paragraphe "solutions techniques" du même chapitre page 23). L'atteinte du résultat 1 est suffisamment mesurable par le biais des 4 autres indicateurs du cadre logique.

Même s'il doit être difficile de prévoir précisément l'ampleur de l'épidémie, l'élaboration du projet qui se fait après 2 semaines de travail de terrain, doit pouvoir anticiper un problème de capacité d'intervention au niveau de cette activité en cas de propagation très grande (le risque de large épidémie étant en effet très fort à cette époque). De plus, les premiers jours de la crise ont déjà montré la stigmatisation très forte de la maladie. Il aurait mieux fallu donc ne pas l'inclure dans la conception du projet. Toutefois, ACF a très rapidement considéré les enjeux réels et a modifié ses activités de manière appropriée, comme c'est souvent le cas en situation d'urgence.

(d) Quant aux autres résultats et mesures de leur réalisation, l'ensemble est bien défini. Toutefois, il faut noter que les activités du projet ont été réparties sur une aire géographique trop importante afin de palier le manque d'acteurs présents sur la zone. Il a été difficile d'estimer précisément l'efficacité de l'intervention et donc de rendre difficile la mesure de son impact. A ce titre, même s'il ne s'agit pas d'un réel enjeu (c'est-à-dire en l'absence de signaux de dysfonctionnement ou d'éventuels problèmes à ce niveau), on peut néanmoins remarquer que certaines sources de vérifications ne permettent pas vraiment d'établir le nombre précis de personnes qui utilisent réellement les infrastructures collectives (points d'eau et latrines). En effet, il n'existe pas de suivi précis de leur utilisation, comme le nombre d'utilisateurs par période ou temps d'utilisation des pompes ou calcul du nombre de personnes qui utilisent les cabines un jour de marché ou somme d'argent collectée pour l'entretien des latrines, etc. Ainsi, par exemple, l'unité mobile de potabilisation qui produit 40m³ par jour fournit-elle réellement de l'eau à 6 000 personnes (selon les calculs théoriques de l'équipe ACF) ?

(e) Certains objectifs chiffrés (comme la quantité d'eau potable disponible par personne et par jour) sont inférieurs aux indicateurs des normes Sphère. Toutefois, étant définis par le groupe cluster WASH depuis la réponse au séisme de janvier 2010 (et remis à jour pour s'adapter aux exigences de la lutte contre le cholera), ils correspondent le mieux aux besoins réels des populations locales.

(f) Au niveau des actions de santé mentale / soutien psychologique, il aurait été plus pertinent de mettre un indicateur de résultat qui révèle de véritables objectifs sur le projet. L'équipe dédiée à ces activités en a défini en interne pour leur propre plan d'action. Toutefois, le rajouter dans le cadre logique oblige également à mettre en place des moyens conséquents pour y arriver et permettre de mieux valoriser cet aspect du projet.

• Les risques et hypothèses

(a) Les risques et hypothèses du projet ont été définis de manière pertinente. Hormis celui mentionné ci-dessous, les autres risques et hypothèses n'ont pas eu lieu.

(b) Le risque "Les intrants nécessaires aux distributions et à l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement sont disponibles auprès des partenaires et/ou auprès des fournisseurs" est apparu, avec de réelles difficultés d'approvisionnement qui ont posé de gros problèmes aux équipes opérationnelles pour réaliser les activités dans les temps, notamment en ce qui concerne les distributions de kits d'hygiène aux ménages et la mise en place des ateliers de production locale de chlore. Il est difficile de dire comment ACF aurait pu mieux s'en prémunir; les contrats d'achats avec les fournisseurs n'ont pas pu être analysés.

• Le phasage du projet et le type de réponses

La réponse d'ACF peut être classée en 4 catégories depuis le début de l'épidémie de choléra.

- (i) La phase d'urgence aigue, qui a pour but de stabiliser la situation et protéger la santé en assurant les priorités. Le projet a proposé des solutions à grande échelle de manière très réactive. Ce fut la période du début de projet jusqu'à la fin de l'année 2010, période durant laquelle ACF a mis en place des actions de réponses d'urgence rapides et adaptées à la prévention du choléra en première phase d'urgence.
- (ii) La phase de situation stabilisée (et chronique) qui permet de surveiller les conditions et réagir aux nouvelles flambées. Cette phase a très bien été considérée durant le projet, avec une légère tendance à le faire au détriment de la 3^e phase qui serait :
- (iii) La phase de consolidation des améliorations obtenues et l'établissement de la réhabilitation pérenne. Moins développé que la phase précédente, cet aspect de la réponse aurait mérité plus d'attention (mais donc de temps et de moyens) pour mieux sécuriser les zones touchées par l'épidémie.
- (iv) La phase de retour à la normale et de préparation aux futures crises : difficilement intégrable dans un projet de 5 mois, et mis en œuvre à moindre mesure avec les actions de formation des acteurs locaux, il s'agit néanmoins d'une phase essentielle d'une réponse choléra. Il est indispensable de continuer sur ce genre d'actions après la fin de ce projet.

• L'analyse des vulnérabilités et le ciblage des zones :

(a) Les besoins sont importants, avec peu de capacité existante et d'acteurs présents sur la zone NOAH.

(b) La réponse à base communautaire de contrôle de la propagation de l'épidémie doit toucher l'ensemble des ménages car les modes de contamination sont variés. Les personnes les plus vulnérables restent les mêmes que pour une réponse classique WASH, avec un degré moindre les enfants de moins de 5 ans. Les personnes diminués par des maladies, la malnutrition, le VIH/SIDA ou à mobilité réduite sont donc des groupes de populations vulnérables. Le projet a particulièrement incorporé la problématique de la malnutrition, en adaptant le traitement aux personnes malnutries touchées par le choléra.

(c) Les zones surpeuplées sont les zones à risque élevé de propagation. La zone urbaine de PaP devient très vulnérable, notamment à cause des conséquences du séisme et des zones de campements. En contrepartie, l'aide humanitaire est plutôt bien répartie et opérationnelle. En comparaison, la zone rurale NOAH qui a un très faible accès à l'eau et l'assainissement et un accès aux soins très limité est à risque (les données épidémiologiques montrent l'impact sur les départements concernés).

• L'adéquation du projet avec le respect du système local et communautaire, les coutumes et la culture locale

(a) Au niveau des autorités locales et communautés, le projet a bien intégré les problématiques locales. Les parties prenantes locales montrent d'ailleurs leur satisfaction (par exemple, les CASEC, responsables d'écoles ou de dispensaires interrogés ainsi que la DINEPA). Cette bonne synergie entre ACF et les acteurs locaux s'expliquent de plusieurs façons :

- ACF s'appuie sur une expérience de 25 ans dans le pays,
- ACF a montré tout au long du projet une réelle volonté de travail en collaboration, avec par exemple :
 - Un niveau d'échange informel et de coordination avec les instances départementales important,
 - L'implication importante et régulière des CASEC & ASEC.
 - Le travail de proximité avec les mairies, les centres de santé, les écoles et autres acteurs clés locaux pour l'appui puis la duplication des actions (valable pour toutes les activités).
- ACF a intégré les problématiques des croyances locales (très fortes et dans un contexte de méconnaissance de la maladie) dans la réponse à l'épidémie :
 - Prise en compte dans les sessions de sensibilisation et travail spécifique de sensibilisation avec les vaudous (séances de formation des formateurs).
 - Travail psychosocial qui permet de mieux comprendre la situation, les craintes et les enjeux sociaux, ainsi que de répondre aux problèmes de croyances. Ces actions participent à la diminution progressive de la stigmatisation de la maladie.

