

Appui prénatal,  
périnatal, postnatal  
et nutritionnel (A3PN)  
en Grand'Anse  
et au Sud d'Haïti

Rapport de capitalisation

# MOBILISATION et ACCESSIBILITÉ

pour la **santé** des **mères**  
et des **enfants** dans la Grand'Anse  
et le Sud d'Haïti

Février 2020



En partenariat  
avec :



UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE  
École de santé publique  
faculté de médecine



Université **fmh**  
de Montréal



En collaboration  
avec :



Financé  
par :



Government  
of Canada

Gouvernement  
du Canada

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES .....	4
FICHE TECHNIQUE DU PROJET A3PN .....	5
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>2. SOMMAIRE DU PROJET A3PN .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Interventions visant l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé essentiels .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Interventions visant l'amélioration de la qualité alimentaire des ménages et de leur potentiel à générer un revenu additionnel .....</b>	<b>12</b>
<b>3. MÉTHODOLOGIE DE CAPITALISATION .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Choix des axes de capitalisation .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Lignes du temps .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Identifications des parties prenantes .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Méthodes de collecte d'informations .....</b>	<b>22</b>
3.4.1 Entretiens individuels .....	22
3.4.2 Groupes de discussion .....	24
<b>4. CAPITALISATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Axe de capitalisation 1 • Éducation .....</b>	<b>25</b>
4.1.1 Description de l'axe .....	25
4.1.2 Constats .....	27
4.1.3 Meilleures pratiques .....	33
4.1.4 Défis et stratégies de mitigation .....	35
4.1.5 Leçons apprises .....	38
4.1.6 Éléments budgétaires .....	39
<b>4.2 Axe de capitalisation 2 • Accès aux soins de proximité .....</b>	<b>40</b>
4.2.1 Description de l'axe .....	40
4.2.2 Constats .....	42
4.2.3 Meilleures pratiques .....	48
4.2.4 Défis et stratégies de mitigation .....	49
4.2.5 Leçons apprises .....	51
4.2.6 Éléments budgétaires .....	52
<b>4.3 Axe de capitalisation 3 • Accès économique .....</b>	<b>53</b>
4.3.1 Description de l'axe .....	53
4.3.2 Constats .....	55
4.3.3 Meilleures pratiques .....	58
4.3.4 Défis et stratégies de mitigation .....	59
4.3.5 Leçons apprises .....	60
4.3.6 Éléments budgétaires .....	61
<b>4.4 Axe de capitalisation 4 • Implication communautaire .....</b>	<b>62</b>
4.4.1 Description de l'axe .....	62
4.4.2 Constats .....	63
4.4.3 Meilleures pratiques .....	67
4.4.4 Défis et stratégies de mitigation .....	69
4.4.5 Leçons apprises .....	70
4.4.6 Éléments budgétaires .....	70
<b>4.5 Analyse de l'interrelation des axes de capitalisation .....</b>	<b>71</b>
<b>4.6 Analyse des autres facteurs d'influence .....</b>	<b>72</b>
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 1</b>	
<b>Fiche de partage d'expérience</b>	
<b>Axe de capitalisation 1 • Éducation .....</b>	<b>77</b>
Fiche technique – Clubs de mères .....	81
Fiche technique – Agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) .....	84
Fiche technique – Comité de surveillance de la mortalité maternelle et infantile (CSMMI) .....	89
Fiche technique – Recherche sur la diversité alimentaire, la nutrition, l'allaitement et l'hygiène .....	91
<b>ANNEXE 2 :</b>	
<b>Fiche de partage d'expérience</b>	
<b>Axe de capitalisation 2 • Accès aux soins de proximité .....</b>	<b>93</b>
Fiche technique – Renforcement des capacités des centres de santé .....	97
<b>ANNEXE 3 :</b>	
<b>Fiche de partage d'expérience</b>	
<b>Axe de capitalisation 3 • Accès économique .....</b>	<b>101</b>
Fiche technique – Mutuelles de solidarité (MUSO) .....	104
Fiche technique – Activités agropastorales .....	107
<b>ANNEXE 4 :</b>	
<b>Fiche de partage d'expérience – Implication communautaire</b>	
<b>Axe de capitalisation 4 - Implication communautaire .....</b>	<b>111</b>
Fiche technique – Tables sectorielles communales et départementales .....	114

## LISTE DES ACRONYMES

<b>A3PN</b> .....	Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel
<b>AMC</b> .....	Affaires mondiales Canada
<b>ASCP</b> .....	Agent de santé communautaire polyvalent
<b>CRS</b> .....	Catholic Relief Services, Haïti
<b>CSMMI</b> .....	Comité surveillance de la mortalité maternelle et infantile
<b>DS</b> .....	Direction sanitaire
<b>DSGA</b> .....	Direction sanitaire de la Grand'Anse
<b>DSS</b> .....	Direction sanitaire du Sud
<b>DSF</b> .....	Direction de santé de la famille
<b>ÉFH</b> .....	Égalité entre les femmes et les hommes ou égalité entre les sexes
<b>FONDEFH</b> ....	Fondation pour le développement et l'encadrement de la famille haïtienne
<b>GESTA INTL</b> ..	Gestion du travail et de l'accouchement
<b>HHF</b> .....	Haïtian Health Foundation
<b>IEC</b> .....	Information, éducation, communication
<b>IS</b> .....	Infirmier-ère superviseur-euse
<b>LA</b>	
<b>FONDATION</b> ..	Fondation Paul Gérin-Lajoie
<b>MCFDF</b> .....	Ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes
<b>MDM-F</b> .....	Médecins du Monde France
<b>MIMSI</b> .....	Modification In Mother-Baby-Mortality Statistics Initiative
<b>MNE</b> .....	Mères, nouveau-nés, enfants
<b>MUSO</b> .....	Mutuelle de solidarité
<b>MSPP</b> .....	Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti
<b>PDC</b> .....	Plan de développement des compétences
<b>PRSMNE</b> .....	Partenariat pour le renforcement de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
<b>SHOG</b> .....	Société haïtienne d'obstétrique et de gynécologie
<b>SMNE</b> .....	Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
<b>SRO</b> .....	Solution de réhydratation orale
<b>TRANSNUT</b> ...	Centre collaborateur OMS sur la transition nutritionnelle et le développement du Département de nutrition de l'Université de Montréal
<b>UCPNANU</b> ....	Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition
<b>UNFPA</b> .....	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>USI</b> .....	Unité de Santé Internationale, Université de Montréal

## FICHE TECHNIQUE DU PROJET A3PN

TITRE DU PROJET	APPUI PRÉNATAL, PÉRINATAL, POSTNATAL ET NUTRITIONNEL (A3PN)
<b>Résultat ultime</b>	Réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Grand'Anse et au Sud d'Haïti selon l'approche de gestion axée sur les résultats.
<b>Résultats intermédiaires escomptés</b>	Amélioration de la prestation de services de santé essentiels fournis aux mères, nouveau-nés et enfants (MNE) et du taux d'utilisation de ces services dans les huit communes ciblées en Grand'Anse et au Sud d'Haïti ;  Augmentation du taux de consommation d'aliments nutritifs, produits localement et respectant l'environnement, et de suppléments alimentaires par les MNE ;  Augmentation du taux de diffusion et d'utilisation des données démographiques locales pour les femmes et les hommes par les bureaux d'enregistrement des actes d'état civil, les partenaires locaux et les dirigeants.
<b>Zones d'intervention</b>	Projet mis en œuvre en Haïti dans les départements de Grand'Anse et du Sud.
<b>Institutions partenaires</b>	La Fondation Paul Gérin-Lajoie (la Fondation), Catholic Relief Services, Haïti (CRS), l'Unité de Santé Internationale (USI) de l'Université de Montréal, TRANSNUT du département de nutrition de l'Université de Montréal et le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) d'Haïti.
<b>Bénéficiaires directs</b>	Les bénéficiaires directs du projet s'élèvent à 100 195 personnes provenant des régions ciblées ventilées comme suit : 34 450 femmes (80% des femmes enceintes et allaitantes et 70% des femmes en âge de procréer); 10 169 hommes (30% des hommes adultes); 26 612 filles et 28 965 garçons (soit 80% des enfants de 0-14 ans et 40% des adolescents de 15-19 ans).
<b>Durée du projet</b>	4 ans Du 1 <sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2020.
<b>Bailleurs de fonds</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affaires mondiales Canada (principal)</li> <li>• Fondation Paul Gérin-Lajoie (partiel)</li> </ul>
<b>Budget</b>	Le coût estimé du projet est de l'ordre de 6 505 856 \$ incluant une contribution de 705 552 \$ de la Fondation Paul Gérin-Lajoie.





## INTRODUCTION

Faisant face à un taux très élevé de pauvreté et à l'occurrence de catastrophes naturelles à répétition, la population haïtienne est aux prises avec un système de santé dysfonctionnel, un accès difficile aux centres de santé, des taux élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Ces facteurs expliquent le taux de mortalité maternelle inquiétant en Haïti. Dans ce contexte, le gouvernement haïtien, dans sa Politique nationale de santé, en vigueur jusqu'en 2037, juge prioritaire de diminuer significativement la mortalité et la morbidité, et particulièrement la mortalité maternelle en raison de son impact sur la santé de toute la population. L'atteinte de cet objectif devra passer par l'établissement d'un système garantissant un accès équitable à des services et soins de qualité.

En réponse à cette situation, le projet Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN) en Grand'Anse et au Sud d'Haïti avait pour objectif ultime **la réduction du taux de mortalité infantile et maternelle**. Les stratégies mises en œuvre visaient l'atteinte de trois objectifs intermédiaires : (1) **l'amélioration de l'offre des services essentiels fournis aux mères, nouveau-nés et enfants (MNE) et du taux d'utilisation de ces services**, (2) **l'augmentation du taux de consommation d'aliments nutritifs et de suppléments alimentaires par les MNE** et (3) **l'augmentation du taux de diffusion et d'utilisation des données démographiques locales par les bureaux d'enregistrement des actes d'état civil, les partenaires locaux et les dirigeants**. Certaines stratégies transversales ont également guidé les interventions, soit l'égalité entre les femmes et les hommes (ÉFH), la protection de l'environnement et la bonne gouvernance.

La mise en œuvre de ce projet a été possible grâce à un partenariat composé de la Fondation, Catholic Relief Services Haïti (CRS), l'Unité de santé internationale (USI) de l'Université de Montréal et l'équipe TRANSNUT du département de nutrition de l'Université de Montréal ainsi que grâce au soutien financier d'Affaires mondiales Canada (AMC).

En date du 31 décembre 2019, 10 établissements de santé avaient été appuyés au niveau de la formation du personnel, de l'approvisionnement en équipements et de la réhabilitation de ses espaces, 75 agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) avaient été formés, 50 932 visites à domiciles par les ASCP avaient été réalisées, 159 clubs de mères avaient été créés, 100 mutuelles de solidarité (MUSO) et 172 postes de rassemblement avaient été mis en place, 40 jardins démonstratifs et 1172 jardins familiaux avaient été implantés et 13 925 séances d'Information, Éducation et Communication (IEC) sur les thématiques de la sécurité alimentaire, la nutrition, l'allaitement, l'hygiène et la santé maternelle et infantile avaient eu lieu.

Il va sans dire que plusieurs défis ont été rencontrés et surmontés au cours des quatre années de vie du projet. Dans une perspective d'amélioration continue, A3PN a mené à terme un processus de capitalisation durant une période de 18 mois. Ce rapport a pour but de faciliter une réplique de l'initiative en présentant les meilleures pratiques et les leçons apprises.

Un sommaire du projet A3PN est d'abord présenté afin de bien situer le lecteur quant au contexte et aux résultats du projet. La méthodologie du processus de capitalisation est ensuite présentée, suivie des résultats qui sont présentés selon quatre axes de capitalisation représentant les principales composantes du projet : (1) Éducation; (2) Accès aux soins de proximité; (3) Accès économique; et (4) Implication communautaire. En annexes sont présentées des fiches de partage d'expérience résumant les éléments clés pour chacun des axes de capitalisation, incluant une description de l'axe, les meilleures pratiques et les leçons apprises.



## REMERCIEMENTS

Un grand merci à tous les gens qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du processus de capitalisation et de rédaction du rapport. Un merci spécial à toutes les mères et pères des clubs des mères, les personnes représentantes des institutions de santé, des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP), des comités de surveillance de la mortalité maternelle et infantile (CSMMI), des réseaux communautaires, des autorités locales et du Ministère de la Santé publique et de la Population qui ont pris le temps de répondre aux questions de nos enquêteurs. Un grand merci au comité de capitalisation qui a su mener à bien cette démarche et particulièrement à Joanie Lefebvre qui en est la rédactrice principale.

Un grand merci au Ministère de la Santé publique et de la Population pour son importante collaboration au fil des ans. Le Projet a pu compter sur la précieuse collaboration des Directions sanitaires du Sud (DSS) et de la Grand'Anse (DSGA), de la Direction de la santé de la famille (DSF), de l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) et de la Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement (DPSPE).

Le Projet tient à remercier chaleureusement toutes les mères et tous les pères, les agent.e.s de santé communautaires polyvalent.e.s et les membres de comités et réseaux communautaires qui se sont impliqués activement dans toutes les communautés d'intervention du projet.

A3PN ne serait pas ce qu'il est sans la contribution de plusieurs acteurs. D'abord, un grand merci à une d'équipe d'employés en Haïti qui s'est dévouée pour la mise en œuvre du projet – tous les rôles ont été nécessaires et complémentaires : Dr Sadrack Paulimé, Dr Fonie Pierre, Dr Emmanuel Louis, Chelette Augustin, Judnel Marcius, Jean Michel Saintélus, Marie Roselie Lacouture, Jean-Guil Doudoute, Anne Lensa Pierre-Louis, Yolaine Etienne, Élysée Nazaire, Marie Tellange Lestin, Yvonne Amazan, Claudine Saint-Preux Paule, Vanessa Colas, Nadège Désir, Marie-Ginette Sylvain Duverseau, Louislène Azor, Néhémie Nuncia Felix, Armelle Lenescart, Similien William Junior, Jean Yves Labossière, Similien Jean Sony et Marly Raymond Nord, de regrettée mémoire. Un grand merci à Micheline Raymond, Carroll Beth, James Beighle et Christopher Bessey.

Il est aussi important de remercier les spécialistes qui se sont greffés au projet. Les experts en santé publique de l'Unité de Santé Internationale (USI) de l'Université de Montréal chapeautés par Mme Islene Lazo appuyée par Dr André Paul Vénor, Karen Bédard et Dr Lucie Lemieux. Les experts en nutrition de TRANSNUT, Centre collaborateur OMS sur la transition nutritionnelle et le développement du département de nutrition de l'Université de Montréal chapeautés par Dr Malek Batal, appuyé par les coordonnateurs de la recherche Joanie Lefebvre et Stéphane Decelles et par les étudiants chercheurs Sabrina Arasimowicz, Andréa Dufour, Caroline Vaillancourt, Elise Jalbert-Arseneault, Bana Salameh, Geneviève Boulanger, Andréanne Bégin, Marie-Jeanne Rossier-Bisaillon et Samuel Frappier.

Un grand merci aux différents employés de la Fondation qui ont appuyé la mise en œuvre du projet : Mmes Laurence Caron, Louise Camiré, Lydia Halley-Soucis et Michèle Junius et MM. Sylvain Grimard, Jean de Dieu Touangueu, Roch Harvey et Matthieu Delauney. Il est aussi important de souligner l'appui offert par la Direction de la Fondation au cours des ans : Mme Marie-Pierre Nogarède et Mr Daniel Aubin.

Finalement, un grand merci à Affaires mondiales Canada et à l'Ambassade du Canada en Haïti grâce à qui cette initiative a été rendue possible à travers le partenariat pour le renforcement de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (PRSMNE).

## SOMMAIRE DU PROJET A3PN

Le projet d'appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN) a été mis en œuvre dans les départements de la Grand'Anse et du Sud d'Haïti du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2020. Le profil de ses bénéficiaires comprend les mères, les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants, filles et garçons, de moins de cinq ans (MNE). Les partenaires de cette initiative sont : Affaires mondiales Canada, la Fondation Paul Gérin-Lajoie, Catholic Relief Services, l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal et TRANSNUT du département de nutrition à l'Université de Montréal.

L'objectif ultime du projet A3PN est de réduire la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès aux services de santé materno-infantile, la qualité des aliments consommés ainsi que la diffusion de données démographiques et sanitaires aux entités locales et gouvernementales. Le projet A3PN intervient à partir de 10 établissements de santé dans huit communes des départements de Grand'Anse et du Sud (Tableau 1).

Tableau 1. Liste des établissements de santé

COMMUNES	CENTRES
<b>Sud</b>	
Saint-Jean-du-Sud	Centre de santé de Saint-Jean-du-Sud
Camp-Perrin	Centre de santé de Sainte-Anne de Camp-Perrin
Chantal	Centre de santé Marie Immaculée Conception de Chantal
	Centre de santé de Leprêtre
<b>Grand'Anse</b>	
Moron	Centre de santé de Moron
Anse d'Hainault	Hôpital Communautaire de référence Saint Jean Baptiste d'Anse d'Hainault
Les Irois	Centre de santé Lespwa des Irois
	Dispensaire Saint Joseph de Carcasse
Roseau	Centre de santé de Grand Vincent
Corail	Hôpital communautaire de référence de Corail

## 2.1 INTERVENTIONS VISANT L'AMÉLIORATION DE L'OFFRE ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

En juin 2016, l'USI a procédé à un **examen des compétences et de la disponibilité des ressources humaines** dans les 10 centres de santé locaux. Elle a préparé une liste de **fournitures médicales disponibles et manquantes**. Des formations ont été offertes au personnel des centres de santé et certains équipements nécessaires ont été fournis aux centres de santé. De plus, des algorithmes ont été reproduits afin d'assurer une surveillance périnatale efficace dans les centres de santé locaux. Un contrôle de la qualité a été effectué jusqu'à la fin du projet. Lors du passage de l'ouragan Matthew, une grande partie des établissements de santé ont subi des dommages. Ainsi, une évaluation complémentaire des besoins a été effectuée et les matériaux et la main-d'œuvre nécessaires pour les remettre en état de fonctionnement ont été fournis.

Également, **75 ASCP**, dont 33 femmes, ont été embauchés et formés selon le programme de 50 jours du Ministère de Santé publique et de la Population (MSPP).

Ces ASCP, sous la charge d'infirmières superviseuses, avaient plusieurs responsabilités (Figure 1) :

- Effectuer des visites à domicile auprès des mères vulnérables ;
- Offrir des services de santé préventifs dans les postes de rassemblement communautaires ;
- Réaliser une activité d'IEC auprès de populations diverses (femmes, jeunes, fermiers, matrones, leaders religieux) dans l'objectif d'aider à changer la perception des bénéficiaires sur certains sujets de santé ;
- Sensibiliser les communautés sur l'enregistrement des naissances et des décès maternels dans leur région respective.

Plus spécifiquement, lors de **visites domiciliaires et des rassemblements communautaires**, les ASCP avaient pour rôle de (1) distribuer des micronutriments et antiparasitaires ; (2) vacciner les enfants selon le calendrier national du MSPP ; (3) assurer le dépistage communautaire de la malnutrition ; et (4) éduquer les membres de la communauté au sujet de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE).

En vue d'améliorer le taux d'utilisation des services de santé essentiels par les MNE, les réseaux communautaires (clubs de mères, groupements de femmes, familles, accoucheuses traditionnelles, grands-mères, conjoints, leaders sociaux, etc.) ont été mobilisés pour assurer la vulgarisation de l'éducation sanitaire et **encourager l'utilisation des services de santé** par les MNE.



Prise du périmètre brachial pour déterminer le statut nutritionnel d'un enfant durant la collecte de données de TRANSNUT

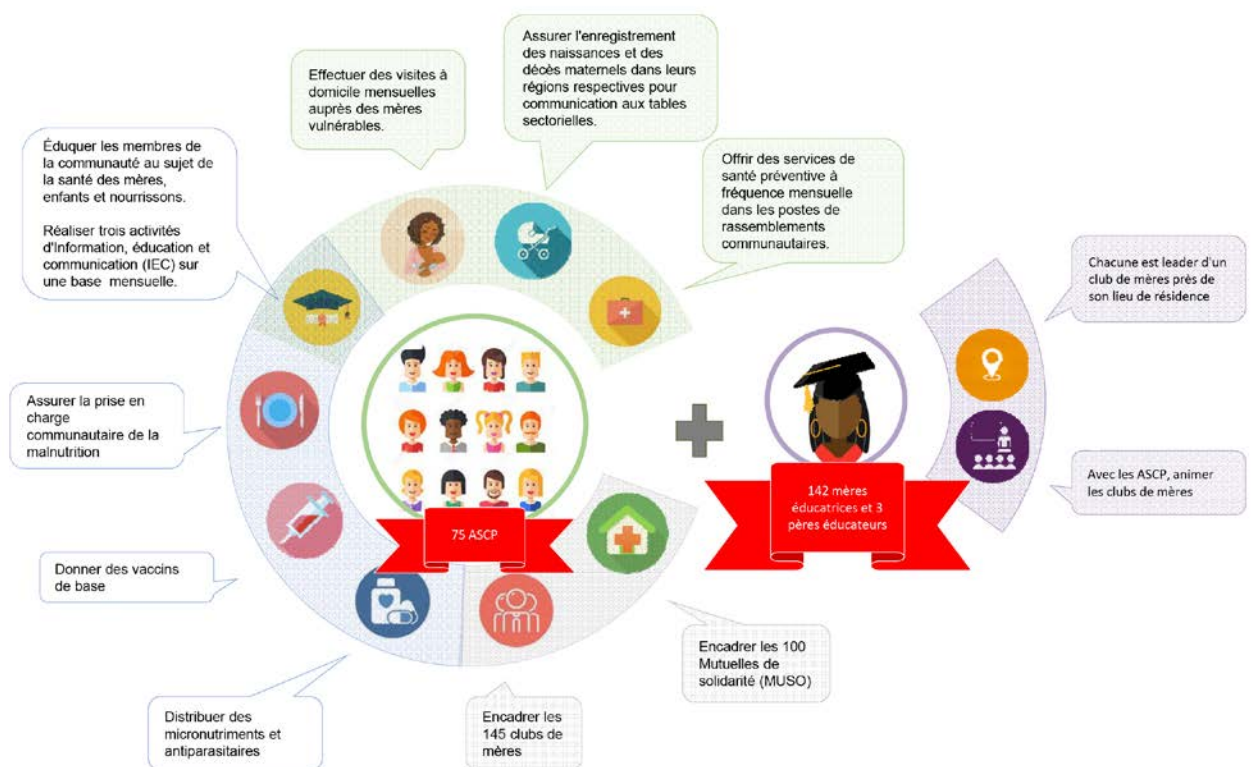
©Geneviève Boulanger

Les **clubs de mères** sont des regroupements d'environ 25 femmes en âge de procréer, enceintes ou mères, qui se rencontrent pour assister à des causeries éducatives, planifier des activités génératrices de revenus et participer à des activités agropastorales (séances d'éducation, entretien de jardins potagers et gestion de petit élevage). Bien que ces regroupements existaient déjà dans les départements ciblés par l'étude, de nouveaux clubs de mères ont été créés. Au cours du projet, sur 159 clubs de mères qui ont été créés, 145 étaient fonctionnels. Pour chacun de ces clubs, un leader naturel était ciblé afin de devenir une mère éducatrice ou un père éducateur. La personne sélectionnée recevait une formation de trois jours afin d'être leader d'un club de mères près de son lieu de résidence. Les 142 mères éducatrices et 3 pères éducateurs formés travaillaient de concert avec les ASCP afin d'offrir des activités d'IEC sur une base mensuelle (Figure 1). En date du 31 décembre 2019, 13 925 séances d'IEC sur les thématiques de la sécurité alimentaire, la nutrition, l'allaitement, l'hygiène et la santé maternelle et infantile avaient eu lieu. Ces séances ont touché 106 416 personnes, dont 84 312 femmes et 22 104 hommes.