- ACF a proposé des solutions techniques adaptés au contexte local, comme :
 - La distribution de "Bokits" (seau avec couvercle et robinet) qui existe déjà sur le marché local
 - La réhabilitation des points d'eau existants, avec le renforcement des structures locales en place,
 - L'aménagement de latrines publiques dans les camps (solution à court terme mais qui sont correctement utilisées et entretenues),
 - Messages de sensibilisation adaptés avec des moyens locaux de communication (radio locale, groupe de théâtre, brigadiers communaux, etc.).
 - D'autres solutions techniques peuvent être considérées comme moins appropriées au contexte et devront être mieux pris en compte dans le cadre de futures interventions :
 - Distribution de filtres à céramiques / charbon à actif
 - Pulvérisation systématique des maisons.

(b) Le montage du projet s'est effectué très rapidement, ce qui a d'ailleurs permis une très bonne capacité de réponse d'ACF dans les premières semaines de l'urgence. Dans ce genre de situation, l'implication des bénéficiaires et des autorités locales dans l'analyse des problèmes et la définition des solutions est moindre. Toutefois, sur le projet, il n'a pas été ressenti de problème particulier à ce sujet; les communautés bénéficiaires montrent un degré élevé de satisfaction et une bonne appréciation générale du travail d'ACF. Pour mitiger au maximum le risque de déséquilibre entre les besoins et les solutions proposées, les prochaines interventions, mieux préparées grâce aux leçons d'expériences pourront intégrer mieux la prise en compte des populations locales dans la conception de la réponse. Cela est d'ailleurs un paramètre non négligeable quant à la notion de durabilité des actions (*voir paragraphe 2.3.7. Pérennité*).

• Les solutions techniques

(a) De manière générale, l'approche technique est pertinente pour une réponse d'urgence à un début d'épidémie de choléra sur une zone vaste. En outre, elle est appropriée à la situation contextuelle et avec les capacités locales existantes.

(b) Une partie importante du projet a été la distribution d'urgence auprès de 50 000 familles. Les kits sont appropriés avec un contenu donnant des moyens de lutte à chaque famille de façon rapide et efficace. La durée d'utilisation des consommables (savon, aquatabs) a été le plus souvent de 15 jours. Il est difficile de vraiment mesurer quel aurait été l'impact sur le contrôle de l'épidémie si les kits avaient été dimensionnés pour des périodes plus grandes. En tout cas, les équipes ACF ont systématiquement tenu compte du niveau de taux d'attaque dans les zones concernées pour ajuster le contenu si besoin. Par conséquent, les kits distribués correspondaient au moins aux besoins prioritaires ; une solution à plus long terme devant ensuite être trouvée par les communautés elles-mêmes une fois le pic de l'épidémie maîtrisée.

(c) Au niveau des actions de désinfection de l'eau de boisson, les types de solutions proposées répondent bien aux problématiques en fonction de la situation. En règle générale, les populations ont reçu de l'eau chlorée et ont pu se protéger d'une contamination par consommation d'eau polluée (qui est souvent le moyen de propagation le plus rapide). Cependant, il est identifié quelques points qui méritent quelques modifications à l'avenir :

- Les tablettes d'aquatabs ne correspondaient pas toujours aux prescriptions. Il s'agit apparemment d'un problème d'approvisionnement à l'échelle nationale (au-delà de l'action d'ACF). Dans le cadre de futures réponses, s'il s'avère répété, ce problème remettrait fortement en cause la pertinence d'utilisation de ces tablettes.
- La chloration à la seringue aux points d'eau est un excellent moyen de désinfection et une "pique de rappel" quotidienne pour les usagers en matière de prévention et de désinfection des récipients et de l'eau à consommer. L'investissement est plutôt faible par rapport aux bénéfices apportés. Par contre, il comporte de gros enjeux de pérennité en termes de gestion efficace et permanente des points d'eau.
- Les zones rurales s'approvisionnent parfois au niveau des rivières, qui peuvent présenter des niveaux de turbidité trop élevées (supérieur à 20NTU, notamment lors d'événements pluvieux) pour une simple désinfection au chlore. ACF a donc choisi de fournir des filtres à céramiques. Bien que l'objectif de proposer un accès à l'eau potable aux familles qui l'utilisent a été atteint (et donc par ce biais un très bon niveau de contrôle du choléra), le choix de cette technologie peut être discuté :

- Les problèmes d'approvisionnement remettent fortement en cause l'efficience du produit, surtout au niveau de la durée de l'amélioration proposée aux populations,
- Le produit n'est pas présent sur le marché local et pour la plupart des familles est inabordable financièrement pour les populations,
- Des actions simples de filtration sur tissu ou de filtre à sable grossier pourraient atteindre les mêmes résultats

Par conséquent, bien que le système de filtre à céramique / à charbon actif ait produit des bons résultats en terme de qualité d'eau, il semble plus pertinent que dans le cadre de futures interventions (ou dans le cadre de la préparation et prévention à d'autres flambées), d'autres technologies, plus adaptées au contexte local, soient développées (autres filtres à céramiques, biosand, production locale de céramiques, réhabilitation d'ouvrages hydrauliques, etc.).

- Quant à la question de bouillir l'eau, elle n'est pas très bien énoncée dans les messages de sensibilisation alors qu'il s'agit du moyen le plus efficace de désinfection (malgré l'absence de rémanence). Les questions environnementales sont bien entendu à considérer et faire bouillir l'eau de manière systématique pourrait apporter d'autres problèmes. Toutefois, dans le cadre d'une action de prévention d'urgence (et donc de courte durée), il peut s'agir d'un moyen de substitution dans les zones dépourvues d'autres moyens de désinfection. En tout cas, cette action de prévention mérite d'être considérée comme "solution de dernier ressort" plutôt qu'une absence de traitement de l'eau. Les documents de formation d'ACF indiquent un temps de bouillonnement de 20 minutes, ce qui est beaucoup trop. L'OMS recommande d'atteindre le point de bouillonnement pendant une minute seulement.
- A PaP, les activités d'approvisionnement en eau par camion citerne ont continué à bien fonctionner après l'épidémie, repoussant l'échéance de fin de ce système d'approvisionnement. Le renforcement des activités post-séisme de distribution d'eau gratuite a eu un impact marqué dans le contrôle de l'épidémie. Dans les semaines à venir, il est prévu un vaste programme de passation des activités des ONGs. Bien qu'il soit approprié de tendre vers cette sortie de l'approvisionnement gratuit par camion citerne, il faudra faire très attention au risque de perdre en qualité de prévention (qu'en sera-t-il du taux de chloration de l'eau distribuée ?); un suivi attentif dans les mois à venir est conseillé.
- ACF a installé une unité mobile de production d'eau potable (40m³ jour). Le niveau de maîtrise technique (formation et maintenance) est correct et permet un bon fonctionnement du système. Le désengagement des équipements – et éventuellement du service d'accès à l'eau pour la communauté – peut être source de tensions dans les quartiers populaires. Pour éviter toute difficulté dans les quartiers populaires difficiles, ACF a établi un travail sérieux avec les acteurs locaux (écoles, CASEC, etc.) pour définir ensemble la meilleure solution alternative d'alimentation en eau. Dans ce cas là, il s'agit de réhabiliter le réseau d'eau potable du lycée et de proposer un ou deux points d'eau à l'extérieur pour le voisinage (risque d'arrêt du service en cas de panne). Ce genre d'approche qui associe la réponse d'urgence et le passage à un système plus durable (jouant aussi le rôle de prévention en continu de futures épidémies de choléra) dans un contexte communautaire compliqué, est à encourager systématiquement.
- Le projet de réponse au choléra s'est appuyé sur le travail en cours du programme ACF "WASH et prévention des risques" aux Gonaïves qui propose le lancement à titre pilote d'ateliers de production locale de chlore (via le procédé Antenna WATA). La technologie est très pertinente et mérite d'être considérée. Toutefois, il faut bien tenir compte du fait que ce procédé reste d'une part à l'échelle de test (peu de retours d'expériences à ce stade et quel réel potentiel de développement en zone urbaine : concurrence d'autres produits chlorés ?) et que les enjeux de gestion à long terme des structures créés restent élevés. En parallèle, ce choix de technologies pourraient avoir des débouchés intéressants dans les zones reculées où le prix de produits de désinfection est bien plus élevé et l'accès aux soins plus faible. En tout cas, le développement de ce genre d'actions doit absolument faire l'objet d'un suivi très précis d'ACF et de partenaires locaux éventuels pour assurer un fonctionnement de la structure sur le long terme.

(d) Les campagnes de sensibilisation ont été réalisées à une échelle large et ont utilisé des moyens de communication très variés et complets. Les messages sont adaptés, avec l'utilisation du créole et d'images représentatives. Ils sont véhiculés par des acteurs clés locaux, comme les CASEC & ASEC mais aussi les vaudous et chefs religieux. La formation de formateurs locaux (acteurs clés ou personnes volontaires des communautés) est aussi un très bon moyen pour toucher le maximum de personnes. Enfin il existe un bon équilibre entre les messages disséminés de manière individuelle (en "face-à-face") et les communications de masse. Par conséquent, ce plan d'action est recommandé dans ce type de

crise. Il est néanmoins important de rappeler que les changements de pratiques ne s'obtiennent mieux après de longues séances participatives avec les personnes intéressées. Dans ce contexte, il est évident que les modifications de comportements risquent de ne pas durer sans effort supplémentaire post-projet : travail participatif selon les méthodes PHAST et/ou CLTS, groupes de discussions, étude CAP, travail anthropologique détaillé pour ancrer sur le long terme les changements relatifs à l'hygiène. Des piqures de rappel régulières semblent également nécessaires avec l'aide des acteurs locaux qu'il faudrait continuer à soutenir.

(e) La construction de toilettes publiques dans de grandes zones publiques comme les marchés est nécessaire. La mise à disposition d'infrastructures sanitaires dans les centres de santé semble être d'autant plus indispensable en période d'épidémie de choléra. Considérant les besoins au moment de la mise en route de l'activité assainissement (début 2011), il s'est avéré plus opportun de modifier la décision de construire des latrines d'urgence en des installations durables. Toutefois, le cadre général du projet (temps très court, peu de personnels à disposition, manque de travail de fond sur la contribution communautaire) n'y était pas vraiment favorable. Les résultats sont donc atteints en termes de réalisation d'infrastructures mais avec une faible plus-value sur la pérennité. En plus de la réduction de la défection à l'air libre, et par extension l'amélioration de la dignité et de zones d'intimité en zone dense, les toilettes permettent de renforcer les messages de sensibilisation par des infrastructures adéquates disponibles. La promotion du lavage des mains est mise en avant de manière pratique.

D'un point de vue de la conception des ouvrages, il est noté que :

- Il est très compliqué de demander des contributions de la population, en nature (sable, gravier), sur un temps de construction court et qui plus est pour des installations sanitaires publiques.
- les fosses nécessitent une vidange régulière (fosse étanche) par un groupe de population spécifique en marge de la société, communément appelés "Bayaku". En plus des risques sanitaires encourus, ce groupe minoritaire semble être très vulnérable socialement.
- L'estimation du nombre de cabines par rapport à un nombre maximal d'utilisateurs est un peu floue (pas de référence à l'indicateur Sphère qui propose un nombre de cabines pour 20 étals sur un marché par exemple).
- La gestion future des installations est un paramètre primordiale de bonne utilisation (taux d'utilisation et contrôle des vecteurs) à terme des toilettes publiques. Un système de gestion est rapidement mis en place mais présente des risques élevés de non pérennité.

(f) Dans les fossés ouverts (gorgés d'eaux usées et obstrués par les déchets ménagers) des zones urbaines et périurbaines (comme aux Gonaïves), il y a la présence du vibron cholérique sans doute. L'environnement est particulièrement insalubre lors d'événements pluvieux. De plus, ces eaux usées ont la mer comme exutoire, qui se trouve être un terrain favorable de stabilisation de la bactérie dans le milieu naturel. Il n'y a pas eu d'action spécifique dans ce domaine, on peut en effet considérer qu'il ne s'agit pas là du risque majeur de transmission. A plus long terme, cette problématique devra être résolue pour lutter définitivement contre le choléra.

(g) La pulvérisation à grande échelle des zones de rassemblement public est bénéfique. Par contre, la désinfection des maisons de personnes contaminées a été rapidement déprogrammée. La rédaction de proposition d'action en situation d'urgence est parfois aussi sujette à l'évolution des contextes. En plus du fait de l'ampleur de l'épidémie, l'annulation d'une activité comme la désinfection des maisons est totalement justifiée pour les raisons suivantes :

- Il aurait vraiment été inapproprié de désinfecter des maisons alors que les populations stigmatisent grandement les personnes atteintes de la maladie (même au niveau d'une famille).
- En outre, il est très difficile de pouvoir intervenir rapidement (sinon aucun impact des pulvérisations) sur chaque maison, ce qui implique une organisation complexe, coûteuse et très efficace.
- De manière générale, la pulvérisation des habitations de personnes malades peut donner un sentiment de protection qui va à l'encontre de la réalité et des messages de sensibilisation en cours.
- Aussi, il faut tenir compte que seulement 15 à 20% des personnes vecteurs de la maladie sont symptomatiques et donc déclarées.

Les bénéfices de cette action sont par conséquent relativement faibles au niveau de la lutte contre la maladie. Cette analyse doit toutefois rester sujette à une évaluation systématique en fonction des besoins réels. S'il s'avère que la pertinence et le rapport bénéfices engendrés / moyens de mise en œuvre est

plus haut, ACF pourrait éventuellement collaborer avec des acteurs locaux sur cette activité, mais ne pas le faire soi-même.

(h) Les activités de soutien psychosocial sont utiles et apportent une aide peu considérée aux personnes touchées directement ou indirectement par la maladie par des ateliers de discussions et des aides personnalisées. Pour être bien intégrées et mieux valorisées par les populations bénéficiaires, ses actions doivent être mises en place en parallèle aux actions de distributions sur les sites pour être en support d'aide matérielle. La présence de spécialistes sur les 2 premiers mois de la crise est primordiale.

(i) Au niveau des activités en marge du projet, les actions sur l'hygiène alimentaire doivent aussi être significatives afin de limiter la propagation par ce biais. ACF a une expertise certaine dans ce domaine qu'il conviendrait de mieux utiliser.