Des **MUSO** ont aussi été mises sur pied au sein des clubs de mères dans le but de créer un mécanisme de financement pour les services de santé. Les membres des MUSO cotisaient périodiquement afin non seulement d'épargner, mais aussi de se donner la chance d'emprunter à crédit en fonction du montant investi. L'encadrement des MUSO est une fonction qui relevait aussi des ASCP. Dans le cadre du projet, 100 MUSO ont été créées, regroupant 2800 personnes, soit 2404 femmes et 396 hommes.

L'éducation pour l'**ÉFH** s'est manifestée par de nombreuses formations et commémorations. La formation de 103 personnes des réseaux communautaires, soit 84 femmes et 19 hommes, et de 75 ASCP sur l'ÉFH a été réalisée. De plus, 145 mères et pères éducateurs ont été formés sur la santé materno-infantile intégrant l'ÉFH, la nutrition et l'hygiène. Des séances d'IEC sur l'ÉFH se sont déroulées dans les clubs de mères, les postes de rassemblement et d'autres groupes organisés.

Figure 1. Responsabilités des ASCP et des mères éducatrices dans le cadre du projet A3PN







Passage par la rivière lors de la collecte de données de TRANSNUT, Chantal

## 2.2 INTERVENTIONS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES ET DE LEUR POTENTIEL À GÉNÉRER UN REVENU ADDITIONNEL

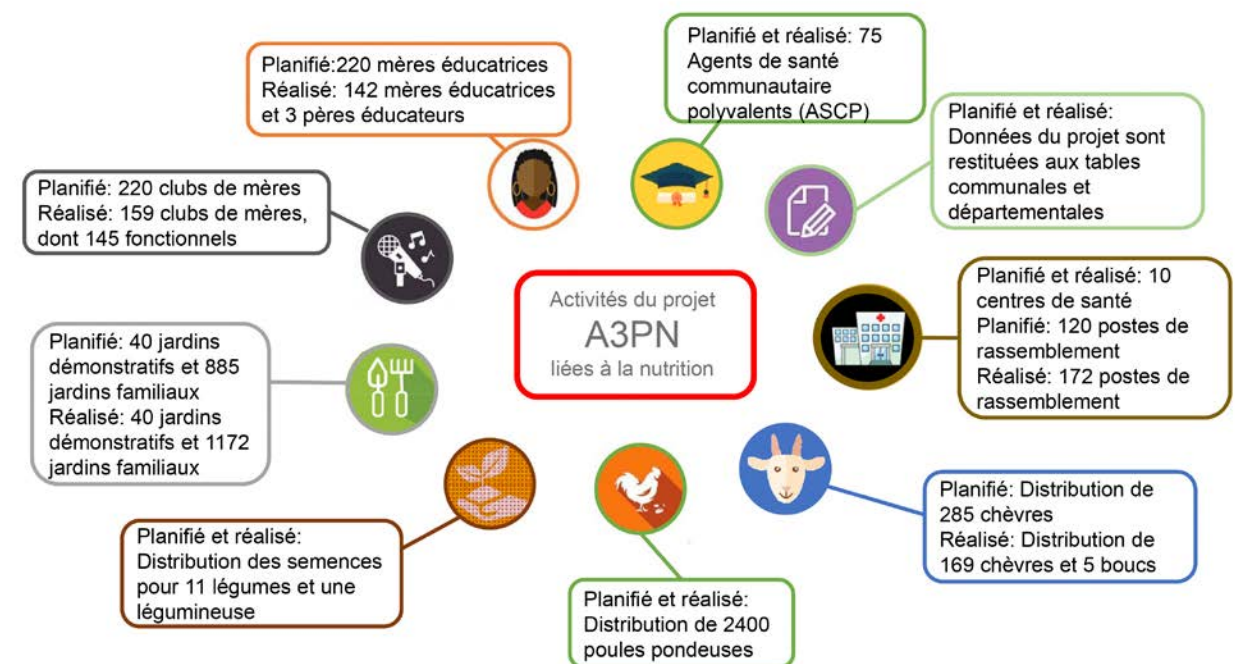
Tout au long du projet, des **recherches** ont été effectuées par des chercheurs de TRANSNUT, sur la sécurité alimentaire, la nutrition et l'hygiène. Ces recherches ont permis d'évaluer l'impact des activités du projet A3PN en plus d'alimenter les messages clés et le matériel d'IEC visant à ce que les femmes pratiquent davantage l'initiation précoce à l'allaitement, l'allaitement exclusif, l'allaitement continu ainsi que des pratiques exemplaires pour l'alimentation des nourrissons, filles et garçons. De plus, les ASCP ont fait le **dépistage des cas de malnutrition et de carence nutritionnelle** chez les enfants de moins de cinq ans et ont distribué des micronutriments et des antiparasitaires. Des **activités éducatives** sur les principes d'hygiène et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, auxquelles participaient les ASCP, ont aussi été menées auprès des mères.

Afin de contribuer à la diversification de l'alimentation des ménages et l'accroissement des revenus, des **jardins potagers et de petits élevages** ont été mis en place. Au total, 40 jardins démonstratifs et 993 jardins familiaux ont été implantés. Un protocole de protection et d'assainissement de l'environnement a été élaboré afin de guider les ménages à entretenir leur jardin de manière écologique, notamment en les encourageant à faire l'utilisation du compost pour enrichir leur terre tout en recyclant leurs restes de table. Les 75 ASCP embauchés pour le projet et les membres des clubs de mères ont été formés sur les techniques agropastorales, et des séances d'éducation ont été offertes aux membres de la communauté dans les jardins de démonstration qui étaient situés près des écoles. Les jardins démonstratifs bénéficiaient à l'école ainsi qu'à la communauté.

Chant, danse et autres formes d'art ont été utilisés afin de divulguer des messages d'éducation nutritionnelle. Des activités de **cuisine participative** faisant l'utilisation des légumes et légumineuses disponibles localement ont aussi été offertes.

Des semences de légumes et légumineuses riches en vitamine A, fer et vitamine C et ayant un bon degré d'acceptabilité par la population ont été choisies. De plus, 885 kits d'intrants agricoles (p. ex. : arrosoirs, insecticides naturels, etc.) ont été distribués pour la mise en place des jardins potagers. Le projet A3PN a aussi distribué 2400 poules pondeuses pouvant pondre de 250 à 300 œufs par année. Le projet a fait l'acquisition de 95 chèvres et cinq boucs et avait pour objectif de redistribuer 95 chevreaux provenant de la reproduction lors des années 2018-2019 et 2019-2020 aux membres des clubs de mères. Toutefois, une grande partie des chèvres distribuées sont décédées en raison d'un problème d'adaptation au nouveau milieu de vie et une bonne partie des chevreaux nés à partir des chèvres distribuées a aussi péri pour des raisons inexplicables. Néanmoins, 27 chevreaux ont été redistribués en 2018-2019 et 47 chevreaux en 2019-2020.

Figure 2. Sommaire de l'initiative A3PN



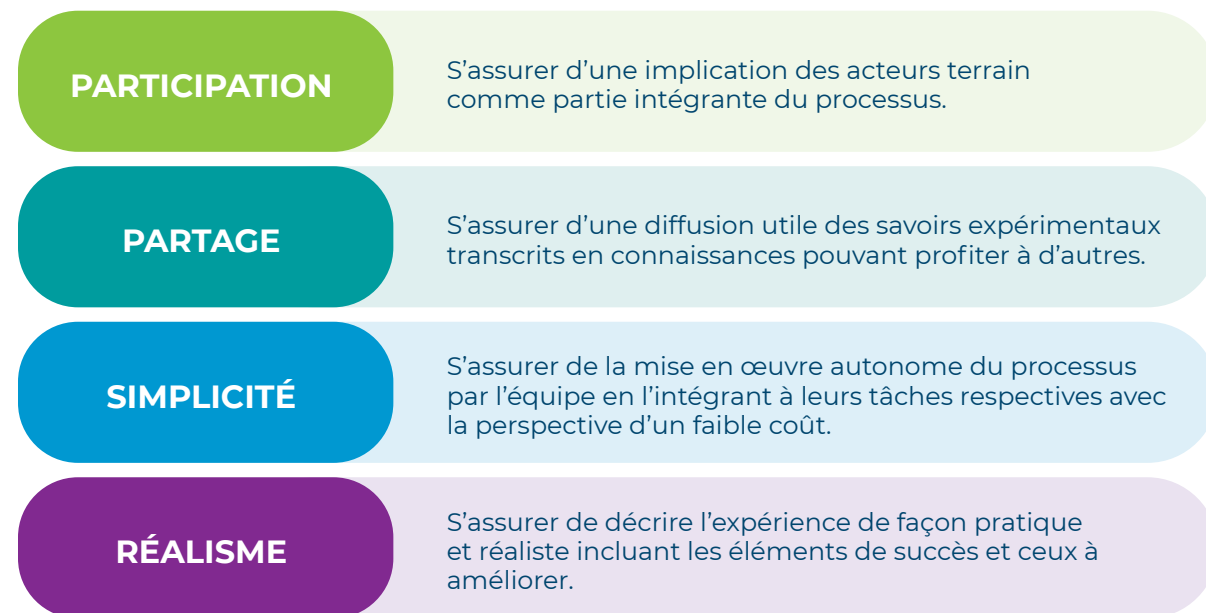


## MÉTHODOLOGIE DE CAPITALISATION

La méthodologie du processus de capitalisation est basée sur les termes de référence préalablement établis par la Fondation et a été élaborée suite à un processus participatif avec les équipes du projet A3PN dans les départements du Sud et de Grand'Anse en Haïti. Un document intitulé « Cadre de référence méthodologique pour la capitalisation du projet A3PN » a d'abord été élaboré par deux étudiantes-chercheuses afin de communiquer la méthodologie élaborée pour entreprendre efficacement le travail de capitalisation par l'équipe A3PN.

Le processus de capitalisation est basé sur **quatre principes directeurs** illustrés dans la figure ci-dessous.

Figure 3. Principes directeurs du processus de capitalisation



Afin de recueillir les données nécessaires à l'identification des étapes-clés pour mener à bien la capitalisation, deux rencontres ont été effectuées avec l'équipe d'A3PN à CRS afin de : (1) identifier les axes à capitaliser en développant trois lignes du temps ; (2) valider, compléter et approfondir les axes à capitaliser identifiés ; (3) déterminer les livrables souhaités ; et (4) planifier les méthodes et ressources disponibles pour les étapes ultérieures.

### 3.1 CHOIX DES AXES DE CAPITALISATION

Les critères ayant guidé le choix des différents axes à capitaliser sont les suivants :

- Éléments ressortant dans chacune des phases de vie ;
- Éléments spécifiques au projet A3PN ;
- Éléments contrôlés par les différents partenaires impliqués dans le projet ;
- Éléments contribuant à la baisse du taux de mortalité maternelle et infantile.

Les quatre axes de capitalisation retenus dans le cadre du processus sont illustrés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Les quatre axes du processus de capitalisation

<b>Axe de capitalisation 1</b>	Éducation
<b>Axe de capitalisation 2</b>	Accès aux soins de proximité
<b>Axe de capitalisation 3</b>	Accès économique
<b>Axe de capitalisation 4</b>	Implication communautaire

### 3.2 LIGNES DU TEMPS

La conception de lignes du temps avec l'équipe d'A3PN à CRS dans le département du Sud avait pour but de **faire ressortir les facteurs de succès clés du projet A3PN**, en comparant le parcours d'une femme et son enfant touchés par le projet A3PN (Figure 4) avec le parcours d'une femme et son enfant n'étant pas touchés par celui-ci (Figure 5). Les lignes du temps des mères et enfants ont été validées, complétées et approfondies avec l'équipe A3PN à CRS dans le département de la Grand'Anse. Les facteurs de succès clés identifiés ont ensuite été analysés en fonction des étapes d'implantation du projet A3PN en consultant la ligne de vie du projet A3PN (Figure 6).





Figure 4. Parcours d'une femme haïtienne en âge de procréer cheminant vers la maternité jusqu'à ce que son enfant ait atteint cinq ans qui se trouve dans la zone d'intervention du projet A3PN et faisant partie du projet.

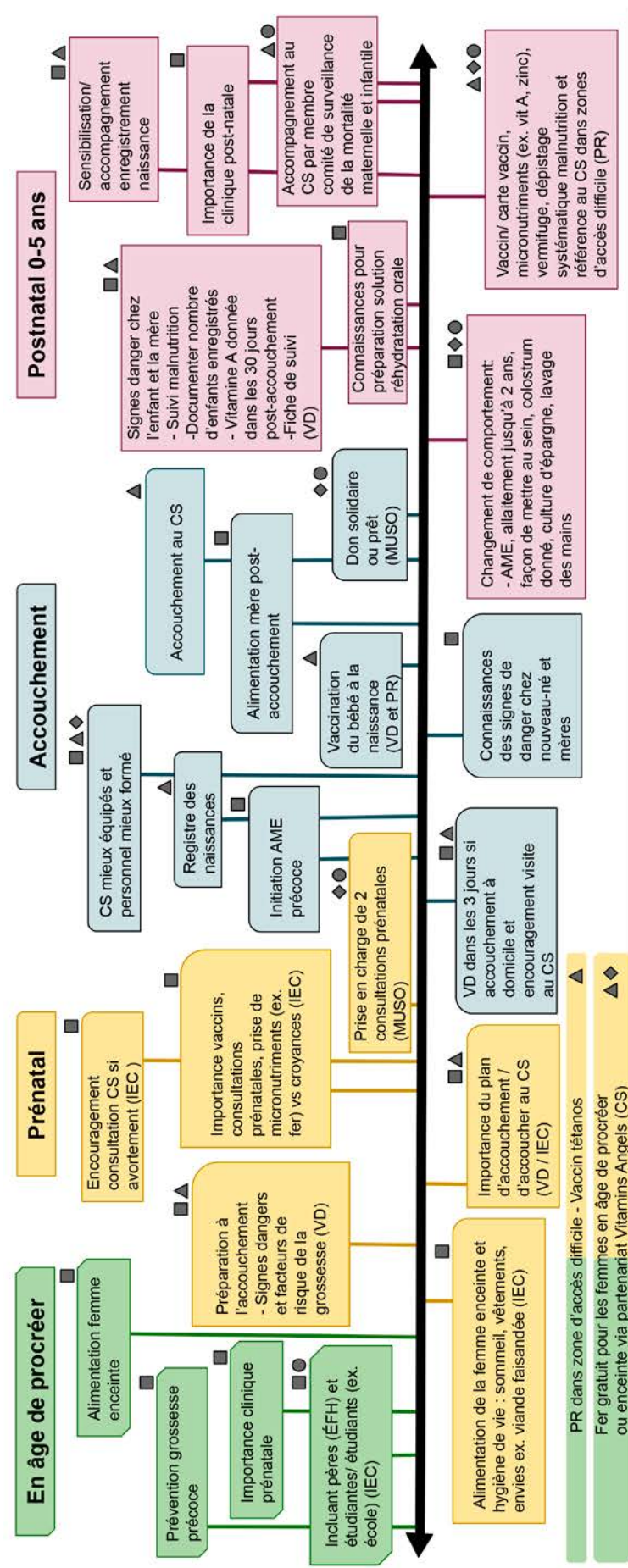


Figure 5. Parcours d'une femme haïtienne en âge de procréer cheminant vers la maternité jusqu'à ce que son enfant ait atteint cinq ans qui se trouve dans la zone d'intervention du projet A3PN, mais ne faisant pas partie du projet.

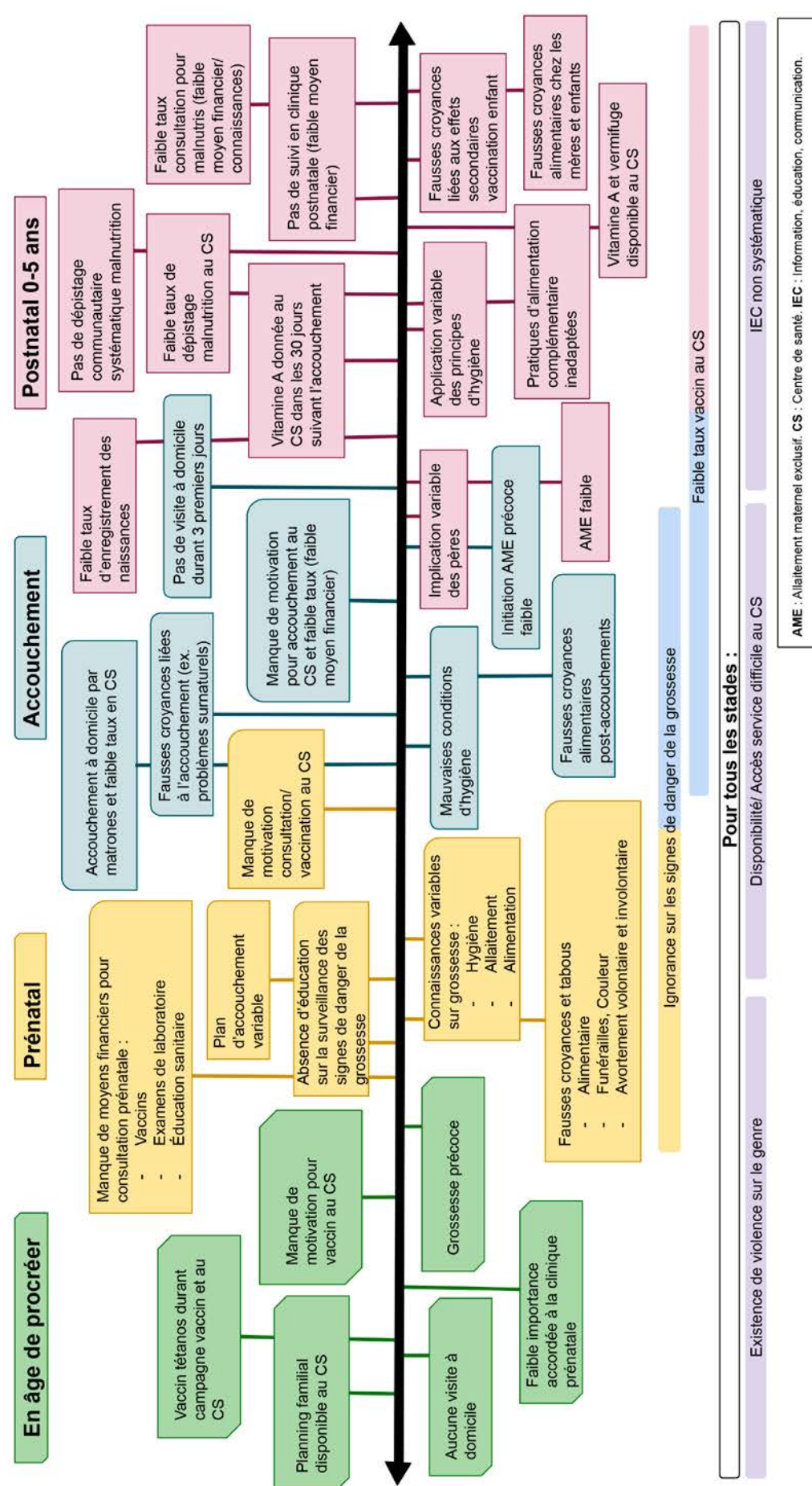
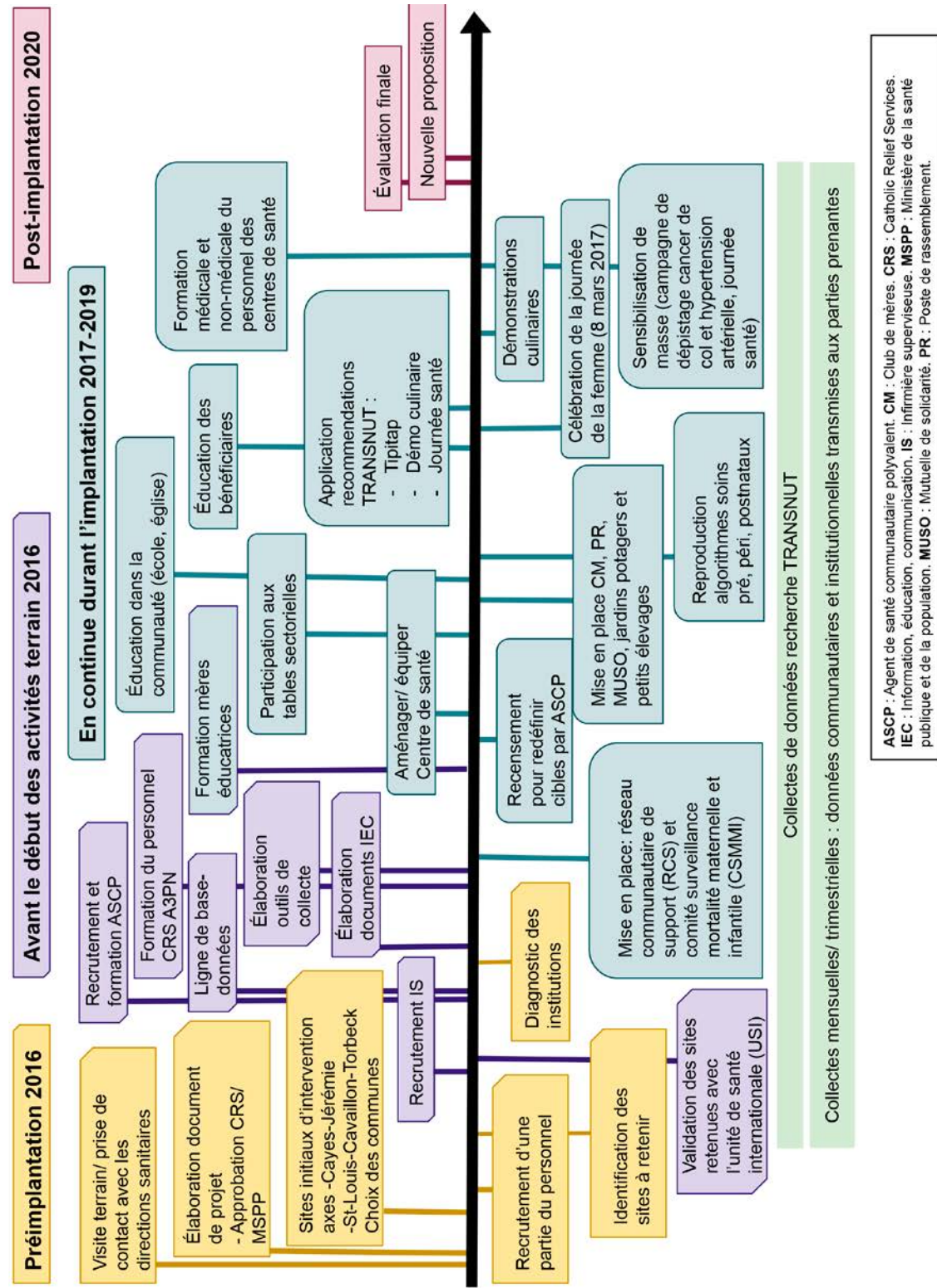




Figure 6. Ligne de vie du projet A3PN suite à sa conception, de son implantation à sa phase de sortie, de 2016 à 2020.



### 3.3 IDENTIFICATIONS DES PARTIES PRENANTES

Une des premières étapes du processus de capitalisation a été de recenser toutes les parties prenantes impliquées à un niveau ou un autre dans les activités du projet et identifier leurs rôles et responsabilités.