Quant à la gestion des cadavres, sans rentrer dans les considérations médicales, des actions de protection (pulvérisation des corps) sont importantes à réaliser et demande surtout des compétences d'approche spécifique des communautés.

2.3.5 Efficacité

• Atteinte des objectifs

(a) A la date de réalisation de l'évaluation finale, si l'on excepte le cas de la désinfection des maisons qui, comme décrit dans le paragraphe précédent, n'était pas approprié et sans effet véritable sur la réalisation des objectifs, les résultats du projet sont sur le point d'être tous atteints à 100%.

(b) En suivant la planification des derniers jours du projet, les indicateurs de résultats devraient ainsi tous au moins atteindre le minimum chiffré dans le cadre logique. Cette analyse reste un peu moins mesurable pour le résultat 2 qui, comme décrit dans le paragraphe précédent, a des indicateurs de résultats difficilement mesurables. L'atteinte de ce résultat est plus basée sur des estimations ou des considérations théoriques; de ce point de vue là, les indicateurs sont atteints. Les observations de terrain ne semblent pas faire remonter de problème particulier.

(c) La production des résultats a été échelonnée durant le projet. Pour certains d'entre eux (latrines publiques, distribution de kits d'hygiène, production de chlore), des retards dans la réalisation des activités sont apparus. Ils ne proviennent pas d'un problème d'approche ou de conception d'action mais ils sont dus à des aspects opérationnels pratiques (retard de mise à disposition de ressources humaines spécifiques et problème de délai d'approvisionnement).

(d) La finalité du projet est aboutie de manière satisfaisante dans son ensemble. L'élément de pondération de cette analyse est lié à l'estimation de la période (courte) durant laquelle le projet va avoir un réel impact. Effectivement, l'efficacité des barrières des voies de transmission de la maladie devrait nettement s'estomper avec le temps (quelques semaines ou quelques mois ?), sans suivi et soutien relativement proche des structures mises en place pour la gestion des installations construites ou réhabilitées. Cet aspect reste malgré tout en marge des attentes initiales du projet; il ne faut donc pas porter de jugement trop sévère sur l'efficacité du projet par rapport à ce point. Toutefois, il doit absolument être pris en considération dans les actions à engager dès la fin du projet (*voir paragraphe 2.3.7. Pérennité*).

• Mise en œuvre des activités selon le planning prévisionnel

(a) La durée du projet initialement prévue sur 3 mois est trop courte pour toucher les 250 000 bénéficiaires et pour avec un budget de 2,9 millions trop difficile. Le projet a d'ailleurs été étendu à 2 mois supplémentaires. ACF a fait preuve d'une bonne réactivité et d'une bonne communication auprès des bailleurs de fonds pour obtenir les extensions contractuelles nécessaires (sans cout supplémentaire), qui sont justifiées au vu de la situation.

(b) Les activités pour atteindre le résultat 1 "*La transmission interhumaine et hydro fécale du choléra est limitée et prévenue dans les ménages et les lieux publics*" ont d'abord eu lieu durant une première phase de réponse très rapide. La 2e vague de distribution des kits a du être décalée en attente de la livraison de matériels. Toutefois, il n'y a pas eu de conséquence préjudiciable sur le projet car cette série de kits est moins soumise à un respect strict du planning (de par la nature des besoins : filtres à céramiques et absence d'ORS).

(c) Les activités de soutien psychologique n'ont pas pu démarrer en temps voulu. Les besoins en début de projet étaient considérables; le décalage des premières activités de terrain au début 2011 a donc réduit la finalité de ces actions. Le manque de personnel disponible mais aussi le manque de considération des moyens de mettre en place les activités ont les deux causes principales qu'ACF devra améliorer dans le futur pour optimiser l'impact de ce genre d'actions.

(d) Les activités du résultat 2 "*La propagation de la maladie est prévenue via l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à des infrastructures sanitaires d'urgence adéquates de la population des zones ciblées*" a subi des retards au niveau de la mise en place des activités de production locale de chlore et les aménagements de latrines (raisons évoquées ci-dessus).

(e) Les activités du résultat 3 "*L'accès à l'eau potable et les conditions d'hygiène sont améliorées dans les hôpitaux, centres de santé de l'Artibonite, du Nord Ouest et dans les lieux d'accueil d'ACF, et la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est assurée dans les CTC du Haut Artibonite*" ont été réalisées plutôt dans les temps. Seuls quelques retards en début de programme (les équipes n'étaient pas totalement finalisées) ont été remarqués sans aucun préjudice à la fin du projet.

(f) Les activités du projet sont réalisées dans le cadre de la durée du projet (extension incluse). Parfois, le planning initial a été modifié à cause d'aspects opérationnels pratiques, mais dans une limite acceptable / raisonnable. Au final, les activités seront toutes réalisées dans un délai dépassant la fin du projet de 15 jours en avril, pour finir quelques activités trop pénalisées par les retards d'approvisionnement. ACF a montré malgré tout une très bonne capacité de réalisation d'une quantité élevée d'activités dans un laps de temps très court. De plus, la prise en charge par elle-même des 15 jours supplémentaires d'activités pour finaliser correctement le projet est une marque de volonté de travail accompli et l'assurance que sur des programmes d'urgence courts, ACF a la capacité de trouver les arrangements hors soutien de bailleurs pour effectuer l'ensemble des tâches auxquelles le projet s'est engagé.

(g) Le projet a été mis en œuvre sur la base de la rédaction d'une proposition d'action effectuée quelques jours après le début de la crise. Il est normal que des modifications du plan d'action apparaissent et de se garder une certaine flexibilité. Les changements ont permis de réaliser les objectifs du projet. ACF a respecté les procédures contractuelles en demandant une extension de projet (sans cout supplémentaire); la demande a été acceptée par les bailleurs de fonds.

• **Modifications d'activités**

(a) Les activités de désinfection des maisons ont été annulées à juste titre. Les activités de désinfection n'ont concernées que les lieux de rassemblement public. De plus, ACF a donné des pulvérisateurs à la mairie de St-Michel de L'Attalaye pour que des brigadiers communaux, formés et soutenus financièrement par ACF le premier mois, puissent effectuer des désinfections de lieux publics régulièrement par la suite. Cette initiative locale, lancée par la maire de la commune (qui est aussi présidente de l'Association des Maires de l'Artibonite) n'a pas été reprise par les autres communes. Cela aurait mérité plus de considération de la part des élus locaux, ACF pouvant soutenir ce genre d'actions locales qui s'inscrit aussi dans une meilleure prévention à terme.

(b) Les activités d'assainissement ont été modifiées pour passer du plan de construire des latrines publiques d'urgence à des toilettes publiques en dur sur les marchés et hôpitaux. Ce changement de stratégie est apparu après des retards de mise en œuvre des activités. Les besoins étaient effectivement moins à propos de structures d'urgence en bâche plastique. Par contre, les retards de mise en route de l'activité assainissement est en partie du à un manque de ressources humaines "assainissement", dédiées à cette activité propre. Mises en œuvre vraiment sur la fin de projet, le risque d'échec de gestion des ouvrages devient plus grand car le travail de collaboration a été moins poussé. Un suivi post-projet devient donc nécessaire. Enfin, un site a été abandonné par manque d'accord de collaboration; il devient dans ce cas-là impossible pour l'équipe de développer une nouvelle collaboration sur un autre site en quelques semaines.

(c) Certaines activités comme la sensibilisation ou la protection des ouvrages hydrauliques ont dépassé les ambitions du projet, dans le sens où il a été fait plus que prévu. Les besoins étaient présents et ces actions ont apporté une réelle plus-value à la situation des populations. De même, l'étude WASH a fait un état des lieux plutôt exhaustif (16 000 entretiens au lieu de 5 000 initialement planifiés) d'une grande partie des sites. En considérant d'autres critères d'appréciation comme la pérennité ou la sortie de crise, il est noté que des activités comme l'assainissement ou bien la production locale de chlore sont fragilisés à terme par un manque de temps disponible durant le projet. La question est alors posée de savoir quelle priorité fallait-il accorder une fois le minimum atteint sur certaines activités. Fallait-il réaffecter le personnel sur d'autres activités qui avaient besoin de plus de moyens ? La réponse n'est pas évidente et

reste un choix stratégique d'ACF à un moment donné du projet. Les engagements contractuels restent tout de même atteints; l'enjeu était surtout un choix des priorités.

2.3.6 Efficience

• Sécurité :

(a) Le projet n'a pas été perturbé par des incidents de sécurité. ACF a une politique de déplacement du personnel expatrié très stricte (plan de sécurité, chaîne de commandements, procédures radios, etc.). Par moment, des visites terrains ont été annulées pour des raisons de contexte politique. Mais de manière générale, Mis à part les surcoûts budgétaires et la contrainte morale de déplacements très limités en dehors du cadre professionnel, la sécurité n'a pas été une véritable contrainte pour la mise en place des activités.

(b) Les dispositifs de protection contre le choléra dans les locaux ACF (pédiluves, points de lavage des mains systématique à l'entrée de chaque bureau et maison ACF, messages de sensibilisation et formation spécifique du personnel) sont satisfaisants.

(c) ACF est une organisation très bien acceptée sur les sites du projet et dans les zones d'intervention, notamment aux Gonaïves et à Port-de-Paix où la situation est moins tendue. Des efforts sont faits pour bien communiquer avec les responsables locaux et éviter les conflits potentiels : les risques sont réduits et l'approche est bonne.

• Ressources humaines

(a) Le projet, de grande ampleur sur une période courte, a mobilisé un nombre important de personnel expatriés et nationaux. Le remplacement des personnels internationaux est trop récurrent : quasiment tous les postes expatriés ont été occupés par au moins 2 personnes, sur une période totale de 5 mois. La perte d'information et d'efficacité entre 2 contrats peut ainsi être très importante et préjudiciable sur une période aussi courte de programmes. Heureusement grâce à la qualité de la gestion des équipes et des profils de personnes, cet aspect a été relativement modéré. La communication liée à la gestion du personnel est défectueuse : à quelques jours de leur fin de contrat (ou de lieu d'affectation pour les personnels longue durée), très peu de personnels ont une vision claire de leur avenir. Alors que la majorité du personnel semble satisfait de travailler pour ACF, il s'agit d'un aspect de mécontentement assez généralisé du personnel (principalement provenant du personnel national mais de quelques personnes expatriées également).

(b) La qualité du management, à différents niveaux (local sur les Gonaïves et PdP, national sur PaP et le soutien du siège d'ACF France) est une raison importante de la réussite du projet. La création d'un poste de responsable du projet (Program Coordinator) était nécessaire et a été un plus important. La plupart du personnel avait une faible expérience dans la réponse spécifique au choléra. Grâce à un grand investissement et une capacité d'apprentissage très rapide, ACF est arrivé à mettre à niveau les compétences professionnelles suffisantes pour réaliser le projet. Le personnel a reçu des formations systématiques "choléra" et des spécialistes du siège sont venus apporter leur expertise.

(c) Bien que le projet a dans l'ensemble fourni les ressources humaines adaptées à la charge de travail, il ressort que certains postes pourraient être renforcés, comme par exemple :

- Pour un projet d'une telle ampleur financière, il faut absolument une personne "responsable financier" détachée à plein temps sur la totalité du projet,
- Les activités Assainissement ont pris du retard principalement à cause d'une surcharge de travail de l'équipe WASH dans les premiers mois. La mise à disposition d'une équipe spécifique Assainissement (responsable, techniciens, facilitateurs sociaux) aurait permis de mettre en place des actions plus pertinentes aux besoins réels en début de projet.
- Les activités de santé mentale n'ont pas apporté la plus-value souhaitée lors des 2 premiers mois du projet. Il s'agit de compétences nouvelles et difficiles à identifier (spécialiste psychosocial expatrié et personnel psychologue national à former). Il semble primordial de développer un vivier de personnes ressources, prêtes à intervenir dans l'immédiat en situation d'urgence.

(d) Tout en considérant que la situation de réponse d'urgence nécessite du personnel compétent et efficace rapidement, le ratio entre le nombre de personnel international et national est plutôt élevé. Il semble que certains cadres nationaux possèdent de bonnes compétences avec un réel potentiel de prise

de responsabilité à terme. Sur certains postes, il est apparu que la présence d'un expatrié n'apporte de plus-values évidentes par rapport au personnel existant (surtout dans le contexte de différences culturelles, de travail et de méconnaissance du projet). Il faut éviter à terme de systématiquement rechercher un poste expatrié mais tendre vers une vraie politique de transfert de compétences du personnel national, notamment en renforçant les capacités d'intervention en contexte spécifique d'urgence comme une crise de choléra, et en développant les compétences managériales.

(e) En parallèle, il faut aussi s'assurer de la mise à disposition immédiate des expertises requises au moment des besoins primordiaux (notamment en début de crise). Malgré l'aide bienvenue du pool urgence d'ACF France, le projet a par moment été mis en difficulté par le manque de personnels adaptés au moment voulu. La recherche de compétences humaines est délicate, surtout en situation d'urgence. Un vivier de personnes ressources, expertes et disponibles en soutien (formation, mise en œuvre des stratégies, évaluations internes régulières, capitalisation technique) sur des périodes courtes en début de crise, est vraiment une des clés de la réussite de programmes d'urgence.

(f) Enfin, les programmes en cours d'ACF n'ont pas subi de la mise en œuvre de ce large projet d'urgence sur les mêmes zones, certaines actions étant même réalisées en complémentarité. Tirant les leçons apprises lors du séisme de 2010, ACF a choisi en début de projet de ne pas utiliser le personnel des programmes en cours et de travailler avec des ressources humaines déployées spécifiquement pour la réponse au choléra.

• **Logistique**

Le support de la logistique a été bon dans l'ensemble. Les moyens semblent suffisants et ne pas poser de contraintes particulières dans le déroulement des activités.

La gestion du parc de véhicules et des déplacements sur site est organisée de manière à assurer un bon soutien logistique aux équipes opérationnelles.

En termes d'approvisionnement du matériel, il y a eu 2 gros problèmes qui ont mis en difficulté l'exécution du programme :

- Retard et erreur d'approvisionnement du fournisseur Essence qui n'a pas respecté les engagements contractuels sur la fourniture des kits d'hygiène, en particulier le type de filtres à céramiques.
- Délai entre le lancement de la commande sur le terrain et la livraison des équipements de production de chlore (Antenna WATA) de 3 mois. Les équipements ont été achetés en Suisse, avec le support de l'équipe logistique d'ACF France.

Les contrats d'achats avec les fournisseurs n'ont pas pu être consultés dans le cadre de l'évaluation finale.