Voici les parties prenantes identifiées :

#### Affaires mondiales Canada (AMC)

Le rôle d'Affaires mondiales Canada était de s'assurer que le projet A3PN intègre et respecte les obligations du Canada. Pour ce faire, ses responsabilités étaient :

- L'élaboration et la signature de l'accord de contribution avec la Fondation Paul Gérin-Lajoie, maître d'œuvre du projet A3PN ;
- L'approbation du plan de mise en œuvre et des plans de travail annuels ;
- La participation aux réunions du Comité de pilotage qui se réunit annuellement ;
- Les transferts de fonds selon les budgets approuvés ;
- Assurer la conformité du projet avec les modalités énumérées dans l'accord de contribution, le plan de mise en œuvre et les plans de travail annuels ;
- Recevoir et analyser les différents documents présentés, rapports financiers et d'avancement de projet par l'agence d'exécution (la Fondation) ;
- Effectuer le suivi du projet, la planification et la commande d'évaluation et de vérifications du projet, avec la coopération de l'agence d'exécution (la Fondation) et ses partenaires ;
- Participer au Comité de pilotage.

#### Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) d'Haïti

Le rôle du MSPP était d'apporter sa collaboration au projet, afin que ce dernier puisse bien intégrer les politiques et priorités nationales en matière de santé maternelle et nutrition dans la mise en œuvre de ses activités. Plus particulièrement, le projet était mené en collaboration avec la Direction de la Santé de la Famille (DSF), la Direction sanitaire du Sud (DSS), la Direction sanitaire de la Grand'Anse (DSGA) et l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu). Son rôle se résume comme suit :

- Participer aux réunions du Comité de pilotage du projet ;
- Assurer la disponibilité en temps opportun des ressources humaines des Directions sanitaires pour participer aux visites de diagnostic de base et visites conjointes d'évaluation ;
- Collaborer avec l'équipe du projet dans la mise en œuvre des activités.

#### Fondation Paul Gérin-Lajoie (la Fondation)

La Fondation, maître d'œuvre du projet, assurait la mise en œuvre du projet A3PN en étroite collaboration avec les partenaires impliqués. Elle était responsable du lien avec AMC et le Comité de pilotage. Les responsabilités de la Fondation se déclinent comme suit :

- Élaborer le plan de mise en œuvre et dans les plans de travail annuels ;
- Réaliser et superviser l'ensemble des activités de planification, de mise en œuvre et de suivi du projet ;
- Assurer une bonne gestion financière de l'ensemble des ressources fournies par AMC ;
- Élaborer un cadre de mesure de rendement (CMR), identifier les résultats attendus et fixer les indicateurs permettant d'en assurer l'atteinte, incluant une stratégie d'atténuation des risques ;
- Effectuer la sélection et la mobilisation du personnel canadien et collaborer avec son partenaire CRS dans le recrutement des employés sur le terrain ;



- Organiser et coordonner l'ensemble des activités définies dans le plan de mise en œuvre et dans les plans de travail annuels ;
- Coordonner et concerter les apports des partenaires de mise en œuvre du projet ;
- Fournir les ressources matérielles et financières nécessaires à la réalisation du projet ;
- Présenter les demandes d'avance de fonds en fonction des besoins du projet et les justifications associées à l'utilisation des fonds ;
- Élaborer et signer des ententes avec les organisations partenaires impliquées dans le projet ;
- Assurer que les principes fondamentaux de transparence et de saines pratiques contractuelles pour les biens et services sont mis en place et respectés, et ce, pour l'ensemble du projet ;
- Fournir un appui technique au projet ;
- Organiser les rencontres des différents comités ;
- Produire les différents rapports prévus ;
- Collaborer avec le MSPP tout au long du projet ;
- Collaborer avec AMC aux évaluations et aux vérifications du projet ;
- Effectuer des missions de bilan et de planification.

### **Catholic Relief Services (CRS)**

La principale responsabilité du partenaire local, CRS, était de mettre en œuvre le projet sur le terrain, en collaboration avec la Fondation. Le personnel du projet en Haïti était basé aux bureaux de CRS aux Cayes et à Jérémie et se rendait régulièrement sur le terrain pour effectuer des visites et superviser les activités. Les responsabilités de CRS se déclinent comme suit :

- Participer à l'élaboration du plan de mise en œuvre et des plans de travail annuels ;
- Réaliser les activités de planification, de mise en œuvre et de suivi du projet ;
- Assurer une bonne gestion financière de l'ensemble des ressources fournies par la Fondation ;
- Participer à l'élaboration du cadre de mesure de rendement ;
- Effectuer la sélection et la mobilisation des employés du projet sur le terrain ;
- Assurer que les principes fondamentaux de transparence et de saines pratiques contractuelles pour les biens et services sont mis en place et respectés, et ce, pour l'ensemble du projet ;
- Fournir un appui technique au projet ;
- Collaborer avec la Fondation à l'organisation des rencontres des différents comités ;
- Participer à la production des différents rapports prévus ;
- Collaborer avec le MSPP tout au long du projet ;
- Collaborer avec la Fondation et AMC dans les évaluations et les vérifications du projet.

### **TRANSNUT, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur la transition nutritionnelle et le développement du département de nutrition de l'Université de Montréal**

Le rôle de TRANSNUT était d'appuyer le projet en encourageant la pratique de l'initiation précoce de l'allaitement et l'allaitement exclusif ainsi que l'application de pratiques exemplaires pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants par les femmes des deux départements. Pour ce faire, TRANSNUT a mobilisé des étudiants-chercheurs qui, à titre de coopérants volontaires, ont mené des recherches sur les barrières à l'allaitement exclusif, la diversité alimentaire, la qualité des repas et les déviations positives au niveau des communautés en matière d'hygiène et de nutrition. Ces étudiants-chercheurs ont également appuyé la conception des messages clés et du matériel IEC.

### **Unité de santé internationale (USI)**

L'USI, quant à elle, a contribué concrètement à l'amélioration de l'offre de services et de soins obstétricaux et pédiatriques essentiels par les 10 centres de santé présents dans les huit communes ciblées dans les départements de la Grand'Anse et du Sud d'Haïti. L'USI

était responsable de réaliser les diagnostics des 10 centres de santé appuyés par le projet, d'élaborer le plan de renforcement de capacités en fonction des besoins identifiés lors des diagnostics, de dispenser des formations continues au personnel des centres de santé et de réaliser des visites conjointes avec les autorités pertinentes en vue de la supervision et de l'évaluation de la qualité des soins offerts par le personnel de santé. Elle était également responsable de s'assurer que des algorithmes de suivi prénatal, périnatal et postnatal soient disponibles dans les centres de santé.

### **Infirmières superviseuses (IS) et agents de santé communautaire polyvalents (ASCP)**

Le rôle principal des ASCP était de gérer les activités d'IEC et les services de santé auprès d'un nombre de familles déterminées au niveau local. Pour ce faire, ils avaient ces responsabilités :

- Effectuer des visites à domicile mensuelles auprès des mères vulnérables ;
- Offrir des services de santé préventifs à fréquence mensuelle dans les postes de rassemblement communautaires ;
- Réaliser une activité d'IEC mensuelle auprès de populations diverses (femmes, jeunes, fermiers, matrones, leaders religieux) dans l'objectif d'aider à changer la perception des bénéficiaires sur certains sujets de santé maternelle et infantile ;
- Assurer l'enregistrement des naissances et des décès maternels dans leurs régions respectives pour communication aux tables sectorielles ;
- Animer les rencontres des MUSO ;
- Soutenir la communauté au niveau des jardins communautaires et familiaux.

Quant aux IS, elles étaient chacune rattachées à un centre de santé et assuraient la supervision des ASCP dans leurs tâches. Elles-mêmes se rapportaient directement aux points focaux santé du Sud et de la Grand'Anse à CRS.

### **Membres de clubs de mères et mères éducatrices**

Le rôle des mères éducatrices était de mobiliser les membres de clubs de mères à participer aux différentes activités et à consulter au centre de santé au besoin. Elles jouaient aussi un rôle au niveau du transfert des connaissances et animaient les activités d'IEC sur une base mensuelle de concert avec les ASCP.

Le rôle des membres de clubs de mères était de participer aux différentes activités du projet qui leur étaient destinées.

### **Centres de santé**

Les centres de santé étaient responsables de mener des visites de supervision aux ASCP à raison d'au moins une par mois pour chaque type d'activités programmées (poste de rassemblement, réunion de clubs de mères et visites domiciliaires). Ces supervisions avaient pour but de contribuer à une amélioration continue de la qualité des services.

Les centres de santé ont collaboré avec l'USI pour l'identification des besoins en équipement et fournitures médicales ainsi que pour la formation de son personnel. Ils avaient pour responsabilité de bien s'approprier les connaissances et compétences au bénéfice de la santé des mères et des enfants.

### **Réseaux communautaires et comités de surveillance de la mortalité maternelle et infantile (CSMMI)**

Les réseaux communautaires étaient constitués de leaders naturels et de groupes d'influence (accoucheuses traditionnelles, regroupement de femmes, regroupement d'hommes, regroupement mixte, jeunes...) identifiés dans la communauté. Le rôle des réseaux communautaires était de véhiculer les messages clés. Des activités d'IEC sur l'importance des soins pré, péri et postnataux ont été réalisées à travers les réseaux communautaires et institutionnels notamment auprès des jeunes dans les écoles et des hommes.

Chaque centre de santé comptait dans son réseau communautaire un CSMMI constitué de sept à neuf membres (notables, ASCP, matrones, prestataires institutionnels de services de santé, représentant de club de mère, etc.). Les matrones, reconnues comme de grandes influences dans la communauté et auprès des femmes enceintes et mères, agissaient comme accompagnatrices des femmes enceintes pour faire la promotion des cliniques prénatales et des accouchements institutionnels. Les CSMMI avaient un rôle de surveillance active de la mortalité maternelle et infantile. Ils pouvaient notamment avertir les institutions des accouchements susceptibles de présenter des complications et transmettre l'opinion des femmes sur la qualité de la prise en charge. Ils pouvaient ainsi accélérer la réponse aux urgences et réduire les retards pour le transfert des femmes enceintes vers les services appropriés.

#### Autorités locales

Les autorités locales ont participé aux tables sectorielles départementales. Leur rôle était de discuter des défis rencontrés et faire des recommandations pour une amélioration des données démographiques et sanitaires.

Le projet s'est aussi affilié avec les Directions départementales du Ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes (MCFDF) de manière à harmoniser ses interventions en vue de l'atteinte de l'ÉFH.

### 3.4 MÉTHODES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

La collecte d'informations dans le cadre de la capitalisation du projet A3PN avait pour but d'obtenir de la rétroaction sur tous les éléments du projet A3PN afin de répertorier les éléments qui ont bien fonctionné et les améliorations possibles dans le cas d'une réplique du projet. Cela a permis d'identifier les « recettes gagnantes » et porteuses de succès et de transformation du projet A3PN. Cette collecte d'informations est essentiellement de caractère subjectif. Les deux méthodes de collecte d'informations utilisées ont été des entretiens individuels structurés et des groupes de discussion.

#### 3.4.1 ENTRETIENS INDIVIDUELS

À la suite de l'identification de toutes les parties prenantes impliquées dans le projet A3PN, des discussions ont été tenues avec les équipes A3PN afin de cibler les personnes clés à interviewer pour le processus de capitalisation. Lorsque les parties prenantes à interroger regroupaient plusieurs personnes, des critères de sélection ont été élaborés afin de sélectionner les personnes qui allaient participer à l'entretien individuel.

Voici les titres des personnes ciblées ainsi que les critères de sélection le cas échéant :

- Directrice CRS Cayes
- Coordonnateur de projet
- Chargé de projet santé
- Points focaux santé (2 / 1 par département)
- Responsable suivi et évaluation
- Point focal IEC-ÉFH
- Point focal agropastoral
- Point focal MUSO
- IS (10 / 1 par centre de santé)

- ASCP (10 / 1 par centre de santé)
  - Doit être soucieux de son travail
  - Doit bien exprimer son point de vue
  - 5 femmes et 5 hommes
- Mères éducatrices (10 / 1 par centre de santé)
  - Doit être impliquée et avoir plus d'un an d'expérience
  - Doit appartenir à un club de mère qui a une MUSO et un jardin potager
  - Doit avoir participé à un poste de rassemblement dans la localité
- Membres de club de mères (10/1 par centre de santé)
  - Doit avoir participé au plus d'activités possible : poste de rassemblement, MUSO, visites domiciliaires, jardins potagers et petits élevages
  - S'assurer d'avoir le point de vue d'un homme
- Responsable de la formation et communication du MSPP
- Responsables des centres de santé (10 / 1 par centre de santé)
- Responsables de santé maternelle et infantile de la Direction sanitaire (2 / 1 par département)
- Responsables de santé communautaire de la Direction sanitaire (2 / 1 par département)
- Responsables de la nutrition de la Direction sanitaire (2 / 1 par département)
- Directeurs départementaux de la Direction sanitaire (2 / 1 par département)
- Administrateurs de la Direction sanitaire (2 / 1 par département)
- Coordonnateurs du réseau communautaire (10 / 1 par centre de santé)
- Coordonnateurs d'un CSMMI (10 / 1 par centre de santé)
- Autorités locales (maire ou conseiller d'administration de la section communale) (8 / 1 par commune)
- Chargée de projets internationaux de la Fondation
- Directrice des programmes internationaux de la Fondation
- Coordonnatrice de recherche de TRANSNUT
- Experts de l'USI (2 / 2 personnes impliquées dans le projet)

Certains intervenants avaient la possibilité de répondre au questionnaire par téléphone ou en présentiel ou pouvaient compléter un questionnaire par écrit et l'envoyer par la suite à l'équipe de TRANSNUT (entrevue autoadministrée). Par exemple, les membres des tables sectorielles ont répondu soit en présentiel ou par téléphone lorsqu'une rencontre en personne n'était pas possible, tandis que l'entrevue des mères éducatrices et des membres de clubs de mères étaient effectuées par une IS.

Les questionnaires d'entrevues ont été élaborés dans le but de mettre en lumière les meilleures pratiques, les leçons apprises et les améliorations possibles dans le cas d'une réplique du projet. Les questionnaires ont été adaptés selon la fonction et le rôle de chacune des parties prenantes. Ainsi, les questions du questionnaire complété par les membres des clubs de mères étaient complètement différentes de ceux complétés par les points focaux par exemple.

#### L'équipe du projet A3PN a questionné les parties prenantes du projet sur :

- Les activités à écarter, répéter ou ajouter si le projet était à refaire ;
- Les obstacles à la mise en place des activités du projet ;
- Les points forts et les points à améliorer de chacune des activités du projet qui concernent la partie prenante ;
- L'impact perçu dans la communauté ;
- Des témoignages ou commentaires ;
- Les outils jugés essentiels au projet.

Un total de 88 entrevues a été réalisé. Les informations recueillies ont été colligées et analysées en vue de la rédaction de ce rapport de capitalisation.



### 3.4.2 GROUPES DE DISCUSSION

Une autre méthode de collecte d'informations employée dans le cadre de la capitalisation du projet A3PN est la tenue de groupes de discussion. Il s'agit d'une rencontre où plusieurs membres de la communauté étaient invités à partager leur opinion sur des sujets ciblés à l'aide de questions ouvertes. L'objectif principal était de connaître l'opinion des membres des clubs de mères au sujet des diverses activités de l'initiative A3PN, en faisant ressortir les éléments qui ont bien fonctionné et ceux méritant une amélioration dans une perspective de réplication des activités du projet. La tenue de ces groupes de discussion visait à approfondir la compréhension des informations obtenues lors d'entretiens individuels réalisés auprès des mères éducatrices et membres des clubs de mères.

Un total de 10 groupes de discussion portant sur la capitalisation du projet A3PN ont eu lieu, soit un par centre de santé (Tableau 1). Parmi les clubs de mères affiliés à un centre de santé, 10 ont été sélectionnés au hasard pour participer aux groupes de discussion. Un membre de chacun des clubs de mères sélectionnés a participé au groupe de discussion pour ce centre de santé. Afin de recueillir le plus d'informations possible, les membres de clubs de mères sélectionnés devaient être des personnes volubiles qui expriment leurs opinions. Certains pères ont été invités à participer afin de recueillir également l'opinion des hommes sur les impacts du projet dans leur communauté et dans leur famille.

L'expérience professionnelle ainsi que le travail quotidien effectué auprès des ASCP et des membres de la communauté faisaient des IS les personnes toutes désignées pour agir à titre de modérateur des groupes de discussion. Les participants étaient invités à répondre à tour de rôle aux questions posées par le modérateur au sujet des points forts et des points à améliorer des différentes activités du projet A3PN, soient les clubs de mères, les MUSO, les activités agropastorales (jardins et élevage), les activités de cuisine participative (démonstrations culinaires), les visites à domicile, les postes de rassemblement ainsi que l'accompagnement au centre de santé. Les participants étaient aussi questionnés au sujet de l'implication des pères au sein des activités, des obstacles rencontrés au sein de la communauté et de son acceptation du projet ainsi que l'activité la plus utile pour leur famille et leur communauté.



## CAPITALISATION DES RÉSULTATS

Les résultats des entretiens individuels et des groupes de discussion ont été rapportés selon les quatre grands axes déterminés par le comité de capitalisation du projet A3PN, soit l'éducation, l'accès aux soins de proximité, l'accès économique et l'implication communautaire. Pour chacun des axes, les résultats ont été classés selon les différentes interventions qui ont été mises en place dans le cadre du projet A3PN. L'interrelation des axes de capitalisation est ensuite présentée, suivie de l'analyse des autres facteurs d'influence. Une fiche de partage d'expérience pour chacun des axes de capitalisation est présentée en annexe, incluant une fiche technique détaillée pour chaque activité du projet A3PN.

### 4.1 AXE DE CAPITALISATION 1 • ÉDUCATION

DIMENSION ÉDUCATION		
<p><b>ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS</b></p> <p><b>Personnel centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hygiène</li> <li>Gestion des soins</li> <li>Gestion et ressources humaines</li> <li>Leadership (p. ex. : gestion de conflits)</li> <li>Éducation nutritionnelle</li> <li>Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA)</li> </ul> <p><b>ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Curriculum du MSPP</li> <li>Formations complémentaires en ÉFH, protection de l'environnement, nutrition, etc.</li> </ul>	<p><b>ÉDUCATION DES BÉNÉFICIAIRES DIRECTS</b></p> <p><b>Femmes en âge de procréer   Femmes enceintes   Mères   Pères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ÉFH</li> <li>Hygiène</li> <li>Santé de la femme</li> <li>Nutrition</li> <li>Épargne et prêt (MUSO)</li> <li>Jardins et petits élevages</li> <li>Protection de l'environnement</li> </ul> <p>Par le biais de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites à domicile</li> <li>Clubs de mères</li> <li>Postes de rassemblement</li> </ul>	<p><b>ÉDUCATION DE LA COMMUNAUTÉ</b></p> <p><b>Mères éducatrices   Écoles et églises   Réseaux communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ÉFH</li> <li>Hygiène</li> <li>Santé de la femme</li> <li>Nutrition</li> </ul> <p><b>Comité de surveillance de la mortalité maternelle et infantile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile</li> <li>Information prénatale, périnatale et postnatale</li> <li>Signes de danger</li> <li>Registre des décès</li> </ul>

#### 4.1.1 DESCRIPTION DE L'AXE

L'éducation est un pilier de l'intervention du projet A3PN et un élément central dans l'atteinte de l'objectif ultime de ce projet, soit réduire le taux de mortalité maternelle et infantile dans les départements de la Grand'Anse et du Sud d'Haïti (voir la fiche détaillée des activités reliées à cet axe en annexe 1). En effet, la **formation du personnel des centres de santé et ASCP** a été indispensable à la tenue de la grande majorité des activités, celles-ci étant dispensées ou supervisées par ce personnel. Les employés des centres de santé ont pu profiter de formations (initiale et continue) offertes par des experts de l'USI



sur divers sujets visant à améliorer leurs pratiques, notamment la gestion des soins, la gestion des ressources humaines, le leadership (p. ex. : gestion de conflits) et l'éducation nutritionnelle. Quant aux ASCP, ils ont été formés selon le programme de 50 jours du MSPP pour être en mesure d'effectuer la surveillance de l'état de santé des MNE, le suivi de l'allaitement, la vaccination et les soins de base dans les communautés. Certains ont aussi bénéficié de formations additionnelles données par des étudiants-chercheurs de TRANSNUT pour leur permettre d'effectuer une enquête sur le terrain auprès des ménages. Les données récoltées sur les barrières à l'allaitement, à l'hygiène et à la sécurité alimentaire ont permis d'adapter les activités à la réalité des ménages en cours de projet et d'évaluer les impacts de l'initiative dans les communautés.



Formation sur la technique des trois bacs par des experts de l'USI au centre de santé de Chantal



Formation sur la gestion des ressources humaines par des experts de l'USI

©André Paul Vénor

Des séances d'éducation étaient à l'agenda de diverses activités, tels que les clubs de mères, les postes de rassemblement, les visites à domicile, les MUSO, les activités agropastorales et les activités de cuisine participative. Les **bénéficiaires directs**, soit les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ainsi que les mères et les pères des communautés, ont pu profiter de ces séances d'éducation. Les sujets abordés touchaient notamment la santé de la femme, la nutrition, l'hygiène, l'ÉFH, la protection de l'environnement et des aspects pratiques se rapportant notamment au jardinage, à l'élevage ou encore à la préparation de repas équilibrés.

**L'éducation des communautés** s'est faite notamment via la formation de mères éducatrices et via les activités d'IEC animées dans les écoles, les églises et les réseaux communautaires. Une formation de trois jours a été offerte à 142 mères et 3 pères afin de devenir mère éducatrice ou père éducateur et ainsi devenir leader d'un club de mères près de leur lieu de résidence. Les ASCP ont travaillé de concert avec ces mères éducatrices et pères éducateurs dans le but de fournir de nombreuses activités d'IEC. Ces activités ont été menées auprès de populations diverses (femmes, jeunes, fermiers, matrones, leaders religieux) dans l'objectif de favoriser les changements de perceptions des bénéficiaires sur certains sujets relatifs à la santé, et ultimement d'induire des changements de comportement.

Chaque centre de santé comptait dans son réseau communautaire un **CSMMI** qui était responsable de faire le lien entre les communautés et les institutions de santé. Leur rôle principal était d'assurer une surveillance active de la mortalité maternelle et infantile. Il faisait aussi partie du mandat des ASCP d'assurer l'enregistrement des naissances et des décès maternels, dans leur région respective, dans le but de communiquer les données aux tables sectorielles. Toujours dans le but d'assurer une surveillance périnatale efficace dans les centres de santé locaux, des algorithmes ont été développés et des séances d'éducation sur les signes de danger lors de la grossesse, les problèmes liés à la mortalité infantile et maternelle ainsi que l'importance des consultations périnatales ont été offertes.



« Kounyeya yo konn tout siy danje kay fanm ansent e depi yo wè siy sa yo parèt, yo tout swit kouri pou ale lopital. »

« **Maintenant les femmes connaissent tous les signes de danger au cours de la grossesse et dès qu'ils se présentent elles s'empressent de consulter à l'hôpital.** » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Corail]



Remise de brancards pour le transport des malades au CSMMI de Moron

#### 4.1.2 CONSTATS

Selon les répondants, les clubs de mères et les activités de mise en valeur des clubs de mères seraient à répéter lors d'un autre projet, notamment parce que ces initiatives permettent le transfert des connaissances aux membres de la communauté, conscientisent à l'adoption de comportements sains en plus de favoriser l'émancipation des femmes. Les activités éducatives relatives à l'ÉFH, la nutrition et l'hygiène ont été perçues comme essentielles et devraient être répliquées. De nombreux témoignages au sujet des séances d'IEC portant sur la protection de l'environnement et l'ÉFH rendent compte de l'appréciation de ces activités.