• **Budget et dépenses du projet**

(a) Le ration cout / bénéficiaire est de l'ordre de 12 euros. Ce chiffre est acceptable, notamment au vu de l'ensemble des bénéfices reçus par les populations. Le cout d'atteinte de certains résultats (distribution de filtres ou construction de toilettes publiques par exemple) aurait pu être réduit tout en gardant le même impact (choix des technologies).

(b) A la date de l'évaluation finale, le pourcentage de dépenses réelles avoisinaient les 95% du budget initial de 2,9 millions d'euros. Le montage budgétaire a été très complexe pour répondre aux exigences spécifiques des bailleurs de fond. L'outil de suivi mis en place a été très utile. Par contre, par manque de personnel cadre financier déployé spécifiquement sur le projet, les points financiers ont été produits avec un délai d'un mois (trop long sur un projet de 2,9 millions d'euros en 5 mois de temps).

2.3.7 Pérennité

• **Lien entre l'urgence, la réhabilitation et le développement**

(a) Comme déjà décrit dans les paragraphes 2.3.1 *Impact*, 2.3.4 *Pérennité* et 2.3.5 *Efficacité*, les réponses d'urgence à une épidémie de choléra se focalisent en priorité sur les impacts à court terme sur l'ensemble de la zone touchée. Par la suite – idéalement le plus rapidement possible, lorsque les équipes ont la capacité de le faire –, il est crucial d'anticiper la phase de préparation à de futures flambées au plus tôt de la réponse, à travers des actions de bilan mais aussi de meilleure capacité aux futures réponses.

Cela est valable pour l'organisation et les capacités internes d'ACF mais aussi pour l'ensemble des partenaires et acteurs impliqués. Au vu de ses compétences et de sa reconnaissance et statut local (NOAH et PaP), ACF doit jouer ce rôle de préparateur. S'il n'est pas possible de se concentrer sur les 2 zones, il est recommandé de prioriser la zone NOAH pour des raisons stratégiques (zone d'action historique d'ACF en Haïti) mais aussi de couverture des besoins.

(b) Certaines activités ont des enjeux de durabilité après la période du projet. Assurer un bon fonctionnement des services apportés est très important dans la prévention du choléra (et des maladies liées à l'eau l'hygiène et l'assainissement de manière générale). Par contre, les difficultés sont importantes et doivent être considérées à leur juste mesure et au plus tôt de l'intervention de réponse choléra.

(c) Certaines activités du projet, comme la fourniture d'une eau chlorée au seau aux points d'eau communautaires, le lavage des mains au savon, l'utilisation sans risque des toilettes publiques, etc., risquent de ne pas maintenir le niveau de service à terme. Le travail de préparation fait par ACF avec les structures locales n'a pas été suffisant : comment les structures de gestion des points d'eau vont assurer une gestion équitable, efficace et transparente après seulement un mois de mise en service ? Parfois le contexte local est juste défavorable (niveau de pauvreté et difficulté d'approvisionnement) : quel sera le niveau de qualité de l'eau dans les zones rurales dès lors que les filtres à charbon actif (d'une durée de vie de quelques semaines) ne seront plus fonctionnels ?

(d) ACF doit définir une stratégie à long terme pour assurer le développement de moyens de prévention et de compétences locales suffisantes, avec un transfert de compétences progressif aux acteurs locaux (autorités locales, groupes communautaires) tout en assurant un niveau de surveillance et de capacité de réponse aux nouvelles flambées. La prévention passe par le développement des compétences des structures locales et la mise à disposition durable d'infrastructures et de services de base qui garantiront la santé publique (hygiène de vie, accès à l'eau, assainissement, accès aux soins, éducation, moyens d'existence, prévention contre les catastrophes naturelles).

(e) Le changement des comportements hygiéniques sur le long terme est généralement difficile à obtenir. Ce projet a permis la modification rapide de nombreux comportements à risque, grâce notamment à la crainte que véhicule la maladie. Il est fort probable qu'avec la baisse de la courbe épidémiologique et la routine qui se réinstalle petit à petit, les comportements à risque vont redevenir de plus en plus fréquents, avec des conséquences sur le niveau de protection contre la maladie. Les efforts de communication devront continuer après le projet, régulièrement et sur la base de méthodes plus participatives (et donc plus efficaces sur le long terme). En parallèle, il faut faire attention au risque de surchauffe des messages car après les informations perdent de leur valeur. Pendant le projet, les équipes ont porté une attention particulière à cet aspect afin d'apporter le maximum de messages possibles.

(f) La stratégie de sortie d'approvisionnement en eau par camion citernes des camps de PaP est en cours de construction au niveau du cluster WASH. ACF est le leader du sous-groupe de réflexion et participe aux différentes réflexions de groupe pour une approche commune. La sortie du programme d'approvisionnement en eau gratuit est une bonne chose; elle ne doit cependant pas se faire au détriment du contrôle des voies de transmission des maladies. Il est recommandé qu'ACF continue à suivre périodiquement le niveau de qualité de la distribution de l'eau et conseille ou avertisse les autorités et structures locales au sujet de réajustements nécessaires.

(g) L'enquête WASH du projet permet d'amener une vision détaillée de l'état des lieux des conditions eau hygiène assainissement des zones pour :

- Mieux comprendre l'impact de l'épidémie en lien avec la situation WASH,
- Sélectionner les zones prioritaires pour des actions à long terme.

2.3.8 Monitoring

(a) Le projet a mobilisé un nombre important de personnels, d'activités et de moyens financiers dans un temps court. Le monitoring doit donc être à la hauteur pour assurer la collection et l'analyse de toutes les informations sans pour autant alourdir trop la charge de travail.

(b) Les réunions de coordination périodique ou informelle ont été fréquentes et nécessaires pour assurer une bonne coordination des différentes équipes. Le projet a utilisé un nombre élevés d'outils de suivi déjà utilisés en interne, comme les APR (mensuel) ou les sitrep (hebdomadaire), ou développés à l'occasion

du projet, comme les BFU (hebdomadaire puis mensuel), documents de suivi budgétaire complexes mais représentatifs de la gestion financière de budget de 4 bailleurs de fonds. En plus, des outils spécifiques techniques ont été créés ou utilisés selon les besoins spécifiques : suivi des activités terrain, notes techniques, etc. Dans l'ensemble, la masse de documents produites est conséquente pour la période considérée et sont très utiles à l'équipe sur le terrain. Il s'agit aussi de documents importants de passation d'information et de capitalisation, surtout avec des changements de personnel si fréquents.

(c) Au niveau du siège à partir du bureau en capitale ou du siège, les documents paraissent un peu trop détaillés parfois avec un peu de redondance d'information et avec un manque de clarté à propos du suivi général (comparaison avec une période précédente pour analyse de l'avancée du projet ou état de la progression par rapport à la planification). Le document utile et synthétique est l'APR en version excel qui permet des comparaisons chiffrées par un bref aperçu.

(d) ACF a une politique de capitalisation des expériences assez marquée. Chaque cadre expatrié du projet doit produire un document de capitalisation. Les spécialistes venus sur une période courte partagent leur analyse dans des rapports de visite. La présente évaluation participe également à ce processus. Malgré la masse de documents produits, il manque la production de documents techniques de capitalisation pour un meilleur partage d'expériences au sein d'ACF, mais aussi auprès des partenaires en Haïti (gouvernement et groupe WASH). D'ailleurs, la DINEPA insiste pour obtenir d'une part les résultats de cette évaluation et d'autre part des notes techniques de retours d'expériences sur des aspects innovants ou nouveaux en Haïti.

(e) Les nouvelles propositions de projet, en cours de formulation, vont bénéficier des leçons d'expérience de ce projet.

2.3.9 Eléments transversaux

• Problématique du genre

La prise en compte du genre est reconnue par ACF et essaye d'être intégrée autant que possible dans les projets. Par contre, il n'existe pas de politique spécifique (document stratégique interne) de la part d'ACF sur se reporter pour s'assurer du bon niveau d'intégration et de participation des hommes et des femmes dans un projet.

Dans la pratique, les activités tendent à intégrer la prise en compte du genre par des actions "classiques" WASH.

Au niveau des équipes du projet sur Gonaïves par exemple, les personnels spécifiques à la réponse "choléra" étaient au moment de l'évaluation de 99 hommes pour 31 femmes (chiffres données par les ressources humaines, bureau de Gonaïves).

2.4 Conclusions

(a) Le projet de réponse d'urgence suite à l'éruption de choléra dans les zones affectées par l'épidémie a produit une bonne réponse dans un contexte difficile et sur une zone d'intervention étendue. Le projet a été de grande ampleur en termes de couverture des zones et des moyens financiers et humains. Il a également été réalisé sur une période courte de 5 mois, qui rajoute de la difficulté à cette tâche.

(b) ACF a eu une grande réactivité et une capacité de réponse au choléra satisfaisante. L'impact est d'ailleurs visible sur les zones d'intervention. Les parties prenantes reconnaissent la qualité et l'ampleur du travail d'ACF. Cet avis est partagé par l'ensemble des acteurs rencontrés durant l'évaluation; il mérite d'être souligné.

(c) Grâce à sa réussite, ce projet va aussi participer au renforcement du rôle et de l'image d'ACF dans le pays. ACF a joué pleinement son rôle d'organisation spécialiste et moteur dans le domaine du WASH.

(d) La phase actuelle est une période de sortie de crise, sans que le risque soit pour autant vraiment diminué. Il est temps de capitaliser mais également de mieux renforcer l'ensemble des compétences disponibles pour faire face aux très probables épidémies futures de choléra. Dans le cadre de ce projet, il reste aussi quelques activités à finir dans les derniers jours du projet (laps de temps très court). Il est

également le temps d'analyser la réponse apportée. Les rapports de capitalisation et cet exercice d'évaluation externe y contribuent et aideront aussi ACF France à définir son positionnement sur ses interventions type "choléra" dans le futur.

(f) Face au risque accru de futures flambées, l'anticipation des futures crises potentielles recommande d'investir un bon nombre d'efforts dans les actions de préparation et de prévention afin d'améliorer les moyens d'interventions sur les nouvelles épidémies et de renforcer la couverture en eau, hygiène et assainissement sur le long terme en Haïti.

2.5 Recommandations

2.5.1 Renforcer la stratégie opérationnelle d'ACF Haïti sur la réponse à l'épidémie de choléra

- Développer une réponse standardisée des interventions d'ACF International sur la problématique du choléra (sur la base de la création d'un papier de positionnement dans le cadre du groupe de travail "Choléra" d'ACF France)

Actions concrètes
Développer un schéma d'intervention type basé sur la réponse intégrée mise en œuvre durant ce projet : <i>WASH – Distribution – Santé mentale - Nutrition – Autres</i>
Intégrer un indicateur de mesure des activités de soutien psychosocial pour les futures propositions d'action.
Intégrer plus en détail les actions de conseil et sensibilisation sur l'hygiène alimentaire, en utilisant les réseaux locaux des programmes à vocation alimentaire d'ACF.
Développer les compétences "Gestion des cadavres" et s'occuper de cette activité en cas d'absence d'organisation médicale pour le faire.
Ne pas programmer de pulvérisation des maisons par les équipes ACF. Eventuellement impliquer des acteurs locaux si contexte favorable et capacité suffisante, en leur donnant les moyens techniques et financiers suffisants.

- Intégrer la problématique du choléra dans la stratégie d'ACF en Haïti pour les prochaines années

Actions concrètes
Réactualiser le document de stratégie pays (datant de mi 2010) afin d'incorporer les enjeux liés au choléra en termes de préparation à la crise et de prévention sur le long terme
Définir les grandes lignes du processus LRRD (besoin de gestion post-projet, renforcement des compétences locales, sortie de crise, financements futurs) pour une planification systématique dès le début du projet, en l'adaptant à la réponse d'urgence Choléra concernée et au contexte (& imposer un suivi régulier strict de sa prise en compte pendant le projet).

• **Promouvoir le financement de projets de prévention, sur une base pluriannuelle.**

Actions concrètes
Continuer la participation active au plaidoyer de poursuite des financements "urgence choléra"
Répondre à la fois à des possibilités de financement de réponse choléra et de développement de la préparation (au moins jusqu'à novembre 2011, date de fin de la saison des pluies et cyclones).
Maintenir un niveau de plaidoyer très actif auprès des bailleurs de fonds et du gouvernement pour des financements pluriannuels de sécurisation de l'accès aux services de base en Eau Hygiène et Assainissement.

• **Capitaliser et partager les expériences**

Actions concrètes
Produire et diffuser des notes techniques de capitalisation sur des expériences spécifiques comme par exemple la réponse intégrée d'ACF sur le choléra, les activités de sensibilisation, la production locale de chlore, l'approche psychosociale, etc.
Inclure les recommandations de l'évaluation finale dans les nouvelles propositions des projets des phases suivantes.
Faire circuler les conclusions de l'évaluation finale aux acteurs du secteur WASH (au moins à la DINEPA).
Faire du plaidoyer actif pour une hausse d'acteurs WASH sur le long terme dans la zone NOAH.

• **Travailler avec des partenaires nationaux et locaux pour le développement et renforcement des compétences en réponse choléra dans la zone NOAH peu couverte en acteurs**

Actions concrètes
Inclure des acteurs locaux clés – comme l'association ADEMA – dans la réponse d'urgence

• **Autres**

Actions concrètes
S'assurer que les futurs projets d'ACF (hors réponse choléra) mis en œuvre en partenariat avec d'autres organisations intègrent systématiquement la dimension "choléra" en ajoutant lors de la signature des Memorandum of Understanding (MoU) de partenariat, une clause d'obligation d'une intervention choléra en cas de flambée significative dans la zone (niveau à spécifier).
Définir une ligne de conduite claire sur la prise en compte du genre dans les projets d'urgence d'ACF et tendre autant que possible vers un meilleur équilibre (= adapté au contexte) "homme – femme" au niveau du personnel.
Considérer de manière systématique l'analyse des éléments transversaux dans le montage des projets d'urgence et dans l'évaluation finale : impact environnemental, groupes vulnérables, protection, droit à l'eau l'hygiène assainissement, le VIH/SIDA, la participation, etc.

2.5.2 Développer une meilleure capacité de réponse aux futurs flambées de choléra

• Renforcer les capacités du personnel d'ACF Haïti à la réponse choléra

Actions concrètes
Continuer la formation systématique des nouveaux staffs au choléra (non limité à l'équipe choléra)
Renforcer les compétences techniques et managériales de l'équipe choléra toujours en poste après mi-avril (date réelle de fin de projet choléra)
Mettre en place un système organisationnel qui favorise le développement des compétences & la prise de responsabilité du staff national (équipe choléra) et tendre progressivement vers la réduction maximale du ratio staff expatrié / staff national dans la réponse d'urgence
Programme de transfert des responsabilités d'un point de vue pratique des chefs d'équipe (staffs nationaux) et suivi / analyse de la progression tous les 2 mois max.
Préparer des outils méthodologiques standards et pratiques adaptés en vue d'une future intervention d'urgence,
Développement d'un vivier de spécialistes "urgence choléra" pour les profils WASH, sensibilisation, distribution, psychosocial, nutrition et adminfi.