Il a été mentionné par plusieurs personnes que les activités de **formation** du personnel de santé et des ASCP étaient indispensables pour augmenter leur niveau de compétence et les rendre aptes à offrir des soins de santé de qualité à la population, non seulement dans le cadre du projet, mais aussi après la fin du projet. La formation devrait impérativement être une composante majeure d'un tel projet. Le changement de comportement relatif à la santé est un processus complexe, certes, mais l'éducation de la communauté en est une étape cruciale.

De plus, la **collaboration avec les partenaires externes** a permis d'améliorer le volet éducatif grâce au partage d'outils éducatifs et grâce à l'aide apportée dans la réalisation de certaines formations.



Les **activités d'éducation communautaire** ont été nommées parmi les plus réussies en termes d'implantation. Le haut taux de participation et l'accueil à bras ouverts du personnel des écoles démontrent l'intérêt des gens de la communauté envers ces activités.

La disponibilité de documents et la compétence des formateurs pour les formations des ASCP et du personnel des centres de santé ont été mentionnées comme ayant facilité la tenue des activités. Par exemple, la disponibilité et l'utilisation du guide « Gid manman edikatriss yo » a permis d'utiliser de bonnes techniques d'animation lors des activités d'éducation communautaire et a permis que la formation des mères éducatrices soit adaptée au niveau d'éducation de la majorité des mères. Le guide serait donc à réutiliser dans un cas de réplique du projet. Les thèmes abordés lors de la formation du personnel ainsi que lors des clubs de mères ont été jugés pertinents et utiles. Le budget accordé pour la formation des ASCP, des mères éducatrices et du personnel de santé était suffisant et ressort parmi les meilleures pratiques de la dimension éducation.

Parmi les **obstacles** mentionnés explicitement par les membres des CSMMI, notons le manque de moyens mis à leur disposition pour le fonctionnement efficace des comités. L'absence de salaire ou d'incitatifs financiers a découragé et démotivé certains membres à participer aux activités. Notons également les difficultés à intervenir dans les zones reculées, faute de moyens de transport ou d'effectif réduit. Parmi les autres obstacles nommés par les répondants, notons l'ouragan Matthew qui a retardé la formation initiale des ASCP et un budget insuffisant pour combler les demandes de formation relatives à l'ÉFH et à la protection de l'environnement ainsi que pour réaliser les interventions prévues dans le cadre du PDC.

La **collaboration étroite avec le MSPP** dans la formation des ASCP a facilité la formation offerte. Toutefois, malgré des critères de sélection préétablis par le MSPP, certaines personnes sélectionnées n'étaient pas en mesure de bien exercer cette fonction. De plus, il aurait été avantageux de bien définir le rôle de chacune des parties avant de débiter les activités afin de limiter les problèmes lors de la sélection et la formation des ASCP.

Lorsque questionnés par rapport aux activités qui seraient à ajouter dans un prochain projet semblable par rapport à l'axe éducation, de nombreux intervenants et bénéficiaires ont mentionné le grand besoin pour un volet éducatif traitant de la **santé sexuelle et reproductive**, incluant les méthodes de planification familiale et les violences sexuelles. Considérant que CRS ne travaille pas sur les questions de planification familiale, un partenaire complémentaire aurait été pertinent. Il y a également eu de l'intérêt pour la mise en place d'activités pour les jeunes, par exemple, la création de clubs pour les jeunes filles afin de les sensibiliser et de diminuer le taux de grossesses précoces.

Les bénéfices perçus par les différents intervenants et les bénéficiaires directs de l'initiative A3PN concernant les activités liées à l'axe éducation (l'éducation destinée aux professionnels, l'éducation aux bénéficiaires directs du projet et l'éducation de la communauté) sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les informations qui y sont répertoriées ont été rapportées directement par les intervenants et bénéficiaires du projet et mettent en lumière les répercussions positives perçues en lien avec les activités du volet éducatif.

**Tableau 3. Bénéfices perçus par les intervenants et bénéficiaires directs du projet pour la dimension éducation**

ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS	
<b>Formation du personnel du centre de santé<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A amélioré les connaissances, le niveau de compétence et les capacités du personnel dans plusieurs domaines ;</li> <li>→ Le renforcement des capacités du personnel (formation continue) par l'USI a amélioré les pratiques et les prestations de services via les recommandations constructives qui en découlent ;</li> <li>→ A su répondre aux besoins des gestionnaires et prestataires de services.</li> </ul> <p><b>Témoignage des experts de l'USI</b>  <i>« Des difficultés ont été rencontrées en début de projet dans la commune de Moron. On a pensé à abandonner cette commune. Toutefois, il y a eu un engouement pour les formations et les pratiques de gestion améliorées proposées de la part des principaux acteurs. Les progrès ont ensuite été manifestes et l'évolution a été positive. Finalement, le centre de santé de Moron a été un de ceux qui a montré [le] plus d'amélioration, notamment en matière de gestion des ressources humaines et gestion des conflits. »</i></p>
<b>Formation des ASCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A répondu à un besoin de formation, en plus de permettre aux ASCP déjà formés par le MSPP d'être intégré dans les activités propres au projet ;</li> <li>→ Le bagage de connaissances fournit aux ASCP a facilité leur travail et leur a permis d'offrir un service de qualité ;</li> <li>→ A permis de sensibiliser et d'éduquer la population ;</li> <li>→ A augmenté la crédibilité des ASCP ;</li> <li>→ La formation initiale des ASCP a permis la mise en œuvre des principales activités du projet ;</li> <li>→ Grâce aux formations reçues, l'implication des ASCP dans certaines activités pourra se poursuivre même après la fin du projet.</li> </ul>
<b>Partenariats externes<sup>2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ont permis le partage de connaissances entre les partenaires.</li> </ul>

<sup>1</sup> Les bénéfices perçus de la formation du personnel du centre de santé se rapportant à l'accès aux soins de proximité sont présentés dans l'axe accès aux soins de proximité (section 4.2).

<sup>2</sup> Les bénéfices perçus des partenariats externes se rapportant à l'accès aux soins de proximité sont présentés dans l'axe accès aux soins de proximité, de même que les meilleures pratiques, les défis et stratégies de mitigation ainsi que les leçons apprises. (section 4.2).



## ÉDUCATION DES BÉNÉFICIAIRES DIRECTS

Activités agropastorales<sup>3</sup>

- Ont facilité la préparation de repas équilibrés grâce aux œufs produits par les poules pondeuses et les légumes des jardins ;
- Ont permis l'acquisition de connaissances et compétences en jardinage, compostage et élevage ;
- Ont favorisé la consommation d'aliments locaux et biologiques.

## Clubs de mères

- Une des meilleures stratégies pour le partage d'information et pour faire passer les messages aux membres de la communauté qui ne sont pas directement touchés par le projet ;
- Ont amélioré les connaissances et conscientisé les membres sur différentes problématiques et comportements à adopter ;
- Les connaissances acquises par les mères demeurent utiles pour la vie ;
- Les activités de mise en valeur des clubs modèles ont permis aux femmes de s'émanciper ;
- La construction de Tippy Tap a permis de mettre en application les bonnes pratiques d'hygiène enseignées ;
- La participation de certains jeunes aux clubs (certains parents les encouragent à y participer) a permis de les sensibiliser ;
- L'implication des pères a permis de les impliquer davantage dans la prise en charge de la santé de leur enfant et a contribué au renforcement de l'application des recommandations ;
- Les séances d'éducation ont permis d'observer des changements de comportement chez la plupart des membres du club ;
- Les parents éducateurs prennent mieux soin de la santé de leur famille grâce aux sujets éducatifs discutés.

Cuisine participative<sup>5</sup>

- Ont facilité le partage d'expériences et de connaissances entre les mères ;
- Ont augmenté les compétences à préparer des repas équilibrés, ce qui favorise la santé ;
- Supportaient les messages véhiculés dans les autres activités (clubs de mères) et facilitaient leur mise en application
  - Reconnaître et identifier les trois groupes alimentaires
  - Appliquer de bonnes pratiques d'hygiène ;
- Donnait suite aux activités agropastorales en apprenant à utiliser les aliments du jardin et en encourageant la consommation de produits locaux ;
- Ont renforcé les liens de convivialité et ont permis de réunir les membres des clubs.

**Témoignage d'un coordonnateur de réseau communautaire**

« Je dis merci à A3PN pour toutes les formations reçues, on sait maintenant comment équilibrer nos repas sans avoir besoin de beaucoup d'argent et comment mieux gérer nos aliments disponibles. »

3 Les bénéfices perçus des activités agropastorales se rapportant à l'accès économique sont présentés dans l'axe accès économique, de même que les meilleures pratiques, les défis et stratégies de mitigation ainsi que les leçons apprises. (section 4.3).

4 Le tippy tap est un dispositif simple non coûteux qui permet le lavage des mains là où l'eau ne coule pas dans les robinets. Il est surtout utilisé en milieu rural.

5 Les bénéfices perçus des activités de cuisine participative se rapportant à l'accès économique sont présentés dans l'axe accès économique, de même que les meilleures pratiques, les défis et stratégies de mitigation ainsi que les leçons apprises. (section 4.3).



Tippy tap dans une résidence de Chantal



« Nou te kapab fè manje men nou pa te gen enfomasyon sou ki jan balanse manje. »

« Nous étions capables de cuisiner, mais nous n'étions pas informés sur comment équilibrer nos repas. » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Corail]



ÉDUCATION DE LA COMMUNAUTÉ	
<b>Formation des mères éducatrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A aidé les ASCP dans leurs tâches et diminué leur charge de travail ;</li> <li>→ A permis de porter les connaissances le plus loin possible dans les communautés ;</li> <li>→ Les compétences et savoirs acquis par ces mères demeurent dans la communauté après la fin du projet, ce qui permet d'espérer des changements de comportement et la pérennité de certaines activités ;</li> <li>→ La formation et le guide de formation ont permis aux mères d'acquérir les compétences nécessaires à l'animation des clubs de mères.</li> </ul>
<b>Activités d'éducation communautaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ont permis de faire passer les messages clés à un plus grand nombre de personnes et d'atteindre différents publics cibles (p. ex. : les enfants, les jeunes et les adolescents dans les écoles, la population active dans les réseaux communautaires, les religieux, les personnes âgées dans les églises) ;</li> <li>→ Les séances d'IEC abordant la nutrition et l'hygiène ont incité les gens à adopter de nouvelles pratiques et à changer certains comportements ;</li> <li>→ Ont renforcé la sensibilisation par rapport à la fréquentation des services du centre de santé ;</li> <li>→ Réduction considérable de la violence faite aux femmes suite aux messages véhiculés à ce sujet lors des célébrations du 8 mars (journée internationale des femmes) ;</li> <li>→ Le partage d'information se poursuit au sein de la communauté grâce aux activités d'IEC et à la sensibilisation de masse.</li> </ul>
<b>Activités sur l'ÉFH et activités sur la protection de l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les femmes sont désormais plus conscientes de leurs droits ;</li> <li>→ Ont permis de former et convaincre des leaders de la communauté sur l'importance de l'ÉFH dans le développement et de leur faire prendre conscience des conséquences de la violence basée sur le genre pour la société ;</li> <li>→ La sensibilisation liée à l'environnement a permis d'induire des changements de comportement (p. ex. : diminution de l'utilisation du plastique) en augmentant les connaissances de son impact sur l'environnement.</li> </ul>
<b>CSMMI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Augmentation de la fréquentation des centres de santé par les femmes et augmentation du nombre d'accouchements institutionnels ;</li> <li>→ Ont permis la sensibilisation des membres de la communauté et le partage de connaissances sur divers sujets en lien avec la mortalité maternelle et infantile (signes de danger, importance des visites prénatales, etc.) ;</li> <li>→ Ont aidé les ASCP dans leurs tâches ;</li> <li>→ Ont permis d'investiguer les cas de décès materno-infantile ;</li> <li>→ Diminution de décès maternels et infantiles</li> </ul> <p><b>Témoignage d'un ASCP</b> « Ce regroupement est considéré comme l'œil de la communauté »</p>

## ÉDUCATION DE LA COMMUNAUTÉ

<b>CSMMI (suite)</b>	<p><b>Témoignage d'un coordonnateur de CSMMI</b> « Il y [avait] une femme qui était enceinte, elle avait de fortes douleurs dans le bas ventre, les gens lui conseillaient de voir un médecin traditionnel, elle a refusé et [est venue me chercher]. Je lui ai parlé et orienté vers un centre hospitalier. Elle y a été et a accouché à temps. Elle a sauvé son enfant. »</p>
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 4.1.3 MEILLEURES PRATIQUES

## Éducation des professionnels

## Formation du personnel de santé

- Identification adéquate des besoins en formation ;
- Pertinence des thèmes de formation ;
- Disponibilité de documents pour la formation ;
- Compétence des formateurs ;
- Formations pratiques (plutôt que théoriques) ;
- Suivi des sessions de formation effectué ;
- Soutien financier suffisant permettant la mobilisation et la rémunération de ressources humaines qualifiées et l'obtention de ressources matérielles et logistiques globalement satisfaisant ;
- Formation offerte dans tous les centres de santé ;
- Utilité de la formation sur la gestion de conflits ;
- Formation offerte aux titulaires de différents postes (personnel médical, administratif, de soutien, etc.) ;
- Délivrance de certificat suite aux formations ;
- Implication des Directions sanitaires dans l'application du PDC pour donner de la crédibilité aux interventions, assurer une pleine appropriation et faciliter les suivis et répliques.

## Formation des ASCP

- Respect des critères de sélection définis par le MSPP lors du recrutement dans les communautés ;
- Formation par les formateurs du MSPP ;
- Prise en charge du budget de la formation jusqu'à la certification des ASCP ;
- Disponibilité de documents pour la formation ;
- Compétence des formateurs ;
- Lieu de formation adapté aux besoins ;
- Délai de formation respecté ;
- Large étendue des formations (MUSO, élevage, agriculture, protection de l'environnement, etc.).

## Éducation des bénéficiaires directs

### Clubs de mères

- Fréquence des rencontres (bimensuelles) adéquate ;
- Séances éducatives à chaque rencontre ;
- Pertinence des sujets traités lors des séances d'éducation sanitaire ;
- Implication des pères.



« CRS vin parèt tankou sikològ, li vin fè nou reprann bon sans nou. A lèd de kleb sa yo, li vin montre nou koman pou nou viv e koman pou nou etabli prinsip dijjèn nan mitan nou ki se baz tout sosyete, paske yon sosyete kap viv san prensip dijjèn se yon sosyete ki mouri. »

« CRS a été comme un psychologue, il nous a faire reprendre le droit chemin. À l'aide des clubs de mères, il nous a montré comment vivre et comment appliquer les principes d'hygiène au sein de notre communauté parce qu'une société qui vit sans ces principes, c'est une société qui s'éteint. »  
(traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Carcasse]

## Éducation à la communauté

### Formation des mères éducatrices

- Prise en charge du budget de la formation par le projet ;
- Formation assurée par le personnel du projet ;
- Élaboration et disponibilité d'un guide de formation pour les mères (« Gid manman edikatri yo ») ;
- Formation adaptée au niveau d'éducation de la majorité des mères ;
- Suivi des sessions de formation effectué.

### Activités d'éducation communautaire

- Techniques d'animation réussies grâce à l'utilisation du guide d'éducation (« Gid manman edikatri yo ») ;
- Nombreuses séances ont l'avantage d'aborder des thèmes variés ;
- Collaboration entre la Direction et les ASCP lors des séances dans les écoles.

### CSMMI

- Fréquence des rencontres (mensuelles) adéquate ;
- Distribution de civières afin de transporter les femmes enceintes à l'hôpital ;
- Collaboration entre le centre de santé, les ASCP et les membres de la communauté ;
- Formation initiale offerte aux membres par les IS ;
- Incitatifs à se rendre aux rencontres (« goûters » offerts) ;
- Séances d'éducation données de manière continue aux membres du comité ;
- Visites domiciliaires aux femmes enceintes et allaitantes par les membres des comités.

Pour sélectionner les mères éducatrices et les infirmières superviseuses, certains critères ont été pris en considération. Afin de faciliter le processus de sélection et de sélectionner les personnes les plus qualifiées pour jouer ce rôle, les ASCP ont été questionnés sur les qualités d'une excellente mère éducatrice et les IS ont été questionnées sur les qualités qui distinguent une excellente IS.

Lorsque questionnées sur les **qualités les plus importantes chez une mère éducatrice**, les ASCP ont mentionné les qualités suivantes :

- Sage ;
- Esprit de leadership ;
- Capacité de gérer des conflits ;
- Intelligente ;
- Communique de façon claire et explicite des messages éducatifs ;
- Respectueuse ;
- Sens des responsabilités ;
- Esprit de collaboration pour la réussite des activités.

Lorsque questionnées sur les **qualités les plus importantes chez une IS**, les IS ont mentionné les qualités suivantes :

- Sens des responsabilités ;
- Sens de l'observation ;
- Esprit de leadership ;
- Capacité de travailler en équipe ;
- Capacité de gérer des conflits ;
- Patiente ;
- Communique de façon efficace ;
- Capable d'exécuter les tâches ;
- Capable d'accompagner son personnel.

Dans l'éventualité où un projet semblable au projet A3PN voyait le jour et devait être implanté dans de nouveaux centres de santé, nous avons demandé aux responsables des centres de santé du projet A3PN quels conseils ils donneraient aux prochains responsables des centres de santé. Leur premier conseil était d'assurer une bonne collaboration avec toute l'équipe du projet afin d'avoir de bonnes relations tant au niveau communautaire qu'institutionnelle. Selon eux, cela se reflètera positivement dans la fréquentation du centre de santé. Leur deuxième conseil était de mettre en application les formations reçues.

## 4.1.4 DÉFIS ET STRATÉGIES DE MITIGATION

### Éducation des professionnels

#### Formation du personnel de santé

- Formations au sein des centres de santé : le plan de développement des capacités (PDC) favorisait une approche « sur le tas », c'est-à-dire au sein même des centres de santé pour faciliter l'application en milieu de travail. Or, des contraintes de temps et de logistique pour les formations n'ont pas toujours favorisé la pleine appropriation par les bénéficiaires.
  - Stratégies de mitigation :
    - Former davantage les infirmières superviseuses et les points focaux santé sur le plan de PDC ;
    - Développer des outils de suivi et de renforcement des compétences à l'attention du personnel présent au sein des structures de santé (dans ce cas-ci, à l'attention des infirmières superviseuses et des points focaux santé) ;
    - Prévoir tous les matériels, équipements et espaces nécessaires pour la dispensation des formations et de leur application (p. ex. : filières pour l'archivage des dossiers médicaux) ;
    - Organiser les séances de formation en coordonnant les calendriers complexes des formateurs et des formés pour assurer la présence des personnes pertinentes.



- Formations à l'extérieur du centre de santé, spécifiquement GESTA international : tous les participants n'ont pas été en mesure de s'approprier des compétences et de pouvoir les répliquer dans le cadre de leurs fonctions.
  - Stratégies de mitigation :
    - Assurer une sélection de participants répondant aux critères de connaissances, compétences et capacité à répliquer ;
    - Prévoir une évaluation des compétences par les instances formatrices (SHOG) post formation sur le lieu de travail pour assurer la correction des mauvaises pratiques.
- Manque de participation des Directions sanitaires dans la mise en œuvre du PDC.
  - Stratégies de mitigation :
    - Impliquer les Directions sanitaires dès le développement du PDC ;
    - Assurer la présence de représentants des Directions sanitaires dans les séances de formation ;
    - Assurer des séances de débriefing avec les Directions sanitaires suite aux formations.

### Formation des ASCP

- Libre arbitre de l'équipe du MSPP dans la sélection des ASCP a mené à la sélection de personnes « non aptes » à exercer cette fonction (malgré les précautions prises lors du processus de recrutement).
  - Stratégies de mitigation :
    - Pour une prochaine initiative, imposer le respect des critères de sélection ;
    - Développer un plan de développement des compétences des ASCP en collaboration avec le MSPP, incluant la formation initiale, des formations de recyclage et des formations spécifiques aux activités du projet ;
    - Donner un appui continu par du personnel qualifié, dans ce cas-ci les IS et les points focaux santé, pour assurer la maîtrise des compétences nécessaires.
- Défection de certains ASCP après l'embauche restée sans remplacement, car l'embauche et la formation de nouveaux ASCP n'étaient pas prévues au budget.
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir dans le plan de développement des compétences des ASCP des formations initiales pour des agents commençant tardivement dans le projet pour assurer des remplacements.
- Manque de visibilité des ASCP (auraient apprécié des items les identifiant plus tôt durant le projet : ont reçu des casquettes et chandails, mais seulement à l'an trois).
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir dès la certification des ASCP la remise des équipements d'identification nécessaires.
- Problématique de prise en charge incertaine des ASCP lors de la fin du projet.
  - Stratégie de mitigation :
    - Si le projet ne peut plus être continué, il a été suggéré de continuer à mener le plaidoyer avec le MSPP et les Directions sanitaires pour que les ASCP restent et soient pris en charge.

### Éducation des bénéficiaires directs

#### Clubs de mères

- Absences observées dans certaines activités des clubs de mères, soit par des mères ou des mères éducatrices.

- Stratégies de mitigation :
  - Favoriser la formation de binômes mères éducatrices pour un meilleur partage des responsabilités ;
  - Prévoir des séances de formation continue pour les mères éducatrices ;
  - Réaliser les activités dans des moments opportuns pour les mères (p. ex. : pas en même temps que les jours de marché).
- Manque d'uniformité entre les activités des différents clubs de mères.
  - Stratégie de mitigation :
    - Puisque toutes les activités n'ont pas pu être mises en place dans tous les clubs, il aurait été préférable de faire une évaluation technique pour décider quelle activité sera mise en place dans quel club.
- Manque de soutien dans certaines activités (p. ex. : soutien aux activités d'assainissement total mené par la communauté).
- Trop petit effectif (ratio ASCP/club de mères).
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir dès le début du projet le nombre d'ASCP qui sera nécessaire pour mener à bien les activités.
- Résistance initiale des hommes face aux clubs de mères – sentiment d'exclusion.
  - Stratégies de mitigation :
    - Inclure des pères dans les activités de clubs de mères ;
    - Revoir l'approche club de mères pour des clubs de parents, en planifiant des activités conjointes et des activités spécifiquement pour les femmes et les hommes ;
    - Travailler sur les concepts de masculinités positives.

### Éducation à la communauté

#### Activités d'éducation communautaire

- Manque de variété dans la conception de matériel pour les activités IEC.
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir une plus grande diversité dans la nature des matériels IEC, incluant du matériel audiovisuel.
- Tous les besoins en matière d'éducation communautaire n'ont pu être comblés, notamment un besoin identifié pour des latrines construites et réhabilitées.
  - Stratégies de mitigation :
    - S'assurer d'avoir un bon plan d'activités d'éducation communautaire répondant aux besoins des communautés et en accord avec les priorités du MSPP ;
    - Sensibiliser les communautés sur les limites possibles des interventions pouvant être réalisées dans le cadre d'un projet et en respect des priorités du MSPP.

#### CSMMI

- Les rôles et responsabilités des membres des CSMMI ne sont pas toujours compris.
  - Stratégie de mitigation :
    - Assurer un plan de formation et d'accompagnement des CSMMI.
- Le manque de motivation et le désengagement de certains membres des CSMMI peuvent être observés en cours de mise en œuvre.
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir des dédommagements financiers et repas lors de la réalisation des rencontres.

- Le manque de visibilité, de reconnaissance et de moyens techniques des CSMMI.
  - Stratégies de mitigation :
    - Prévoir des certificats suite à la formation initiale ;
    - Organiser plus d'activités de sensibilisation lors des fêtes patronales ;
    - Prévoir des ressources pour faciliter et valoriser le travail des CSMMI (équipements, matériels, dépliants pour les séances IEC).
- Manque de collaboration entre les projets des différentes organisations au sein d'une même commune.
  - P. ex. : Entre A3PN et le projet de cliniques mobiles de l'organisation MIMSI : les ASCP devaient normalement référer les femmes au centre de santé, alors qu'elles sont parfois référées à l'extérieur de la commune par un autre projet, ce qui rend difficile le recensement en milieu hospitalier.

#### 4.1.5 LEÇONS APPRISSES

- **La réalisation des journées de mobilisation et de sensibilisation de masse** présente le triple avantage de créer plus de visibilité autour du projet, d'augmenter la participation et l'implication des communautés, des clubs de mères et autres, dans les activités du projet et enfin de réaliser des actions d'envergure qui puissent contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants en particulier.
- **Remplacement des ASCP**, il est normal que dans la vie d'un projet, les employés changent pour diverses raisons. Le projet avait prévu former 75 ASCP, mais n'avait pas prévu de faire des remplacements, incluant de la formation. Ainsi, le projet a perdu trois ASCP qui n'ont pu être remplacés.
- Les **symboles de reconnaissance** des personnes impliquées dans les activités, telles la remise de certificat suite à une formation et l'offre d'accessoires à l'effigie du projet, sont extrêmement appréciés et peuvent contribuer à la mobilisation des acteurs.
- La **pleine participation des Directions sanitaires** est clé dans la valorisation et l'acceptation des interventions au sein des centres de santé en plus de contribuer à l'appropriation par les Directions des interventions du projet.
- En plus des formations initiales pour les différents types de bénéficiaires et intervenants (ASCP, mères éducatrices, etc.), prévoir de la **formation continue**.

#### 4.1.6 ÉLÉMENTS BUDGÉTAIRES

Afin d'assurer la réussite de l'axe éducation, il faut prévoir des **fonds** pour :

<b>Formation du personnel de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Frais relatifs à l'analyse des besoins et l'évaluation des compétences (honoraires, logistique, etc.)</li> <li>✓ Frais de formateurs internationaux et nationaux (honoraires et sous-traitance)</li> <li>✓ Logistique pour les formateurs (déplacement, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Logistique pour les personnes formées (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Outils et matériel pour les formations</li> <li>✓ Outils et matériel pour appliquer les acquis des formations</li> <li>✓ Certificats de formation</li> <li>✓ Outils de suivi et d'évaluation</li> <li>✓ Frais relatifs à l'accompagnement (IS, activités de recyclage, etc.)</li> </ul>
<b>Formation des ASCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formation initiale, formations de recyclage, formations ponctuelles relatives au projet</li> <li>✓ Frais pour formation d'ASCP remplaçants</li> <li>✓ Frais de formateurs accrédités par le MSPP pour formation initiale</li> <li>✓ Logistique pour les formateurs (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Logistique pour les personnes formées (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Outils et matériel pour les formations</li> <li>✓ Développement et reproduction du Guide de formateur pour les ASCP</li> <li>✓ Certificats de formation</li> </ul>
<b>Clubs de mères</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Matériel et outils de démonstration (affiches, etc.)</li> </ul>
<b>Formation des mères éducatrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Matériel et outils de démonstration (affiches, etc.)</li> <li>✓ Logistique de formation (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Développement et reproduction du Guide pour les mères éducatrices</li> </ul>
<b>Activités d'éducation communautaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Matériel d'IEC</li> <li>✓ Logistique pour l'organisation des activités communautaires (sonorisation, transports, chaises, tables, banderoles, etc.)</li> <li>✓ Développement et reproduction du Guide d'éducation sur la protection de l'environnement</li> </ul>
<b>CSMMI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Outils et matériel pour les formations</li> <li>✓ Frais de formateurs</li> <li>✓ Logistique pour les formateurs (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Logistique pour les personnes formées (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Perdiem pour les rencontres mensuelles</li> </ul>





Le budget accordé pour la formation des ASCP, des mères éducatrices et du personnel de santé était jugé suffisant et ressort parmi les meilleures pratiques de la dimension éducation. Toutefois, pour assurer le renforcement de l'axe d'éducation, il faudrait prévoir **plus de fonds** pour :

- La réalisation des interventions dans le cadre du PDC ;
- Poursuivre la formation avec les membres du CSMMI ;
- Offrir des frais de déplacement plus significatifs aux membres des CSMMI ;
- La conception de matériel audiovisuel pour les activités d'IEC ;
- Concevoir d'autres activités d'éducation à la protection de l'environnement pour répondre à la demande ;
- Concevoir d'autres activités d'éducation en ÉFH pour répondre à la demande.

## 4.2 AXE DE CAPITALISATION 2 • ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

DIMENSION ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ		
<p><b>INSTALLATIONS ET SERVICES DE SANTÉ</b></p> <p><b>Centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipements fournis</li> <li>• Réhabilitation des lieux</li> <li>• Formation du personnel</li> <li>• Partenariat avec <i>Vitamin Angels</i></li> </ul> <p><b>Cliniques mobiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logistique</li> <li>• Transport</li> </ul>	<p><b>ACCOMPAGNEMENT CIBLÉ</b></p> <p><b>Visites à domicile par les ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi post-accouchement</li> <li>• Suivi des cas de malnutrition</li> <li>• Identification des familles à risque et suivi</li> <li>• Lien patients-centre de santé (référéncement au besoin)</li> </ul> <p><b>Accompagnement pour différents soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de santé</li> <li>• Accouchement</li> </ul>	<p><b>PRESTATION DE SERVICES DANS LES LOCALITÉS</b></p> <p><b>Postes de rassemblement mensuels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Micronutriments</li> <li>• Solutions de réhydratation orale</li> <li>• Vermifuges</li> </ul> <p><b>PARTENARIATS AVEC ORGANISMES EXTERNES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vitamin Angels</i></li> <li>• <i>Haitian Health Foundation</i></li> <li>• Médecins du Monde-France</li> </ul>

### 4.2.1 DESCRIPTION DE L'AXE

Tout comme l'éducation, la dimension d'accès aux soins de proximité était un élément central du projet afin d'atteindre les objectifs intermédiaires et l'objectif ultime du projet (voir la fiche détaillée des activités reliées à cet axe en annexe 2). Cette dimension implique les **installations et services de santé** dispensés par les **centres de santé** des diverses localités ainsi que les **cliniques mobiles**. L'axe d'accès aux soins de proximité concerne inévitablement la prise en charge par l'administration des divers soins médicaux dans ces institutions. L'ouragan Matthew a eu des impacts sur la mise en œuvre du projet, notamment en abimant les 10 centres de santé appuyés par le projet, ce qui a nécessité une réévaluation

des besoins pour chacun des centres en collaboration avec l'USI. À la suite de l'évaluation des besoins en fournitures médicales, en ressources humaines et en équipements dans les centres de santé, le projet a pu fournir des équipements, améliorer les lieux, former du personnel et créer des partenariats intéressants. Les 10 centres de santé ont bénéficié de formations offertes par les experts de l'USI visant le renforcement des compétences. De plus, 88 visites conjointes de supervision ont eu lieu au niveau des centres de santé, permettant de constater le bon fonctionnement et les difficultés éprouvées ainsi que de déterminer les mesures correctives appropriées au besoin. Ces visites avaient un caractère formatif puisqu'elles permettaient non seulement de proposer des améliorations, mais aussi d'offrir une assistance sur place aux prestataires.



Lit destiné aux accouchements



Lit d'observation et d'hospitalisation

L'axe touchant l'accès aux soins de proximité fait également référence à l'accompagnement ciblé d'individus par des **visites à domicile** et par **l'accompagnement au centre de santé pour différents soins**. Ces activités orchestrées principalement par les ASCP permettaient, entre autres, d'assurer un suivi prénatal et postnatal, de faire le dépistage et le suivi des cas de malnutrition, d'assurer un suivi mensuel auprès des mères vulnérables et d'établir des liens entre la population et les centres de santé. Par exemple, les visites à domicile et l'accompagnement aux centres de santé ont pu sensibiliser les femmes enceintes à l'importance de consulter au centre de santé pour les visites prénatales et de se rendre au centre de santé pour l'accouchement. Les enfants souffrant de malnutrition se voyaient également accompagnés par les ASCP au centre de santé pour se faire prendre en charge par le personnel médical.

Un autre rôle des ASCP était d'offrir des services de santé préventifs, mensuellement, dans les **postes de rassemblement communautaires**. Ces rassemblements permettaient d'identifier et de dépister certaines problématiques de santé et d'encourager la consultation dans les centres de santé. Lors de ces rassemblements dans les localités, les ASCP étaient sur place et distribuaient gratuitement des micronutriments et des antiparasitaires puis procédaient à la vaccination des enfants. Ils assuraient le dépistage communautaire de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans et éduquaient les membres de la communauté au sujet de la santé des MNE. La distance à parcourir pour accéder aux postes de rassemblement était moindre que celle à parcourir pour se rendre dans les autres installations et services de santé, ce qui facilitait l'accessibilité pour obtenir des soins, surtout pour les ménages vivant dans des milieux plus éloignés.

La dimension de l'accès aux soins de proximité traite également des **partenariats réalisés avec des organismes externes** tels que *Vitamin Angels*, *Haitian Health Foundation* (HHF) et Médecins du Monde-France (MDM-F). Le partenariat développé à partir de la deuxième année du projet avec *Vitamin Angels* a permis de fournir des intrants aux centres de santé,

en rendant les comprimés de fer gratuit pour les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, diminuant le risque de carence en fer chez cette population vulnérable. Le partenariat avec HHF a, pour sa part, permis de réaliser les activités de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus grâce à l'expertise du personnel de cette organisation. L'organisation MDM-F intervenait en santé maternelle et infantile dans la même région que le projet A3PN. Afin de s'assurer de la complémentarité des activités entre les deux projets et d'évaluer si des modifications aux activités étaient nécessaires, la Fondation et CRS ont mené des rencontres ponctuelles avec MDM-F jusqu'à ce qu'ils cessent leurs activités en 2019.

D'autres prestations de services ont eu lieu dans les localités en plus des postes de rassemblement. En effet, les clubs de mères ont été appuyés dans l'organisation d'activités de **dépistage du cancer du col de l'utérus** lors des grandes journées de mobilisation communautaire. En date du 31 décembre 2019, 1068 femmes avaient été dépistées, certaines d'entre elles (15,9 %) ont nécessité des traitements par cryothérapie offerts sur place et d'autres (3,5 %) ont été référées vers des services appropriés.



Séance d'éducation avant les tests de dépistage de lésions précancéreuses du col utérin

#### 4.2.2 CONSTATS

On constate donc que les activités d'éducation et de sensibilisation effectuées entre autres dans les clubs de mères et lors des visites à domicile quant à l'importance de consulter dans les institutions semblent avoir suscité un réel changement de comportement à cet égard. En effet, lors de plusieurs groupes de discussion, il a été mentionné qu'un nombre plus élevé de personnes dans la communauté fréquentait désormais les centres de santé. Selon plusieurs participants, l'accès aux soins de proximité semble s'être grandement amélioré grâce au projet A3PN. Par exemple, certains bénéficiaires ont rapporté que les **postes de rassemblement et les visites à domicile** rapprochent les soins des ménages, notamment en termes de distance du domicile, mais aussi en les rendant accessibles à ceux qui ne pouvaient pas se déplacer (personnes handicapées ou ayant peu de moyens financiers).

En somme, les **postes de rassemblement** facilitent le suivi de l'état de santé et nutritionnel des enfants des diverses communes. Il semble qu'une complémentarité des activités du projet ait contribué positivement à la prise en charge et au suivi des cas de malnutrition infantile. En effet, parmi les meilleures pratiques mentionnées pour les postes de rassemblement et les visites à domicile, notons le dépistage des cas de malnutrition et le suivi des divers problèmes de santé chez les enfants. La prestation de services dans les localités a connu une amélioration certaine, notamment en ce qui concerne la vaccination et le suivi de l'état nutritionnel des enfants dans les postes. Cette activité est d'ailleurs reconnue comme une des plus utiles pour les familles. Bref, cela permet des soins de proximité aux enfants et aux femmes enceintes puisque les postes se réalisent au niveau des localités.



Pesée d'un enfant à l'aide d'un hamac



« Nou pa gen bouch pou pale de A3PN paske li te sove anpil lavi timoun »  
« Les mots nous manquent pour parler d'A3PN, car il a permis de sauver la vie de nombreux enfants » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Leprêtre]

Les **journées de dépistage** ponctuelles ouvertes à la communauté ont contribué positivement à la prestation de services de soins dans la communauté, particulièrement auprès des femmes. L'activité de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mentionnée comme étant un point fort du projet et une activité à répéter si le projet était à répliquer. Un témoignage d'un membre souligne que c'est grâce à cette activité qu'une femme a su qu'elle était atteinte du cancer et qu'on a pu lui administrer les soins nécessaires pour assurer son rétablissement. Sachant que ce cancer est facilement détectable à un état précoce, mais difficilement traitable dans un état avancé, l'ajout de cette activité a aidé concrètement les femmes à connaître leur statut et à prévenir le cancer cervical.

Les avis sur la prise en charge au centre de santé semblaient partagés lors de l'**accompagnement pour les différents soins**. Certains participants des groupes de discussions expriment avoir apprécié l'accompagnement par le personnel de santé, alors que d'autres reprochaient le temps d'attente et les coûts élevés pour y recevoir des soins. Le manque de ressources matérielles, humaines et financières dans les institutions a souvent été rapporté comme point négatif de l'accompagnement. Selon l'IS de la commune de St-Jean : « L'expérience a montré que la communauté apprécie beaucoup le fait que des agents de santé les accompagnent au niveau des structures sanitaires en cas de besoin. Ils sont contents que quelqu'un se soucie de leur état de santé. Cependant, c'est vraiment décevant quand tous ces efforts sont déployés et qu'une fois arrivé au niveau de la structure les portes sont fermées ou bien qu'il n'y a personne pour [prodiguer les soins] ».

L'absence de dons de matériel lors des **visites à domicile et des postes de rassemblement** facilitant l'application des recommandations en matière d'hygiène a nui à la réceptivité des participants et à l'adoption des comportements prônés. Cela s'est traduit en un fossé important entre les conseils offerts par A3PN et la possibilité pour la communauté de les appliquer. Les gens de la communauté s'attendaient à recevoir quelque chose en retour lors des visites et devenaient moins réceptifs aux conseils offerts. Dans une optique de réplification du projet, cette problématique mériterait une attention particulière.

Comme mentionné précédemment, les efforts investis pour l'**amélioration des installations et services de santé** semblent avoir été insuffisants pour combler tous les besoins des centres de santé, notamment en termes de ressources matérielles (médicaments, équipements, électricité). Pour les postes de rassemblement plus spécifiquement, des participants ont d'ailleurs avoué une certaine réticence à s'y rendre en raison des infrastructures déficientes. Les reproches quant au personnel de santé peu qualifié laissent croire que davantage de formation aurait été nécessaire pour ces personnes.



Le point apporté par les participants quant à la présence d'autres organisations et leurs activités au sein des communes illustre l'importance de bien évaluer l'environnement dans lequel se déroule le projet. Des opportunités de collaborations entre différentes organisations pourraient donc être envisagées et ainsi renforcer l'impact des interventions mises en place de part et d'autre.

Bien que l'**amélioration des installations de soins ainsi que la fourniture d'équipement** figuraient parmi les cibles du projet A3PN et qu'un diagnostic et une réévaluation continue des ressources disponibles aient été réalisés dans les divers centres de santé, tous les départements ont mentionné le manque de ressources matérielles comme point à améliorer pour ce volet de l'intervention. Cependant, étant donné les capacités budgétaires limitées du projet et les besoins très élevés des centres de santé suite au passage de l'ouragan Matthew, il n'était tout simplement pas possible de combler tous les besoins. Dans une perspective de réplique d'un projet similaire, il faudrait toutefois s'assurer d'avoir davantage de fonds alloués aux ressources matérielles des centres de santé afin d'être en mesure de répondre plus adéquatement aux besoins identifiés.

Plusieurs participants ont rapporté une augmentation des **consultations au centre de santé** chez les femmes enceintes, ce qui laisse croire que la sensibilisation sur l'importance des visites prénatales effectuée dans les clubs de mères ou par les ASCP lors des visites à domicile a porté fruit. Toutefois, il y a eu un très faible taux d'accompagnement observé aux centres de santé pour les différents soins, malgré la bonne volonté des ASCP à accompagner les gens et la sensibilisation faite au travers de nombreuses activités. L'accès physique aux centres de santé demeure limité pour certaines clientèles, telles que les femmes enceintes, car ils sont parfois loin des domiciles et que les routes pour s'y rendre sont souvent en mauvais état.

Une meilleure collaboration et un partage d'informations plus assidu avec des **organisations externes** menant des projets similaires aurait sans doute été bénéfique à toutes les parties. Dans cet ordre d'idées, il serait très pertinent de poursuivre les efforts concertés pour les partenaires canadiens en santé en Haïti. Certains participants ont indiqué qu'un partenariat avec ces instances pourrait contribuer au succès d'un projet intervenant en santé des MNE et maximiser ses impacts :

- Save the Children
- MIMSI (Modification In Mother-Baby-Mortality Statistics Initiative)
- UNFPA (Fond des Nations Unies pour la population)
- UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
- FONDEFH (Fondation pour le développement et l'encadrement de la famille haïtienne).

Les activités qui seraient à répéter dans un tel projet par rapport à l'axe accès aux soins de proximité, selon les intervenants et les bénéficiaires, comprennent : le dépistage du cancer du col de l'utérus (a été spécialement apprécié) ; les cliniques mobiles ; les postes de rassemblement ; l'accompagnement des femmes enceintes ; la prise en charge de la malnutrition ; et les visites à domicile.

La seule suggestion d'activité à ajouter qui a été faite consiste en l'appui des centres de santé à organiser leur cellule de crise afin de faire face rapidement aux intempéries climatiques permettant de dispenser des soins en période de catastrophe naturelle.

Le tableau ci-dessous reflète les bénéfices ressentis par les parties prenantes de l'initiative A3PN, et ce, pour les différents aspects de l'axe accès aux soins de proximité (installations et services de santé, accompagnement ciblé, prestation de services dans les localités et partenariats avec des organismes externes). Les informations qui y sont répertoriées ont été rapportées directement par les intervenants et bénéficiaires du projet et mettent de l'avant les répercussions positives perçues en lien avec les activités se rapportant à la dimension accès aux soins de proximité.

Tableau 4. Bénéfices perçus par les intervenants et bénéficiaires directs du projet pour la dimension accès aux soins de proximité

INSTALLATIONS ET SERVICES DE SANTÉ	
<b>Centres de santé</b>	<p><b>Équipements fournis et réhabilitation des lieux dans les centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Amélioration de la qualité des services cliniques offerts grâce à la fourniture d'équipements et l'amélioration des lieux ;</li> <li>→ Contribution considérable à la remise en fonctionnement de certains centres affectés par le cyclone Matthew ;</li> <li>→ Diminution du taux de référence et de transferts vers d'autres centres plus spécialisés.</li> </ul> <p><b>Témoignage d'un responsable d'un centre de santé</b> « Le projet A3PN a réveillé le centre de santé qui était pratiquement mort, nous ne passons pas un mois sans qu'il y ait d'accouchement au niveau du centre de Grand Vincent. Grand Vincent n'avait pas cette coutume, mais aujourd'hui c'est différent. Good job! »</p> <p><b>Formation du personnel<sup>6</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les visites conjointes de supervision ont permis à l'équipe du projet et des Directions sanitaires d'observer le fonctionnement des centres et de faire des recommandations.</li> </ul>
<b>Cliniques mobiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ont aidé à fournir un service de proximité.</li> </ul>
ACCOMPAGNEMENT CIBLÉ	
<b>Visites à domicile par les ASCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ont permis une éducation individuelle, personnalisée et mieux adaptée à l'environnement et au milieu de vie des familles ;</li> <li>→ Ont renforcé la sensibilisation à consulter dans les établissements de santé, surtout pour les femmes enceintes ;</li> <li>→ Ont permis de cerner les abandons, de motiver les parents réfractaires et de les fidéliser à participer aux autres activités du projet ;</li> <li>→ Ont répondu à un besoin d'accessibilité géographique des soins, entre autres en rejoignant les gens qui peuvent difficilement se déplacer (p. ex. : les personnes à mobilité réduite) ;</li> <li>→ Ont contribué à faire connaître le projet A3PN et à promouvoir les autres activités ;</li> <li>→ Ont assuré un suivi adéquat de divers problèmes de santé (p. ex. : dépistage et suivi de la malnutrition des enfants) ;</li> <li>→ Le support moral apporté aux familles par les ASCP au cours de ces visites a permis de créer des liens privilégiés entre les ASCP et les familles visitées.</li> </ul>

<sup>6</sup> Les bénéfices perçus de la formation du personnel du centre de santé se rapportant à l'éducation sont présentés dans l'axe éducation, de même que les meilleures pratiques, les défis et stratégies de mitigation ainsi que les leçons apprises. (section 4.1).



« Les visites domiciliaires permettent la vulgarisation des messages sur la santé dans les maisons et de toucher tous les groupes de la société. »

[ASCP, Camp-Perrin]



## ACCOMPAGNEMENT CIBLÉ (SUITE)

## Accompagnement pour différents soins

- Offrait un sentiment de sécurité et de confiance ;
- A permis aux patients d'arriver à temps à l'institution, donc du même coup de diminuer certaines complications ;
- Les centres de santé accueillaient favorablement les cas référés par l'ASCP, donc l'accompagnement des enfants favorisait une meilleure prise en charge de la malnutrition ;
- Augmentation du nombre de consultations prénatales qui favorisent une meilleure santé chez les nouveau-nés.

## Témoignage d'une mère éducatrice

« Nous avons accompagné une femme enceinte à l'hôpital et sans notre rapide intervention elle aurait traversé vers l'au-delà. »

## PRESTATION DE SERVICES DANS LES LOCALITÉS

## Postes de rassemblement mensuels

- Le renforcement de la surveillance nutritionnelle, du dépistage et de la référence des cas de malnutrition a diminué le taux de malnutrition chez les enfants ;
- Ont augmenté la couverture vaccinale ;
- La proximité physique des postes limitait les frais et le temps de déplacement, donc facilitait la prise en charge de l'état de santé des enfants ;
- Ont favorisé une meilleure protection contre les maladies chez les enfants et dans la communauté ;
- Ont permis de faire de l'éducation collective (grâce aux séances d'IEC) et individuelle au besoin.

## Activité ponctuelle de dépistage

- A permis la prévention des cas de cancer du col de l'utérus chez les femmes sexuellement actives ;
- A permis de sauver de nombreuses vies (dont celle d'une ASCP du projet).

## Témoignage d'un administrateur de la Direction sanitaire

« La journée de dépistage du col était une réussite, beaucoup de femmes en avaient grand besoin, pourtant leur moyen économique ne leur permettait pas. »

## Témoignage d'un membre de CSMMI

« Grâce au projet qui a permis de découvrir un cancer du col chez ma femme à temps, car je ne connaissais pas les moyens de dépistage, mais grâce à l'activité de dépistage du col ma femme est toujours vivante et elle a été opérée en urgence. »

## PARTENARIATS AVEC DES ORGANISMES EXTERNES

Partenariats avec des organismes externes<sup>7</sup>

- Le partenariat avec *Vitamin Angels* a permis de faire face à des carences en certains intrants (vermifuge et micronutriments) en les rendant disponibles ;
- La disponibilité de médicaments a engendré la gratuité de consultations pré et postnatales ;
- Le partenariat avec HHF a favorisé la recherche de personnel pour l'exécution des activités de dépistage du cancer du col de l'utérus.