• Améliorer la réponse rapide en cas de futures flambées épidémiques par la mise en place d'un système de surveillance ACF

Actions concrètes
Participation à la coordination des données épidémiologiques
Programmer des visites rapides de vérification et d'évaluation sur zone en cas de rumeurs persistantes
Au retour, débriefing interne avec les équipes Nutrition, Sécurité Alimentaire et Santé mentale pour définition d'une réponse intégrée.
Mise à disposition du stock de contingence de l'UNICEF

• Mettre à jour les plans de contingence choléra

Actions concrètes
Mise à jour du plan de contingence ACF sur les aspects choléra
Participation aux ateliers des groupes de travail Cluster pour ce genre d'enjeux
Remise en état du stock de contingence ACF / UNICEF (s'assurer que les stocks en capitale soient aussi disponibles pour les départements si besoin) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas mettre de filtres à céramiques mais des sachets de PUR (même principe qu'Aquatab mais pour eau turbide), ▪ Rajouter des dalles plastiques, bâche plastique et armatures & outils pour les

- latrines d'urgence,
 - Inclure les supports de communication (posters, prospectus, etc.) développés sur le projet.

• **Développement des compétences locales**

Actions concrètes
Former des partenaires locaux à la réponse d'urgence choléra et les impliquer dans la réponse
Formation de personnels des autorités locales (DINEPA locale, DSA, DPC, autorités niveau localité & section), selon les besoins (WASH, distribution, Nutrition, Santé mentale).
Formation d'acteurs de la société civile (ADEMA, Croix-Rouge Haïtienne, autres ?) et travail ensemble pour définir les termes d'une future collaboration en cas d'urgence choléra.

• **Garder le niveau de représentation d'ACF dans les réunions de coordination Cluster et Sous-cluster :**

Actions concrètes
(<i>si validé</i>) Recherche de financement 50% staff Int. WASH pour co-lead du WASH cluster Gonaïves,
Poursuite de l'investissement du personnel ACF dans les groupes de travail (sortie de crise, préparation, etc.).
Plaidoyer actif pour actions de prévention sur des aspects à risque (absence de chlore au réseau AEP urbain des villes de province, manque de moyens des centres de santé en zone éloignée, développement des compétences des autorités locales).

2.5.3 Mener des actions de prévention du choléra sur le long terme en Haïti

• **A moyen terme (durant l'année 2011)**

Actions concrètes
<p>Soutien de l'activité de production local de chlore</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi et soutien (au moins technique et managérial) des ateliers créés en fin de projet choléra, - Lien avec le programme WASH Gonaïves, - Développer des conclusions sur la pertinence et l'opportunité de cette technologie à long terme (capacité d'autofinancement, autonomie des CLA, soutien de la DINEPA, intégration dans le plan de contingence choléra, etc.), - Production d'une note technique à diffuser à la DINEPA et au secteur WASH.
<p>Soutien des activités mises en place durant le projet choléra (risque de non pérennité sinon)</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Comme mentionné juste avant), production de chlore par Antenna WATA, - Accompagnement de la gestion des points d'eau chlorés : suivi régulier de la chloration, conseils techniques et formation à la maintenance des pompes, suivi de la gestion financière, etc. - Suivi régulier du fonctionnement des latrines (niveau d'entretien, capacité de vidange, taux d'utilisation) et formation / sensibilisation additionnel si besoin. Une étude anthropologique du groupe minoritaire "Bayaku" permettra de proposer des mesures d'améliorations de leurs

<p>conditions en lien avec la problématique de l'assainissement et la lutte contre le choléra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la connaissance et des pratiques d'hygiène en rapport avec le choléra (enquête CAP et étude anthropologique détaillée qui permettront d'adapter le plan d'action au niveau de l'hygiène sur des solutions locales)
<p>Sécurisation des centres de santé éloignés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer un stock constant de chlore et de matériels de sensibilisation, - Construire des latrines spécial "choléra" et optimisation de la zone "choléra", - Promotion systématique du lavage des mains à tous les patients du centre de santé.
<p>Organisation et moyens prioritaires à mettre sur pied :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Impliquer un partenaire local (ou plusieurs) dans ces actions de soutien, avec l'objectif de développer les compétences locales sur les interventions choléra → Mettre les moyens suffisants en termes de RH (disponibilité de personnel en cas de nouvelles flambées), notamment en renforçant la prise de responsabilité du staff national cadre.

• **A long terme (2011-2013)**

Actions concrètes
<p>Utiliser les conclusions de l'enquête WASH sur l'état des lieux dans les villages et les données épidémiologiques pour identifier des zones prioritaires dites à risque et axer les efforts sur ces zones spécifiques.</p>
<p>Ecrire une proposition d'action pour un projet à grande échelle d'assainissement et d'amélioration de l'hygiène dans le Ht Artibonite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenir compte des recommandations de l'éval finale du projet NO - S'orienter vers le non-financement de la latrine avec approche sociale à développer (de type CLTS), - S'insérer dans les 2 nouvelles orientations nationales (financement de dalles et développement du CLTS) et approche en lien avec le progr. WASH Quartier PaP : <ul style="list-style-type: none"> o Tenir compte des contraintes de bonne gestion (sanitaire, financière, etc.) spécifiques à des toilettes publiques dans la mise en place de programmes d'assainissement (se référer aux leçons retenues sur ce projet ainsi que sur les autres programmes d'ACF). o Développer des orientations innovantes non seulement dans la construction des infrastructures (comme le CLTS par ex) mais également dans la conception à grande échelle (en touchant les plus défavorisés) de pratiques de vidange sans risque des fosses (double fosse ? système de vidange organisé et autofinancable ?) o Inclure un partenariat fort avec une structure locale compétente (opportunité de développement des compétences de structures locales, DINEPA y compris, dans l'assainissement). o Faire du plaidoyer et développer des projets d'assainissement urbain dans les villes moyennes afin de supprimer les eaux stagnantes et les canaux ouverts remplis de déchets humains. (impact sur le choléra mais surtout sur la salubrité de l'environnement de vie et lutte contre les diarrhées, vers, paludisme, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> - Projet-pilote de traitement à domicile dans les zones rurales reculées : <ul style="list-style-type: none"> o Poursuite Antenna WATA o Développement d'une filière de production locale de "filtres à bougies" ? o Développement du système de filtre Biosand ?

3 Annexes

- Annexe 1 - Termes de Références de l'évaluation finale
- Annexe 2 – Calendrier d'activités de l'évaluation finale
- Annexe 3a - Présentation Powerpoint de la restitution de l'évaluation finale à l'équipe ACF Haïti le 24 mars 2011
- Annexe 3b - Présentation Powerpoint de la restitution de l'évaluation finale à l'équipe ACF Paris le 18 avril 2011
- Annexe 4a – DAC Rating Table
- Annexe 4b – Description d'une bonne pratique développée durant le projet
- Annexe 5 – Executive Summary – External Final Evaluation – ACF Haïti English Version