<sup>7</sup> Les bénéfices perçus des partenariats externes se rapportant à l'éducation sont présentés dans l'axe éducation (section 4.1).



ASCP qui procède à la mesure du périmètre brachial



« Lors de ma supervision dans l'un des postes de vaccination, après une séance d'éducation sur l'importance de la vaccination, une grand-mère qui accompagnait son petit-fils nous avait dit qu'autrefois quand elle avait elle-même ses enfants, elle devait marcher des kilomètres pour amener ses enfants prendre des vaccins et elle nous disait aussi que parfois elle avait la volonté d'amener ses enfants, mais son courage ne le permettait pas. Elle en a profité pour féliciter le projet pour ce beau travail et a encouragé les autres mères à en profiter. »

[Infirmière superviseuse, Camp-Perrin]



### 4.2.3 MEILLEURES PRATIQUES

#### Installations et services de santé

##### CENTRES DE SANTÉ

##### Équipements fournis et réhabilitation des lieux dans les centres de santé

- Intégration des centres pour lesquels le MSPP apporte peu d'appui ;
- Collaboration et implication des centres de santé dans le processus ;
- Renforcement de la sécurité des centres de santé.

##### Visites conjointes de supervision

- Bonne planification ;
- Bon encadrement technique pour les superviseurs.

##### Cliniques mobiles

- Accompagnement et aide logistique ;
- Transport assuré par CRS.

#### Accompagnement ciblé

##### Visites à domicile par les ASCP

- Disponibilité des registres et intrants pour assurer la tenue de cette activité ;
- ASCP provenant de la localité ;
- Collaboration, compréhension et sensibilité des ASCP auprès des membres de la communauté.

##### Accompagnement pour différents soins

- Disponibilité et support des ASCP lors des accompagnements aux centres de santé ;
- Manque de personnel dans les centres de santé parfois compensé par l'implication active et la compétence des ASCP.

#### Prestation de services dans les localités

##### Postes de rassemblement

- Nombre de postes suffisants ;
- Disponibilité des ASCP et des registres pour assurer le bon déroulement des activités ;
- Présence d'un ASCP provenant de la localité du poste de rassemblement (augmente la confiance des membres de la communauté envers l'activité).



Mesure du périmètre brachial d'un enfant



Réhabilitation du centre de santé à Anse d'Hainault

##### Activité ponctuelle de dépistage

- Gratuité des tests de dépistage ;
- Référence vers d'autres centres spécialisés pour les suivis avancés.

#### Partenariats avec des organismes externes

##### Partenariats avec des organismes externes

- Disponibilité des responsables des partenaires externes ;
- Partage d'outils éducatifs entre les partenaires (p. ex. : SUCO) pour faciliter la mise en place de certaines activités (p. ex. : activités agropastorales) ;
- Collaboration avec des partenaires pour la réalisation de formation :
  - Formation des IS et des ASCP impliqués dans la distribution d'intrants et formation sur la nutrition par SUCO
  - Formation sur la gestion du travail et de l'accouchement avec Médecins du monde – France.

### 4.2.4 DÉFIS ET STRATÉGIES DE MITIGATION

#### Installations et services de santé

##### CENTRES DE SANTÉ

##### Équipements fournis et réhabilitation des lieux dans les centres de santé

- Le passage de l'ouragan Matthew en 2016 a affecté les 10 centres de santé appuyés par le projet.
  - Stratégie de mitigation :
    - Mettre à jour l'analyse des besoins en matière de réhabilitation et d'acquisition d'équipements.
- Lourdeur dans les procédures de réhabilitation et d'acquisition d'équipements pour les centres de santé. Les Directions sanitaires avaient pour responsabilité de coordonner les démarches relatives aux réhabilitations et à l'acquisition d'équipements, mais cela a entraîné des longueurs non souhaitables et des incongruences dans le cadre de la mise en œuvre du projet.
  - Stratégies de mitigation :
    - Établir des calendriers d'intervention et assurer un appui constant de la part des personnes responsables du projet, dans ce cas-ci les points focaux santé, notamment dans la supervision des chantiers réalisée par les firmes de construction et l'inspection des équipements livrés ;
    - Valider avec les Directions sanitaires l'harmonie des interventions d'autres projets ou bailleurs dans les institutions de santé appuyées.

##### Visites conjointes de supervision

- La mobilisation des Directions sanitaires a été inconstante pour assurer les visites conjointes de supervision.
  - Stratégies de mitigation :
    - Assurer une communication constante de la part des personnes responsables du projet, dans ce cas-ci les points focaux santé ;
    - Prévoir des ressources financières pour pouvoir appliquer les recommandations et mesures correctives suivant les visites conjointes de supervision.

##### Cliniques mobiles

- Faible appui en médicaments et en personnel pour ces activités ;
- Malgré l'appui logistique, impossibilité de servir les zones très éloignées ;
- N'ont pas été mises en place dans toutes les communes.



## Accompagnement ciblé

### Visites à domicile par les ASCP

- Manque de ressources (surtout matérielles) pour appuyer les recommandations et répondre à des problèmes sanitaires urgents (p. ex. : comprimés de purification d'eau (Aquatabs) pour appuyer les recommandations par rapport au traitement de l'eau, solution de réhydratation orale (SRO) pour le traitement de la diarrhée, etc.) ;
- Concurrence avec d'autres organisations qui offrent plus d'avantages (p. ex. : rations sèches) lors de visites à domicile.

### Accompagnement pour différents soins

- Raisons évoquées pour expliquer le faible taux d'accompagnement aux centres de santé pour les différents soins :
  - Les soins sont trop coûteux ;
  - Long temps d'attente une fois arrivé au centre de santé ;
  - Manque de médicaments, de personnel, d'appareils et d'équipements dans les centres de santé ;
  - Difficulté de déplacement des femmes enceintes pour aller accoucher en raison de la grande distance à parcourir ou de l'état des routes.
- L'accompagnateur au centre de santé est parfois obligé de payer les frais demandés par l'institution pour fournir les soins, lorsque les personnes n'ont pas assez d'argent.
  - Stratégie de mitigation :
    - Renforcer les activités d'autonomisation économique pour faciliter l'accès à des soins de santé.
- Les jeunes femmes de moins de 15 ans ne font pas partie de la clientèle ciblée par le projet, malgré les taux élevés de grossesses précoces dans les communautés d'intervention du projet.
  - Stratégie de mitigation :
    - Développer un volet spécifique à la santé des adolescentes.

## Prestation des services dans les localités

### Postes de rassemblement

- Défis à offrir des postes de rassemblement à des moments qui sont convenables aux ASCP et à la disponibilité des familles. Par exemple, l'horaire des postes de rassemblement coïncidant avec les heures d'école a pu limiter la présence des enfants aux postes ou encore il y avait une faible fréquentation lors des jours d'activité (p. ex. : lors des fêtes patronales, jours de marché communal, période de plantation/des récoltes).
  - Stratégie de mitigation :
    - Prévoir des périodes propices pour les postes de rassemblement permettant la participation des familles et répondant aux contraintes et disponibilités des ASCP.
- Manque de ressources humaines (ASCP) et d'infrastructures (bancs) et rupture occasionnelle des intrants (vaccins, vitamines, vermifuges, etc.).
  - Stratégies de mitigation :
    - Maintenir les registres des biens et équipements des postes de rassemblement à jour et combler les besoins ;
    - Établir une entente avec *Vitamin Angels* pour l'octroi des intrants ;
    - Assurer le transport des intrants dans les communautés difficilement accessibles.
- Concurrence avec d'autres organisations qui offrent des activités similaires avec des avantages supplémentaires (p. ex. : offre de suppléments alimentaires pour la malnutrition).

- Grande distance à parcourir pour certaines personnes puisqu'un poste rassemble plusieurs zones.
  - Stratégie de mitigation :
    - Mettre en place un poste pour chaque zone.

### Activité ponctuelle de dépistage

- Les femmes dépistées positives et référées dans les centres spécialisés n'avaient souvent pas les moyens de payer les soins médicaux requis.
- Grande demande afin d'augmenter la fréquence d'activités de dépistage du cancer du col de l'utérus et d'offrir d'autres tests telle la mammographie aux femmes adultes et ménopausées.
  - Stratégie de mitigation :
    - Appuyer les centres de santé à offrir ces services pour que cela ne repose pas uniquement sur des initiatives ponctuelles de projet, mais fasse partie de l'offre de services.

## Partenariats avec des organismes externes

### Partenariats avec des organismes externes

- Certains partenariats ont seulement été développés à partir de la deuxième année du projet en fonction des besoins et des opportunités, mais cela aurait été pertinent de les établir dès le début du projet ;
- Certains partenariats n'étaient pas suffisamment valorisés, surtout avec les organisations qui sont très influentes sur le terrain (p. ex. : HHF).

## 4.2.5 LEÇONS APPRIS

- **La mise en œuvre du Plan de développement des compétences de l'USI a renforcé le leadership du responsable des ressources humaines de la DSGA.** Sa présence régulière au niveau des institutions et la possibilité qui lui a été offerte d'intervenir en tant que formateur en présentant les directives du MSPP en ce qui concerne la gestion des ressources humaines a été très bénéfique. Dans le cadre d'une prochaine intervention, il serait pertinent de développer une intervention spécifique pour les cadres des Directions départementales supportées.
- **Dans le cadre d'une prochaine intervention, il serait pertinent d'intégrer des équipes de suivis au sein des centres de santé qui détiennent autant des compétences médicales que des compétences administratives et organisationnelles.** Cette variété de compétences permettra un meilleur accompagnement des institutions supportées en utilisant les forces de chacun.
- **Les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus intégrées au projet,** un élément important pour la mobilisation des populations et une réponse pertinente à un besoin criant face à une offre de service défailante à l'échelle du pays.
- **Il s'avère essentiel de travailler avec les autres projets mis en œuvre dans la même région.** Bien que cette collaboration exige certains efforts supplémentaires de coordination, elle permet une meilleure coordination des partenaires, des actions concertées en vue de l'atteinte des objectifs communs du MSPP. L'expérience en ce sens réalisée avec MDM-F pour la formation des médecins et infirmières sur la GESTA International a été très riche d'expériences.
- **Bien qu'il s'agisse d'un projet en santé maternelle et infantile, il est important de considérer les besoins en santé de manière holistique** – communautaire, institutionnel, médical, administratif, etc.

#### 4.2.6 ÉLÉMENTS BUDGÉTAIRES

Afin d'assurer la réussite de l'axe accès aux soins de proximité, il faut prévoir des **fonds** pour :

<b>Centres de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réhabiliter les centres de santé en répondant aux besoins en matière de santé maternelle et infantile</li> <li>✓ Faire l'acquisition de matériels et équipements répondant aux besoins du centre de santé en matière de santé maternelle et infantile – réponse initiale et compléments en cours de mise en œuvre</li> <li>✓ Distribution du matériel aux centres de santé</li> </ul>
<b>Cliniques mobiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Logistique des déplacements</li> <li>✓ Frais de déplacement</li> <li>✓ Approvisionnement en intrants</li> </ul>
<b>Visites à domicile par les ASCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registres</li> <li>✓ Intrants</li> </ul>
<b>Postes de rassemblement mensuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registres</li> <li>✓ Matériel (balances, toises) et intrants (vaccins, vitamines, vermifuges, etc.) – équipement initial et renflouement et remplacement des matériels et intrants</li> </ul>
<b>Activité ponctuelle de dépistage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Logistique des déplacements</li> <li>✓ Perdiem pour le personnel de santé spécialisé</li> <li>✓ Logistique pour le personnel de santé spécialisé (repas, hébergement, transport, etc.)</li> <li>✓ Équipement et matériel</li> <li>✓ Frais pour les activités sociales entourant les activités de dépistage</li> </ul>

Il faut préciser que la survenue de l'ouragan Matthew à l'automne 2016 a grandement affecté les infrastructures dans les régions d'intervention du projet, augmentant notamment les besoins en réhabilitation des centres de santé. De ce fait, l'écart entre les besoins et le budget disponible a été augmenté. Pour assurer le renforcement de l'axe accès aux soins de proximité, il faudrait prévoir **plus de fonds** pour :

- La fourniture d'équipements et d'infrastructures dans les centres de santé.

#### 4.3 AXE DE CAPITALISATION 3 • ACCÈS ÉCONOMIQUE

DIMENSION ACCÈS ÉCONOMIQUE	
<p><b>DIRECT</b></p> <p><b>MUSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'épargne</li> <li>• Facilité de prêts               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Soins de santé</li> <li>→ Scolarité</li> <li>→ Activités génératrices de revenus</li> </ul> </li> <li>• Fonds de solidarité               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dons aux familles dans le besoin</li> <li>→ Couverture de 2 consultations prénatales</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>INDIRECT</b></p> <p><b>Jardins potagers et petits élevages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtention de semences et d'outils</li> <li>• Obtention de poules pondeuses et caprins</li> <li>• Possibilité de vendre les récoltes</li> </ul> <p><b>Cuisines participatives</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage pour la préparation de repas nutritifs à faible coût</li> </ul>

##### 4.3.1 DESCRIPTION DE L'AXE

Assurer l'accès des MNE aux services de santé essentiels ainsi qu'améliorer l'accès à des aliments nutritifs, sains et sécuritaires sont des moyens de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Grand'Anse et au Sud d'Haïti. Les activités du projet qui visent à améliorer l'accès économique de ces individus viennent donc agir indirectement sur l'objectif principal du projet A3PN. Effectivement, les caractéristiques socioéconomiques telles que le revenu individuel, l'insécurité alimentaire et le statut socioéconomique de la famille sont des déterminants qui agissent directement sur la santé des individus à différents égards et influencent leurs choix et leurs comportements. Il est anticipé que l'amélioration de l'accès économique à travers les activités du projet aura permis, entre autres, de diminuer le taux d'insécurité alimentaire des ménages et d'améliorer l'accès aux soins de santé. Ce troisième axe fait référence à l'amélioration directe de l'accès économique, soit par les MUSO, et à l'amélioration indirecte, qui correspond aux activités agropastorales et aux activités de cuisine participative (voir la fiche détaillée des activités reliées à cet axe en annexe 3).

Une **MUSO** est formée de gens qui se connaissent et décident ensemble de cotiser périodiquement en vue d'atteindre certains objectifs communs ou de transformer les sommes collectées en crédit rotatif entre les membres. La MUSO diffère de la tontine dans la mesure où elle constitue un capital avant de prêter et octroie des crédits en fonction des besoins de chacun et non d'une manière uniforme pour tous<sup>8</sup>. Les MUSO ont été mises sur pied au sein des clubs de mères dans le but de procurer une autonomie financière aux bénéficiaires, de leur permettre de contribuer au revenu familial, d'augmenter leur pouvoir d'achat ainsi que de disposer d'un moyen de financement pour les services de santé. L'encadrement des MUSO est une fonction qui relevait des ASCP, sous la supervision d'un point focal MUSO. Dans le cadre du projet, 100 MUSO ont été créés, regroupant 2800 personnes, soit 2404 femmes et 396 hommes. Toutes les décisions financières concernant l'utilisation des caisses (verte, bleue et rouge) devaient être prises par l'assemblée générale de tous les membres et toutes les opérations devaient être enregistrées dans un cahier de comptabilité.

Les **activités agropastorales** (jardins potagers et petits élevages) sont parmi les activités ayant un impact indirect sur la dimension économique, puisqu'elles visent à faciliter l'accès économique à des aliments nutritifs. L'objectif était d'encadrer les familles dans le processus

<sup>8</sup> B. Taillefer. (2001). « Manuel La mutuelle de solidarité ».



de création de micro-potagers et d'élevage, afin qu'elles acquièrent la capacité de subvenir en partie à leurs besoins alimentaires par la consommation d'aliments frais et nutritifs, et éventuellement procurer une source additionnelle de revenus par la vente de surplus des produits récoltés. Les interventions au niveau agropastoral réalisées par le projet A3PN incluent :



Création d'expertise à travers la formation sur la mise en place et la méthodologie MUSO à Les Irois

- La mise en place de 40 jardins démonstratifs et 1172 jardins familiaux ;
- La distribution de 2400 poules pondeuses (pouvant pondre de 250 à 300 œufs par année), 196 chèvres et 5 boucs ;
- La distribution de 885 kits d'intrants agricoles (p. ex. : arrosoirs, insecticides naturels, etc.) pour la mise en place des jardins familiaux ;
- La conception d'un guide d'éducation sur la protection de l'environnement et d'un guide sur les jardins potagers et l'élevage ;
- La formation du personnel sur les activités agropastorales ;
- La réalisation de visites de suivi mensuelles et d'encadrement ;
- La coordination et la promotion de la culture maraîchère, de l'élevage amélioré et de la protection de l'environnement dans les postes de rassemblement, les clubs de mères, les réseaux communautaires et les organisations communautaires de base.

Un protocole de protection et d'assainissement de l'environnement a été élaboré afin de guider les ménages à entretenir leurs jardins de manière écologique, notamment en les encourageant à faire l'utilisation du compost pour enrichir leurs terres tout en recyclant leurs restes de table. Les séances d'éducation ont été offertes aux membres de la communauté dans les jardins de démonstration qui étaient situés près des écoles et qui bénéficiaient aux écoles elles-mêmes ainsi qu'à la communauté. Chant, danse et autres formes d'art ont été utilisés afin de divulguer des messages d'éducation nutritionnelle. Des activités de cuisine participative faisant l'utilisation des légumes et légumineuses fournis par le projet ont aussi été offertes. Finalement, des semences de légumes et légumineuses riches en vitamine A, fer ou vitamine C et ayant un bon degré d'acceptabilité par la population ont été distribuées.

Les **activités de cuisine participative** font également référence à l'accès économique, de façon indirecte, puisqu'elles ont comme but d'apprendre aux participants à préparer des repas nutritifs à faibles coûts. Ainsi, malgré la contribution des membres à l'achat des aliments nécessaires à la tenue des activités, les membres faisaient des économies lors de la préparation de recettes composées d'aliments locaux qui représentent un faible coût d'achat.



Mise en place d'un jardin potager de démonstration, préparation de plate-bande avec canaux de contours à Chantal



Formation sur le tas des bénéficiaires sur les techniques agricoles à Corail

#### 4.3.2 CONSTATS

D'abord, l'activité de MUSO semble avoir eu un réel impact sur l'accès économique des ménages, la majorité des bénéficiaires ayant mentionné qu'elle a permis de renforcer leur capacité d'épargne. En effet, un point fort mentionné dans les groupes de discussion au Sud, en Grand'Anse Est et en Grand'Anse Ouest est qu'ils ont appris à économiser grâce à cette activité. Il a aussi été relevé que les MUSO ont permis aux femmes d'acquérir une certaine autonomie financière en plus de leur permettre de contribuer au revenu familial, ce qui est susceptible de modifier la dynamique familiale (**axe implication communautaire**) et favoriser l'ÉFH au sein du ménage. Lors des groupes de discussion, les membres ont été unanimes sur le fait que l'activité de MUSO a contribué à faciliter les prêts, permettant entre autres d'**améliorer l'accès aux soins et à l'éducation** en plus de stimuler le développement d'activités génératrices de revenus. L'activité a donc permis, tel que mentionné par les bénéficiaires du projet, de diminuer la vulnérabilité au sein de la communauté.

Certains bénéficiaires du projet aimeraient inclure le plus de personnes possible aux **MUSO**, tandis que d'autres aimeraient que le groupe soit plus exclusif et se limite aux personnes capables de contribuer financièrement aux caisses de solidarité. Les propos rapportés par rapport à la disparité des capacités financières entre les membres des MUSO laissent croire qu'il serait pertinent d'explorer les avenues possibles pour s'adapter à cette réalité et améliorer ce mécanisme. Malgré les quelques critiques des répondants, ces derniers étaient nombreux à considérer les MUSO comme une activité phare du projet.



« Ak MISO yo, plis fanm pa chita kounyeya. »

« Grâce aux MUSO, plus de femmes se mobilisent. » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Corail]

Selon les points de vue partagés par les bénéficiaires lors des groupes de discussion, les **activités agropastorales** ont amélioré l'accessibilité aux aliments. Par contre, selon le point de vue du responsable du suivi et évaluation, les activités n'ont malheureusement pas permis d'observer des changements et d'atteindre les résultats attendus. Malgré les nombreuses difficultés rencontrées, il semble que la pertinence de ce volet de l'intervention était bien réelle pour la communauté. Certains répondants auraient écarté l'élevage des poulets et la mise en place des jardins, puisque ces éléments n'ont pas eu les résultats escomptés. La distribution de poules pondeuses a été mentionnée comme activité à écarter du projet puisque la nourriture, dont la ponte est tributaire, n'est pas toujours disponible et coûte cher. Finalement, la distribution de boucs « étrangers » a également été mentionnée comme activité à écarter, en spécifiant que la distribution de boucs provenant de la localité réglerait le problème d'acclimatation. Il n'en demeure pas moins que ce volet a été apprécié par les membres, mais des modifications majeures devraient y être apportées.





Démonstration culinaire

Les activités agropastorales semblent avoir rencontré moins de succès qu'escompté par le projet. Selon les propos rapportés par les bénéficiaires, ce succès semble avoir été compromis par un manque d'encadrement (connaissances insuffisantes sur l'entretien des jardins et des bêtes) et un manque de planification (qualité des semences inadéquates, adaptation difficile des bêtes à l'environnement, équipements et installations requis non disponibles). Dans une optique de réplication du projet, il serait pertinent de mettre en place des stratégies pour pallier à ce type de situation, par exemple intégrer davantage de séances éducatives sur ces divers sujets au sein des clubs de mères, évaluer l'environnement de la région (p. ex. : accès à l'eau pour l'irrigation, présence d'insectes ravageurs), évaluer les besoins des communautés (p. ex. : besoins en formation) et explorer la possibilité d'offrir des installations communautaires (p. ex. : enclos, poulailler) et de mettre en place des comités pour assurer l'entretien continu des jardins et des animaux. De plus, il semblerait que l'absence prolongée du point focal agropastoral ait grandement affecté le bon déroulement de ces activités puisqu'il était le seul agronome responsable de ces activités. Certains ASCP ont été formés pour pallier à ce manque, mais cela ne semble pas avoir été suffisant. Dans une perspective de réplication du projet, il faudrait probablement revoir à la hausse le nombre de responsables nécessaires pour assurer le bon déroulement de toutes les activités agropastorales.

De plus, les ressources offertes dans le cadre des activités agropastorales étaient inadéquates aux yeux des participants. En effet, ils ont mentionné, par exemple, que la terre offerte pour les jardins était mauvaise, ou encore qu'un bouc géniteur ne s'est pas reproduit malgré les interventions du vétérinaire. Certains d'entre eux considéraient d'ailleurs qu'il aurait été préférable d'investir cet argent dans une autre activité.

Toutefois, il a été constaté que la **combinaison des activités agropastorales et des MUSO** semblait avoir des résultats intéressants. D'un côté, les revenus générés par la vente d'aliments produits dans les jardins permettaient d'augmenter la contribution des membres aux MUSO, et d'un autre côté, l'argent investi dans les MUSO pouvait servir à acheter des intrants pour les activités agropastorales.

Pour leur part, les activités de **cuisine participative** ont permis de joindre la théorie sur la saine alimentation à la pratique, d'encourager l'usage de produits locaux et parfois peu utilisés et de faire prendre conscience aux mères qu'il est possible de cuisiner des recettes équilibrées à un faible coût, ce dernier point étant une des cibles de l'**axe économique** du projet. De plus, de par les enseignements sur la nutrition qui y sont offerts, cette activité contribue considérablement à l'**axe éducation** du projet. Les participants étaient aussi d'avis que cette activité a un impact positif sur la communauté en favorisant la collaboration, l'union et le partage entre les mères, ce qui ajoute à la **dimension communautaire** du projet.

Si le projet devait être répliqué, il serait pertinent d'élaborer une stratégie pour soutenir financièrement l'achat des aliments nécessaires à la tenue de l'activité, sans toutefois déboursier en entier le montant requis. En effet, une contribution des participants, aussi minime soit-elle, favorise sans aucun doute le sentiment de solidarité et le sens du partage au sein de la communauté.

Le tableau ci-dessous présente les bénéfices perçus pour les différents aspects de l'axe économique (MUSO, activités agropastorales et cuisine participative). Les informations qui y sont répertoriées ont été rapportées directement par les intervenants et bénéficiaires directs du projet. Il est important de noter que la majorité des propos exprimés par les répondants des groupes de discussions se rapportaient aux nombreux bénéfices des MUSO pour les familles et la communauté. Cette activité a suscité un grand intérêt au sein de la communauté, mais également au sein des responsables des Directions sanitaires, et était considérée comme une activité clé du projet.

Tableau 5. Bénéfices perçus par les intervenants et bénéficiaires directs du projet pour la dimension accès économique

DIRECT	
<b>MUSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Permet de faire des économies et inculque une culture de l'épargne ;</li> <li>→ Possibilité d'obtenir des prêts qui permettent de répondre à certains besoins, tels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins et services de santé ;</li> <li>• L'éducation des enfants ;</li> <li>• La réparation de bris matériel ou autres besoins urgents ;</li> <li>• L'achat d'aliments nutritifs ;</li> <li>• Le démarrage d'un commerce/petite entreprise.</li> </ul> </li> <li>→ Permet la création d'activités génératrices de revenus et d'améliorer les revenus des familles ;</li> <li>→ Les fonds de solidarité permettent de faire des dons et d'aider les gens dans le besoin (p. ex. : lors de décès, de maladie, transport vers l'hôpital, etc.) ;</li> <li>→ Procure une autonomie financière aux femmes et leur permet de contribuer au revenu familial ;</li> <li>→ Favorise un sentiment de solidarité, de mobilisation et de collaboration entre les participants ;</li> <li>→ Contribue financièrement à renforcer les activités en place dans les clubs de mères ;</li> <li>→ Augmente l'activité économique de la zone.</li> </ul> <p><b>Témoignage d'une coordonnatrice adjointe d'un réseau communautaire de support</b></p> <p>« La MUSO est l'une des activités du projet qui a le plus contribué au développement du capital humain. Elle a permis aux familles et aux membres de certaines familles de se réaliser économiquement, d'acquiescer une certaine autonomie. Elle a un impact très positif sur la communauté. »</p> <p><b>Témoignage d'une IS</b></p> <p>« Il s'agit d'une des activités phares du projet. L'assiette économique des familles a pu être augmentée et les MUSO ont eu aussi pour vertu de sceller davantage la cohésion sociale des gens au sein des communautés. L'autre point fort c'est que les MUSO ont aidé à la prise en charge des problèmes de santé des femmes et des enfants grâce à la caisse de solidarité. »</p>



INDIRECT	
<b>Activités agropastorales (jardins potagers et petits élevages)<sup>9</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ont amélioré l'accès et l'approvisionnement en aliments nutritifs au sein des familles (entre autres pour les ménages avec un très faible revenu) ;</li> <li>→ Ont contribué à diminuer certaines dépenses familiales en se procurant des aliments directement dans leur jardin, mais aussi indirectement, en diminuant les coûts pour les soins de santé que pourraient entraîner une mauvaise alimentation à long terme ;</li> <li>→ Ont permis de générer des revenus par la vente d'aliments ;</li> <li>→ Ont appris aux membres à bien se nourrir avec ce qu'ils ont, sans avoir à dépenser beaucoup.</li> </ul> <p><b>Témoignage d'une IS</b> « La bergerie, couramment appelée activité agropastorale, a permis aux parents des clubs de se réaliser, d'utiliser des parcelles de terre cultivable comme cultures de subsistance, ce qui a pour but de les aider à subvenir à leurs besoins. »</p>
<b>Cuisine participative<sup>10</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A fait réaliser aux mères qu'il est possible de manger sainement avec peu de moyens financiers.</li> </ul>

<sup>9</sup> Les bénéfices perçus des activités agropastorales se rapportant à l'éducation sont présentés dans l'axe éducation (section 4.1).

<sup>10</sup> Les bénéfices perçus des activités de cuisine participative se rapportant à l'éducation sont présentés dans l'axe éducation (section 4.1).

### 4.3.3 MEILLEURES PRATIQUES

#### Direct

##### MUSO

- Mécanisme de financement avec les composantes réunion, épargne et crédit ;
- Planification de l'activité lors des tables sectorielles avec la présentation des bilans et des plans ;
- Implication des pères dans les MUSO (avaient les moyens d'y contribuer davantage) ;
- Formation assurée par l'équipe d'A3PN ;
- Matériel disponible pour l'activité (dons des caisses métalliques).



« Se nan peryòd sechrès nou te ye nou vin jwenn yon gout lapli ki tonbe sou tèt nou »

« Nous étions dans une période de sécheresse et MUSO est une goutte de pluie qui nous est tombée dessus »  
(traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Roseau]

#### Indirect

##### Activités agropastorales

- Utilité de l'outil « Fiche de suivi d'activités agropastorales » ;
- Compétence des formateurs ;
- Présence et dévouement de l'agronome durant le déroulement des activités ;
- Participation des pères (p. ex. : aide offerte pour le transport des denrées et de l'équipement ainsi que pour l'entretien des jardins et des élevages) ;
- Distribution de poules pondeuses (utilité des oeufs).

##### Cuisine participative

- Accessible à toute personne voulant y participer ;
- Utilisation d'aliments locaux et peu consommés habituellement.

### 4.3.4 DÉFIS ET STRATÉGIES DE MITIGATION

#### Direct

##### MUSO

- Certains groupes MUSO n'étaient pas en mesure de gérer de manière autonome les activités, notamment en matière d'épargne.
  - Stratégies de mitigation :
    - Formation des secrétaires et des membres des groupes MUSO ;
    - Formations continues offertes à toutes les étapes de gestion des MUSO dans le cadre de missions de suivi.
- La demande en MUSO de la part des groupes de mères excédait les prévisions du projet.
  - Stratégie de mitigation :
    - Pour une nouvelle initiative, systématiser à tous les groupes de mères les MUSO.
- Délai de certains emprunteurs dans le remboursement de leur prêt.
  - Stratégie de mitigation :
    - Convenir d'un système de conséquence à appliquer lorsque le délai de remboursement n'est pas respecté lors de la première assemblée générale d'un groupe MUSO.
- Disparités dans les capacités de cotisation créer des insatisfactions : selon certains, le montant de cotisation minimum est trop élevé et, selon d'autres, le montant de cotisation maximal est trop faible.
  - **N.B.** : Les MUSO répondent à des normes de fonctionnement parfois strictes surtout pour ce qui est des montants fixés pour les cotisations. C'est une façon de garantir l'accès au crédit même à ceux qui ont très peu de moyens dans le groupe. Permettre aux membres de cotiser selon leurs moyens consisterait en un risque pour le vivre ensemble et créerait trop de disparité dans le groupe.

#### Indirect

##### Activités agropastorales

- Les membres des clubs de mères jugent que leurs connaissances et habiletés concernant le soin des animaux et l'entretien des jardins sont insuffisantes.
- Ressources **insuffisantes** pour assurer le bon déroulement des activités :
  - Manque de support technique
    - Stratégie de mitigation :
      - Désigner un technicien agricole par commune pour faciliter l'encadrement des bénéficiaires.
  - Manque d'accès à l'eau pour l'irrigation des terres
  - Manque de ressources matérielles (p. ex. : outils)
  - Manque d'installations pour les animaux d'élevage
  - Nombre d'animaux distribués jugé insuffisant pour le nombre de personnes dans les clubs (p. ex. : 15-20 poules par club de 25-30 personnes)
    - Chaque famille aurait aimé avoir une poule
    - Stratégie de mitigation :
      - Construire un poulailler communautaire au sein des clubs de mères (plutôt que de distribuer les poules chez les membres des clubs de mères). **Précision** : Formation d'un comité de gestion du poulailler conjointement à sa construction.

- Manque de nourriture pour alimenter les animaux une fois les réserves offertes par le projet épuisées, ce qui représente un fardeau économique pour les familles
  - Stratégie de mitigation :
    - ▷ Mettre en place une stratégie pour que tous les membres contribuent financièrement, de manière équitable, à l'achat de nourriture (p. ex. : via les MUSO).
- Quantité insuffisante de semences dans l'ensemble
- Ressources **inadéquates** :
  - Semences acquises en lot et pouvaient être non adaptées à la saison à laquelle elles ont été distribuées ;
  - Animaux non adaptés à la commune d'accueil, ce qui a causé de nombreux décès/maladies chez les animaux d'élevage. Les gens auraient aimé que les bêtes décédées soient remplacées, mais cela n'était pas prévu au budget du projet ;
    - Stratégie de mitigation :
      - ▷ Laisser les membres de la communauté sélectionner les caprins, afin que les animaux soient adaptés et acclimatés à la région et diminuer les pertes attribuées au transport et au changement de climat.
- Insatisfaction, conflits et départs de membres des clubs causés par :
  - Les ressources insuffisantes et inadéquates (voir les deux points précédents) ;
  - Un sentiment d'iniquité face à une distribution d'animaux et la mise en place des jardins qui diffèrent d'un club de mères à un autre, mais aussi entre les membres d'un même club de mères ;
    - Toutes les familles auraient souhaité avoir un jardin
  - Des indications/formations étaient données, mais sans suite ou avec de longs délais ;
    - Témoignage d'une mère éducatrice  
« On nous a demandé de préparer des terres, mais les semences étaient arrivées un à deux mois après, les membres étaient mécontents. »
- Manque de structure dans la mise en place des jardins.
- Obstacles à la mise en place des activités :
  - Sécheresse ;
  - Insectes ravageurs ;
  - Négligence de certains membres (soins des bêtes, achat de nourriture, etc.) ;
- Ces activités auraient dû améliorer la disponibilité et l'accessibilité à certains aliments des bénéficiaires du projet, mais peu d'impact observé sur cet aspect.

#### Cuisine participative

- Manque d'appui financier du projet pour faciliter la réalisation de l'activité (p. ex. : certains membres n'ont pas pu participer par manque d'argent pour contribuer à l'achat des aliments) ;
- Indisponibilité de certains aliments selon les saisons ;
- Répartition inégale des tâches entre les mères (p. ex. : certaines mères ne participent pas ou peu à la préparation des repas, mais sont présentes lors du partage du repas).
- Présence insuffisante des ASCP lors des activités ;
- Manque de participants pour réaliser certaines activités de cuisine participative ;
- Pas de local désigné.

#### 4.3.5 LEÇONS APPRIS

- **La mise en place des activités agricoles** (jardins potagers communautaires et familiaux) nécessite la présence de l'eau en permanence sur les sites choisis. L'intégration d'une composante WASH ou le partenariat avec un projet WASH qui assurerait la disponibilité de l'eau au moins pour les jardins communautaires pourrait être une excellente symbiose pour de meilleurs résultats.

- **La combinaison des MUSO et des activités agropastorales** permet d'obtenir des résultats plus intéressants que lorsque les activités prennent part de façon indépendante.

#### 4.3.6 ÉLÉMENTS BUDGÉTAIRES

Afin d'assurer la réussite de l'axe accès économique, il faut prévoir des **fonds** pour :

<b>MUSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Matériel (caisses métalliques, registres, etc.)</li> <li>✓ Frais de formation des membres</li> <li>✓ Développement et reproduction du Guide des MUSO</li> <li>✓ Logistique pour les formations (transport, repas, hébergement)</li> </ul>
<b>Activités agropastorales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Semences initiales et de renouvellement</li> <li>✓ Kits d'intrants agricoles pour les jardins familiaux (pelles, seaux, arrosoirs, etc.)</li> <li>✓ Matériaux pour les installations (clôtures, poulaillers, etc.)</li> <li>✓ Animaux d'élevage (caprins et poules)</li> <li>✓ Vaccination des animaux</li> <li>✓ Nourriture pour les animaux</li> </ul>
<b>Cuisine participative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ustensiles, couverts, bols, chaudrons, etc.</li> <li>✓ Matière combustible (gaz, bois, etc.)</li> </ul>

Pour assurer le renforcement de l'axe accès économique, il faudrait prévoir **plus de fonds** pour :

- Distribuer suffisamment de ressources matérielles pour le travail dans les jardins familiaux ;
- Distribuer suffisamment de semences locales en temps opportun ;
- Embaucher plus de main-d'œuvre (techniciens agricoles) pour soutenir les bénéficiaires avec le jardinage et l'élevage ;
- Mettre en place davantage de jardins familiaux ;
- Offrir un appui financier pour la réalisation des activités de cuisine participative.





## 4.4 AXE DE CAPITALISATION 4 • IMPLICATION COMMUNAUTAIRE

DIMENSION IMPLICATION COMMUNAUTAIRE	
<p><b>ACCEPTATION DU PROJET A3PN PAR LA COMMUNAUTÉ</b></p>	<p><b>INCLUSION DES DIFFÉRENTS ACTEURS COMMUNAUTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCP</li> <li>• Mères éducatrices</li> <li>• Écoles et églises</li> <li>• Organisations communautaires de base</li> <li>• Mères et pères</li> <li>• Leaders communaux et autres décideurs</li> </ul>
<p><b>FORTIFICATION DES LIENS COMMUNAUTAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement des membres de la communauté via les activités du projet</li> <li>• Valorisation des ASCP locaux et des mères éducatrices dans chaque zone</li> <li>• Diffusion des apprentissages dans la communauté</li> </ul>	
<p><b>DYNAMIQUE FAMILIALE</b></p> <p>Participation des pères aux activités du projet pouvant augmenter le support aux femmes</p>	<p><b>LIAISON DES ORGANISATIONS ET DES INSTANCES DÉCISIONNELLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisations communautaires de base</li> <li>• Réseaux communautaires avec les leaders des communes</li> <li>• Liaison entre les décideurs et la communauté</li> </ul>

### 4.4.1 DESCRIPTION DE L'AXE

L'implication communautaire est au cœur de l'initiative A3PN et a été un élément déterminant de la réussite du projet. En corrélation avec la stratégie de santé communautaire du MSPP, cet axe traite de l'acceptation du projet par la communauté, de la fortification des liens communautaires, de la dynamique familiale, de l'inclusion des différents acteurs communautaires ainsi que de la liaison des organisations et des instances décisionnelles (voir la fiche détaillée des activités reliées à cet axe en annexe 4).

Dans le cadre du projet A3PN, différents acteurs communautaires ont été invités à participer à chaque étape du processus, à partir du diagnostic initial jusqu'à la surveillance et l'évaluation finale. Ainsi, les ASCP, les mères éducatrices, les écoles, les églises, les organisations communautaires de base, les mères et pères, les leaders communales ainsi que d'autres décideurs ont tous intervenu dans une des étapes de l'initiative et ont joué un rôle dans les différents axes de capitalisation (éducation, accès aux soins de santé, accès économique et implication communautaire). La participation active de ces acteurs communautaires était essentielle à **l'acceptation du projet par les membres de la communauté**. Grâce à leur présence sur le terrain, leurs connaissances de la réalité et du contexte global en Haïti, ils ont su bâtir des relations de confiance avec la communauté, jouant aussi en faveur de la fortification des liens communautaires. L'initiative voulait souligner la capacité des populations et des institutions locales à prendre elles-mêmes en charge le processus de développement du projet.

Différentes activités ont permis de regrouper les membres de la communauté et de **fortifier les liens communautaires** : les clubs de mères, les activités de cuisine participative, les MUSO, les activités agropastorales, les activités ponctuelles de dépistage, les activités de

masse (p. ex. : journée internationale des droits des femmes), les activités d'IEC, etc. La collaboration des ASCP et des mères éducatrices dans l'animation des IEC dans les écoles, les églises et d'autres structures communautaires de l'aire de desserte a permis de diffuser les apprentissages dans la communauté. La réalisation des journées de mobilisation et de sensibilisation de masse présente l'avantage de créer plus de visibilité autour du projet et d'augmenter la participation et l'implication des communautés.

En agissant de pair avec **les instances décisionnelles, les leaders communautaires et autres décideurs**, l'ampleur de l'initiative A3PN s'est vu améliorée. L'équipe d'A3PN a collaboré avec les Directions sanitaires du Sud et de la Grand'Anse du MSPP. Le renforcement de la gouvernance des Directions sanitaires du MSPP s'est réalisé tout au long du projet et le projet assure un appui financier aux Directions sanitaires. Bien que limité, il contribue aux Directions sanitaires en ce qui concerne leur fonctionnement et la gouvernance du système de santé dans l'aire départementale. Un Comité de pilotage a été formé afin de contribuer à la gouvernance du projet et de sensibiliser les partenaires sur les défis rencontrés et leur appropriation. Des rencontres du **Comité de pilotage** ont eu lieu annuellement, réunissant des représentants du MSPP, de CRS, de la Fondation et d'AMC. L'équipe d'A3PN a également participé aux rencontres mensuelles du **comité technique national de nutrition**. Ces rencontres avaient pour objectif le partage d'information sur la situation nutritionnelle en Haïti entre tous les partenaires intervenant dans le dépistage et la prise en charge de la malnutrition.

Lors des deux premières années du projet, des **réseaux communautaires de support sociaux** ont été mis en place. Ces réseaux, incluant les CSMMI, ont été formés pour une meilleure appropriation de leurs rôles et responsabilités au niveau de leurs communautés respectives. Au cours de la troisième année, deux réseaux communautaires de support étaient en fonction dans chaque centre de santé appuyé par le projet. Les CSMMI, constitués de responsables institutionnels et de leaders communautaires, ont aussi poursuivi leurs activités de renforcement de la gouvernance locale.

Ayant comme objectif la mobilisation des Directions départementales, des tables sectorielles communales et départementales ont été réalisées aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années du projet. Ces tables ont permis d'avoir des échanges à plusieurs niveaux et d'obtenir de la rétroaction pertinente sur la mise en œuvre du projet.

### 4.4.2 CONSTATS

À la suite du passage de l'ouragan Matthew, plusieurs organisations ont effectué un recensement des besoins auprès des ménages de plusieurs zones d'intervention du projet A3PN pour ensuite distribuer du matériel selon la nécessité de chacun. Selon la perception de certains membres, l'aide qui leur a été offerte de la part de ces organisations n'a toutefois pas été à la hauteur de leurs attentes, ce qui a eu pour résultat de susciter leur réticence à collaborer aux activités du projet A3PN particulièrement au début. La clarification des différences entre les interventions du projet A3PN et celles des organisations précédentes a donc été bénéfique pour favoriser **l'acceptation du projet** par la communauté. Le niveau d'acceptation du projet A3PN par les organismes faisant partie du réseau communautaire a également été élevé. Les organisations attendaient le projet avec beaucoup d'enthousiasme et étaient heureuses de pouvoir mieux éduquer et rejoindre la communauté.

La collaboration entre les centres de santé et le projet A3PN s'est très bien déroulée : la collaboration était étroite et un lien de confiance régnait. Peu d'obstacles ont été soulevés à ce sujet, à part la difficulté initiale d'un centre à recevoir les données des ASCP placés sous la supervision d'A3PN (pour remédier à cet obstacle, le PFS a communiqué avec les ASCP).

Lors des groupes de discussion, les membres des clubs de mères ont été questionnés quant aux **activités les plus utiles pour les familles**. Les groupes des trois régions

ont mentionné les MUSO et les postes de rassemblement. Les bénéficiaires des MUSO concernaient particulièrement la génération de revenus pour les familles et la mise sur pied de commerces, permettant ainsi de diminuer la vulnérabilité économique des ménages. De plus, considérant que les activités des postes de rassemblement touchent directement la santé des enfants, il est évident que cette intervention ait été perçue comme l'une des plus utiles par les ménages bénéficiaires du projet.

Lors des groupes de discussion, les membres ont été questionnés quant à l'impact perçu des activités pour la communauté. Ils ont été unanimes que les MUSO étaient parmi les **activités les plus utiles pour la communauté**. L'activité de MUSO semble avoir été très populaire auprès des bénéficiaires du projet. D'après les propos des participants, il est possible de comprendre que la génération de revenus résultant de cette activité a non seulement permis aux membres de la communauté d'avoir accès à de nombreux biens et services dont ils ont grandement besoin (nourriture, éducation des enfants, soins de santé), mais qu'elle favorise également l'entraide dans la communauté, notamment par le biais de prêts aux personnes dans le besoin.

Dans le même ordre d'idée, les groupes de discussion de la région de Grand'Anse Ouest ont nommé des initiatives n'étant initialement pas prévues au projet A3PN, mais qui ont été mises sur pied par CRS suite au passage de l'ouragan Matthew en 2016 au tout début du projet. En effet, les participants ont exprimé que ce sont les médicaments et la nourriture offerts par CRS après l'ouragan qui fut le plus apprécié par la communauté. Ce désastre a touché de façon majeure les deux départements d'intervention du projet A3PN, ce qui a passablement perturbé le déroulement des activités régulières. Pendant les quatre à cinq semaines qui ont suivi son passage, le personnel du projet a été mobilisé pour diffuser de l'information de prévention auprès de la population afin de contrer les épidémies de choléra et de paludisme et pour s'investir dans des opérations d'urgence, tel que le recensement des victimes, la constitution et la distribution de kits d'hygiène et de kits alimentaires aux familles sinistrées et la dotation de médicaments essentiels aux centres de santé. Il semble que la communauté ait apprécié ce support du projet, ce qui a également contribué à son acceptation dans la communauté.



« CRS se te bondye ki te desann pou nou aprè Matthew ni pou fanmi ni pou kominote nou. »

« CRS fut comme un bon Dieu descendu pour nous après Matthew, tant pour nos familles que pour notre communauté. » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Carcasse]

L'implication des pères dans les activités a été mentionnée comme ayant eu un impact positif sur la **dynamique familiale**. Bien que la participation des pères dans les activités du projet semble relativement faible, leur support a toutefois été constaté et apprécié par certaines mères, entre autres pour les activités agropastorales. Malgré leur présence discrète, les mères rapportaient que les pères reconnaissaient l'importance du projet pour la communauté et qu'ils les encourageaient à participer aux activités et leur remémoraient même à l'occasion les dates des rencontres. De plus, les pères semblaient davantage impliqués dans la prise en charge de la santé de leur enfant, soit en appuyant les mères dans l'application des recommandations nutritionnelles et sanitaires ou encore en se rendant avec leurs enfants à certaines activités telles que les postes de rassemblement. Les pères participaient aussi plus aux tâches et aux activités autrefois « réservées » aux femmes. Ainsi, la participation de tout un chacun aide à un meilleur épanouissement de la famille.

Lors des groupes de discussion, toutes les régions ont souligné que les pères ont ressenti de la jalousie initialement, car ils auraient également souhaité avoir des activités leur étant dédiées. Il est possible de croire que cette jalousie a été diminuée en permettant aux hommes de participer aux clubs de mères, ce qui aurait pu être planifié dès le début du projet. Somme toute, il semble que tous les groupes se sont entendus pour dire que la présence des hommes dans les activités du projet a été bénéfique pour leur bon déroulement. Plusieurs auraient aimé une plus forte participation et intégration des hommes aux activités du projet, tel que les MUSO, les clubs de mères ou les activités agropastorales. Considérant l'influence qu'ils ont auprès de leur famille, certains allaient même jusqu'à proposer de créer des clubs de pères.

Quant à l'**inclusion des différents acteurs communautaires**, ce sont principalement l'inclusion des ASCP et celle des organismes communautaires de base qui sont ressorties lors des groupes de discussion avec les membres des clubs de mères. Les visites à domicile ont contribué à faire connaître les ASCP et à faire réaliser à la communauté la passion des ASCP pour leur travail. Les ASCP ont su développer des liens privilégiés avec les ménages qu'ils fréquentent régulièrement en leur apportant du support tant au niveau sanitaire que psychologique. Ces liens ont renforcé, aux yeux des bénéficiaires du projet, l'importance de leur rôle au sein de la communauté. D'ailleurs, leur nombre jugé insuffisant dans certaines activités (p. ex. : activités agropastorales, cuisine participative) démontre bien que leur contribution apparaît considérable pour certains membres de la communauté.

Plusieurs éléments du projet auront réussi à fortifier la **liaison des organisations et des instances décisionnelles**. Par exemple, les tables sectorielles, les activités d'échanges entre les autorités locales et les leaders, les relations avec le MCFDF, la participation d'A3PN aux rencontres du comité technique de nutrition, le Comité de pilotage et les visites conjointes de supervision ont contribué à l'établissement ou l'amélioration des liens unissant les membres de l'équipe A3PN aux instances décisionnelles. Plusieurs défis ont été rencontrés, notamment quant au maintien de la collaboration avec les Directions sanitaires et au niveau d'implication du MSPP. Toutefois, une communication constante avec ces instances a permis de faire face à ces défis.

Pour l'axe communautaire, il ne fait aucun doute que le projet A3PN a été très bien accepté, voire accueilli à bras ouverts par la population des deux départements. Certains participants ont manifesté le désir que le projet se poursuive et d'autres ont même affirmé que le projet avait sauvé la vie de certains membres de la communauté, dont leurs enfants. De plus, l'intervention d'A3PN dans les communautés aura très certainement réussi à **fortifier les liens entre les membres de la communauté**, notamment par le biais des clubs de mères (partage d'idées, union et solidarité entre les membres), des activités agropastorales (travail d'équipe pour l'entretien des jardins et les soins des animaux), des activités de cuisine participative (collaboration, échanges entre les mères sur ce qu'elles vivent à la maison) et des MUSO (collaboration et solidarité). Comme l'illustre si bien l'expression haïtienne, ces activités ont permis aux membres de la communauté de « met tèt ansanm<sup>11</sup> ».

Les activités qui seraient à répéter dans un tel projet concernant l'axe implication communautaire, selon les intervenants et les bénéficiaires, comprennent : les activités d'échange avec les autorités locales et les leaders ; les réseaux communautaires de support et le CSMMI ; les activités pour souligner la Journée internationale des droits des femmes ; et les activités liées aux clubs de mères et aux ASCP.

Le tableau ci-dessous reflète les bénéfices ressentis par les différents intervenants et bénéficiaires de l'initiative A3PN pour les éléments reliés à l'axe implication communautaire. Les informations qui y sont répertoriées ont été rapportées directement par les intervenants et les bénéficiaires directs du projet.

11 « Se mettre la tête ensemble » (traduction libre) ; réfléchir et travailler ensemble dans un but commun.



**Tableau 6. Bénéfices perçus par les intervenants et bénéficiaires directs du projet pour la dimension implication communautaire**

ACCEPTATION DU PROJET A3PN PAR LA COMMUNAUTÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A3PN a servi de support moral à la communauté après le passage de l'ouragan ;</li> <li>→ Des gens étaient curieux et désiraient s'intégrer aux activités du projet jusqu'à la toute fin du projet ;</li> <li>→ Des bénéfices du projet ont été perçus autant pour les participants que les non-participants (via le relais d'informations entre les membres des activités et le reste de la communauté) ;</li> <li>→ Excellente appréciation du projet et accueil à bras ouverts de la communauté (les chansons et les histoires à succès en témoignent).</li> </ul> <p><b>Témoignage d'un coordonnateur d'un CSMMI</b>  <i>« Les témoignages sont nombreux, le travail d'A3PN n'a pas de prix. Nous étions des gens abandonnés dans l'obscurité, A3PN vient pour nous sauver. Il a créé une pléiade d'animation dans la communauté, telle la [journée internationale des droits] des femmes le 8 mars qui reste une activité qui emballe toute la communauté qui fait vibrer la zone. Tout le monde participe et on en parle partout. »</i></p>
FORTIFICATION DES LIENS COMMUNAUTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Grâce aux activités d'A3PN, la communauté a appris le travail d'équipe, la fraternité, le partage et l'empathie ;</li> <li>→ Les activités MUSO ont eu pour vertu de sceller davantage la cohésion sociale des gens au sein des communautés, de renforcer la solidarité et de faire naître un climat de confiance ;</li> <li>→ Les activités de cuisine participative ont renforcé l'harmonie entre les membres du groupe ;</li> <li>→ Les clubs de mères ont permis aux mères de la communauté d'apprendre à vivre en communauté et de s'unir, ils ont favorisé le partage d'idées et la solidarité entre les mères ;</li> <li>→ Les clubs de mères offraient un lieu de détente et de distraction entre les femmes ;</li> <li>→ Les visites à domicile et les postes de rassemblement ont permis de rapprocher les ASCP des membres de leur localité ;</li> <li>→ Les activités agropastorales ont favorisé l'union, le partage, la convivialité et la collaboration entre les mères ou dans la communauté <ul style="list-style-type: none"> <li>• En partageant des œufs avec les gens dans le besoin</li> <li>• En revivant la collaboration entre voisins comme autrefois (retour de la combite<sup>12</sup>) ;</li> </ul> </li> <li>→ Le fait que les ASCP provenaient de la localité a facilité leur travail, a favorisé la collaboration et le développement d'un lien de confiance.</li> </ul>
DYNAMIQUE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ L'augmentation de l'implication des pères aux activités (surtout les jardins et les MUSO) et les activités éducatives sur l'ÉFH ont contribué à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la structure du tissu conjugal et familial</li> <li>• Réduire les cas de violence conjugale</li> <li>• Une meilleure reconnaissance du rôle de la femme dans la famille et dans la communauté</li> <li>• Une meilleure répartition des tâches familiales (participation des hommes aux tâches familiales) ;</li> </ul> </li> <li>→ Les MUSO et postes de rassemblement ont été jugés comme les activités les plus utiles pour la famille.</li> </ul>

<sup>12</sup> Groupe informel d'Haitiens aidant un voisin à faire des travaux qu'une seule personne n'arriverait jamais à faire. La combite est une forme de solidarité, où les gens peuvent chanter et danser pour s'encourager.

INCLUSION DES DIFFÉRENTS ACTEURS COMMUNAUTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les clubs de mères ont stimulé l'intérêt des mères éducatrices à s'impliquer dans la vie communautaire ;</li> <li>→ Grâce aux réseaux communautaires, les leaders sont devenus plus soudés.</li> </ul>
LIAISON DES ORGANISATIONS ET DES INSTANCES DÉCISIONNELLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Les activités d'échanges entre les autorités locales et les leaders ont permis d'augmenter l'implication de ces derniers ;</li> <li>→ Les tables sectorielles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistaient en un espace idéal de partage des informations et des données du projet avec la communauté</li> <li>• Ont permis aux Directions sanitaires et aux leaders du projet de constater les réalisations et les contraintes du projet, afin de prendre des décisions pour l'amélioration des activités ;</li> </ul> </li> <li>→ La participation d'A3PN aux rencontres du comité technique de nutrition a permis au projet de se faire connaître comme un projet avec un volet nutrition important et aussi d'être informé de ce qui se fait parallèlement dans le secteur de la nutrition ;</li> <li>→ Le bureau du CRS des Cayes a développé de très bonnes relations avec les structures déconcentrées du MCFDF du Département du Sud ;</li> <li>→ Le Comité de pilotage a permis les échanges entre les principales parties prenantes du projet (bailleur, autorité étatique et partenaire de mise en œuvre) et a permis de réorienter les activités au besoin ;</li> <li>→ Les visites conjointes de supervision ont permis aux équipes du projet et aux Directions sanitaires d'observer le fonctionnement des centres et de faire des recommandations ;</li> <li>→ L'augmentation de la fréquence des visites conjointes de supervision de la Direction sanitaire a renforcé le lien entre les centres de santé et la Direction sanitaire ;</li> <li>→ La collaboration avec la Direction sanitaire a permis un meilleur encadrement pour les prestataires des centres de santé ;</li> <li>→ Le projet A3PN a permis de créer des réseaux dynamiques qui se rencontrent régulièrement et qui sont plus proches de la communauté.</li> </ul>

#### 4.4.3 MEILLEURES PRATIQUES

##### Acceptation du projet A3PN par la communauté

- Bonne réputation des partenaires (surtout CRS) ;
- Arrivée du projet dans la communauté dans un moment critique où les besoins étaient encore plus criants (post ouragan Matthew) ;
- Activités distinctes (p. ex. : MUSO) de celles des autres organisations ayant des objectifs similaires au projet ;
- L'implication des pères dans les activités (leur ont permis de connaître plus rapidement le projet ainsi que l'importance de ces activités pour la communauté) ;
- Clarification des différences entre les interventions du projet A3PN et celles des organisations précédentes.



Défilé de rue lors de la commémoration de la journée internationale des droits de la femme à Anse d'Hainault



« [Les activités du projet A3PN] ont un impact positif en ce sens qu'elles ont permis aux gens de renouer avec des habitudes qu'on avait perdues, comme la mise en commun des biens, le vivre ensemble. »

[Mère éducatrice, Moron]

#### 4.4.4 DÉFIS ET STRATÉGIES DE MITIGATION

##### Acceptation du projet A3PN par la communauté

- Faible acceptation initiale du projet (entre autres car les gens s'attendaient à recevoir de l'aide alimentaire).
- Perception de certains membres de la communauté à l'effet que CRS n'aide que les femmes.
- Déception de certains groupes (p. ex. : personnes âgées, hommes) de ne pas pouvoir participer à la totalité des activités.
- Influence de la réputation des autres organismes déjà présents sur l'acceptation du projet.
- Peur des anciens ASCP de perdre leur poste.
  - Stratégie de mitigation :
    - Partage d'informations et explication de la nature du projet de manière à accroître la compréhension, l'acceptabilité et l'intérêt envers le projet.

##### Dynamique familiale

###### Participation des pères aux activités

- Jalousie ressentie par les pères au début du projet en raison des activités s'adressant principalement aux femmes, car ils auraient souhaité une activité leur étant destinée.
  - Stratégie de mitigation :
    - Inclure des pères favorables et ouverts à la santé maternelle et infantile dans les clubs de mères et les activités en découlant.

##### Liaison des organisations et des instances décisionnelles

###### Organisations communautaires de base

- Difficulté à réunir les réseaux communautaires sans incitatifs financiers ou avantages particuliers
  - N.B.** : Avant l'arrivée d'A3PN, les autres ONG avaient l'habitude de distribuer des badges ou chandails pour les identifier et de donner une indemnité pour rembourser les frais de déplacement ;
- Absence de la participation du point focal santé materno-infantile de la Direction sanitaire dans le CSMMI.

###### Liaison entre les décideurs et la communauté

- Absence d'implication de la Direction sanitaire dans la formation des mères éducatrices (p. ex. : le guide élaboré et utilisé n'a pas obtenu l'autorisation formelle du MSPP).
- Le maintien de la collaboration avec les Directions sanitaires a été extrêmement difficile.
- Faible niveau d'implication du MSPP (inférieur à ce qui était souhaité).
  - Stratégie d'atténuation :
    - Multiplier les rencontres avec le MSPP et prioriser la communication.
- Intégration insuffisante de la mairie et des membres des conseils d'administration des sections communales (CASEC).
  - Aurait pu résulter en une plus large participation de la communauté.

##### Fortification des liens communautaires

###### Activités favorisant les liens communautaires :

- MUSO (dons de solidarité offerts aux membres de la communauté dans le besoin) ;
- Clubs de mères ;
- Cuisine participative ;
- Séances éducatives sur l'ÉFH ;
- Réseaux communautaires ;
- Comités de surveillance de la mortalité maternelle et infantile ;
- Agropastorales (Combite) ;
- Activités de masse (p. ex. : célébration du 8 mars).

##### Dynamique familiale

- L'implication des pères dans les activités du projet ;
- Activités sur l'ÉFH.

##### Inclusion des différents acteurs communautaires

- L'assistance des mères éducatrices avec les ASCP dans l'animation des clubs ;
- Collaboration des membres de la communauté, des ASCP et des centres de santé dans le CSMMI (même si ces liens existaient avant, le projet les a augmentés) ;
- Étroite collaboration entre le projet A3PN et les centres de santé ;
- Étroite collaboration entre le projet A3PN et les réseaux communautaires.

##### Liaison des organisations et des instances décisionnelles

- Implication des points focaux santé communautaire rattachés aux Directions sanitaires tout au long du processus de sélection des ASCP jusqu'à leur formation ;
- Augmentation de la fréquence des visites de suivi des Directions sanitaires ;
- Activités d'échanges entre les autorités locales et les leaders ;
- La tenue de tables sectorielles ;
- La participation d'A3PN aux rencontres du comité technique de nutrition.

###### Comité de pilotage

- Clarté et ouverture de la DSF par rapport au projet.



### Comité de pilotage

- Difficulté à réunir tous les acteurs attendus, notamment les représentants des Directions sanitaires départementales.
- Fréquence annuelle des rencontres insuffisante, mais la difficulté de mobilisation du MSPP a rendu difficile l'organisation de rencontres semestrielles.
  - Stratégie de mitigation :
    - Multiplier les méthodes et fréquences de communications avec le MSPP et les DS.

### Tables sectorielles

- Incapacité de donner suite aux attentes exprimées lors des tables communales par les autorités locales.

#### 4.4.5 LEÇONS APPRIS

- Les **tables sectorielles communales et départementales** permettent d'avoir des échanges à plusieurs niveaux et d'obtenir des commentaires pertinents sur la mise en œuvre du projet.
- **L'appui à la gouvernance du système** apporté aux Directions sanitaires permet à ces structures d'adresser certains besoins essentiels à leur fonctionnement en plus de contribuer à susciter de l'intérêt pour le projet.
- La **mobilisation des DS du MSPP nécessite un grand déploiement d'énergie**, qui malgré les efforts ne peut être garanti de succès. Le projet doit fournir des efforts avec différents canaux (courriels, téléphones, visites en personne) pour en assurer la mobilisation.
- **Les bureaux d'état civil n'ont pas la capacité de procéder aux enregistrements des naissances** comme ils le devraient par faute de matériel, équipements, documents. À cela s'ajoute l'impossibilité d'enregistrer les enfants lorsque leurs parents n'ont eux-mêmes pas leurs documents d'enregistrement. Ce défi force le projet à travailler avec cette instance et d'autres en lien afin de trouver des solutions durables.
- **L'implication des pères** dans les activités d'un projet en santé maternelle et infantile apporte beaucoup de bénéfices et renforce la dimension transversale d'ÉFH.

#### 4.4.6 ÉLÉMENTS BUDGÉTAIRES

Afin d'assurer la réussite de l'axe implication communautaire, il faut prévoir des **fonds** pour :

<b>Tables sectorielles</b>	✓ Logistique pour les rencontres (repas, hébergement, transport, etc.)
<b>Comité de pilotage</b>	✓ Logistique pour les rencontres (repas, hébergement, transport, etc.)

Pour assurer le renforcement de l'axe implication communautaire, il faudrait prévoir **plus de fonds** pour :

- Distribuer des badges ou chandails pour identifier les membres des réseaux communautaires et rembourser les frais de déplacement encourus pour les rencontres.



## 4.5 ANALYSE DE L'INTERRELATION DES AXES DE CAPITALISATION

Tel que discuté tout au long de ce document, les axes de capitalisation peuvent s'influencer l'un l'autre. D'abord, la dimension **éducation** influence considérablement et de façon favorable la dimension d'**accès aux soins de proximité** en sensibilisant les communautés à l'importance d'effectuer les consultations prénatales, d'accoucher à l'hôpital et de se procurer des soins au niveau des institutions. Cependant, l'**accès économique et physique aux soins de proximité** influence également la capacité des gens à mettre en application les recommandations reçues lors des séances d'éducation et de sensibilisation.

La dimension **accès économique** est intimement reliée à l'**accès aux soins de proximité** lorsque les soins en question ne sont pas offerts gratuitement. Le coût élevé des soins médicaux et des médicaments est un obstacle à la consultation dans les centres de santé. Il s'agit d'une raison pour laquelle les femmes refusent régulièrement de se faire accompagner au centre de santé par un ASCP.

En encourageant les familles à préparer des repas nutritifs à partir d'aliments locaux et en mettant l'accent sur les aliments locaux peu utilisés, les activités de **cuisine participative** ont permis de faire prendre conscience aux mères qu'il est possible de cuisiner des recettes équilibrées à un coût moindre. L'**axe accès économique** est ainsi visé et facilite la mise en application des recommandations nutritionnelles divulguées lors de cette même activité (**axe éducation**).

L'activité de MUSO semble avoir contribué positivement à tous les axes du projet A3PN, notamment par l'augmentation du pouvoir d'achat des ménages (**axe accès économique**), permettant de répondre à plusieurs besoins. En effet, les intervenants et bénéficiaires ont affirmé que les MUSO favorisent l'**accès aux soins de santé** et à l'**éducation** par le biais des économies engendrées qui leur permettent d'assumer les frais pour ces services. Les mutuelles semblent également jouer un rôle au niveau **communautaire** puisque les participants ont mentionné qu'elles ont permis de soutenir l'indépendance financière des femmes, en plus de leur permettre de contribuer au revenu familial. Finalement, l'activité a également rendu possible le démarrage d'activités génératrices de revenus tels que des petits commerces et entreprises permettant de contribuer à l'économie locale. La contribution des femmes au revenu familial (**axe accès économique**) est susceptible de modifier la dynamique familiale et favoriser l'**ÉFH** au sein du ménage.

## 4.6 ANALYSE DES AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE

Lors de la **mise en place des activités**, l'équipe du projet A3PN a fait face à plusieurs **obstacles**. Le tableau ci-dessous présente les obstacles à la mise en place des activités ainsi que les stratégies de mitigation qui ont été utilisées.

Tableau 7. Obstacles à la mise en place des activités du projet A3PN et stratégies de mitigation

OBSTACLES À LA MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS	STRATÉGIES DE MITIGATION
<b>Difficulté de certains ASCP à accomplir leurs tâches</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Communication</li> <li>✓ Encadrement des ASCP par les IS</li> <li>✓ Formations – initiale, recyclage, spécialisées (MUSO, agropastoral)</li> </ul>
<b>Difficulté de collaboration entre les Directions sanitaires et le personnel des centres de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Communication</li> <li>✓ Implication des Directions sanitaires dans la supervision des activités</li> <li>✓ Formation sur la gestion de conflits</li> </ul>
<b>Faible acceptation initiale du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Communication</li> <li>✓ Implication des réseaux et des leaders communautaires dans l'organisation de rencontres communautaires pour bien expliquer la raison d'être du projet</li> <li>✓ Priorisation des besoins</li> </ul>
<b>Difficulté d'accès aux personnes vivant dans les zones les plus reculées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté d'implanter les activités du projet et leur supervision dans ces zones</li> <li>• Difficulté pour ces personnes de se rendre aux activités du projet ou aux institutions de santé vue la grande distance à parcourir</li> </ul>	<i>Stratégies de mitigation limitées</i>
<b>Limites budgétaires du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Priorisation des besoins</li> <li>✓ Réaménagements budgétaires</li> </ul>
<b>Conséquences de l'ouragan Matthew</b> (p. ex. : les 10 centres de santé appuyés par le projet ont été abimés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dotation de médicaments aux centres de santé</li> <li>✓ Revoir l'évaluation des besoins pour chacun des centres de santé selon les dégâts subis</li> </ul>
<b>Intempéries climatiques</b> (p. ex. : les épisodes de sécheresse ont influencé la mise en place des jardins)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Surveillance de la pluviométrie (éviter de planter dans les périodes à très faible pluviométrie)</li> <li>✓ Implantation des jardins communautaires à proximité d'une rivière ou d'une source lorsque possible</li> </ul>

OBSTACLES À LA MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS (suite)	STRATÉGIES DE MITIGATION (suite)
<b>Instabilité socio-politique et insécurité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement des activités terrain (p. ex. : les écoles étant fermées pour une période prolongée, il était impossible de faire des activités d'IEC dans les écoles)</li> <li>• Impossibilité pour le personnel de se rendre au bureau de CRS</li> <li>• Déplacements complexifiés</li> <li>• Séjours terrain annulés et reportés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adaptation du calendrier du projet</li> <li>✓ Resserrement de la sécurité du personnel, des consultants et des stagiaires</li> </ul>

De plus, même lorsque les activités ont pu être mises en place adéquatement, plusieurs obstacles à l'application des recommandations faites par le projet persistent.

Voici les **obstacles à l'application des recommandations** qui ont été évoquées par les membres de la communauté :

- Manque d'ouverture aux changements de la part des membres de la communauté ;
- Persistance de mythes et tabous dans la communauté, particulièrement chez les aînés ;
- Pression de l'entourage
  - P. ex. : Les jeunes filles qui tombent enceintes à un âge précoce doivent parfois cacher leur grossesse, car les parents n'approuvent pas. En conséquence, elles ne consultent pas au centre de santé ;
- Manque de ressources financières et matérielles
  - Le manque d'argent a empêché les membres de la communauté d'appliquer les conseils d'A3PN en matière de soins prénataux (consultations, médicaments, examens), d'hygiène (p. ex. : construction de latrines communautaires), de finances (p. ex. : épargne) et d'alimentation (p. ex. : préparation de repas équilibré) ;
- Manque d'intrants pour soutenir l'information divulguée
  - p. ex. : IEC sur le traitement de l'eau devrait inclure la distribution de comprimés de purification d'eau (Aquatabs), IEC sur la malaria devrait inclure la distribution de moustiquaires, etc.

Parmi les **éléments clés pour la réussite du projet A3PN**, notons l'approche holistique, qui est très certainement une grande force du projet. Le fait d'avoir approché la problématique de la santé maternelle et infantile dans sa globalité, c'est-à-dire d'avoir développé des interventions adressant toutes les causes sous-jacentes à la mortalité maternelle et infantile a sans doute contribué à augmenter l'efficacité de l'initiative. Tel qu'explicité à la section précédente portant sur l'interrelation des axes de capitalisation, les différentes causes de la mortalité maternelle et infantile s'influencent entre elles. Le fait d'agir sur plusieurs d'entre elles peut réellement aider à obtenir des résultats durables. Afin de bien compléter les activités du projet et adresser toutes les causes sous-jacentes à la mortalité maternelle et infantile, dans un prochain projet visant le même objectif ultime, il serait fort pertinent d'ajouter un volet portant sur la santé sexuelle et reproductive. Ce volet s'intégrerait d'ailleurs très bien à la nouvelle politique d'aide internationale féministe d'AMC.





## CONCLUSION

Après quatre ans de mise en œuvre de ce projet visant la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Grand'Anse et au Sud d'Haïti, les membres de l'équipe du projet et les bénéficiaires ont certainement acquis une maturité permettant de rapporter avec justesse les bénéfices de chacune des activités mises en place tel qu'ils les perçoivent, les processus gagnants à reproduire et les leçons apprises, ainsi que de proposer des améliorations concrètes. Dans une perspective de répliation, ces éléments ont été présentés en se guidant sur quatre axes de capitalisation, soit l'éducation, l'accès aux soins de proximité, l'accès économique et l'implication communautaire.



« A3PN fè branch la branch la branch la epi li vin fè yon gwo pye bwa. Chak branch se vaccin yo, MISO, allaitement, nutrisyon, elatrye. Yap ba rasin tout kote nan komin nan. »

« **A3PN a fait des branches un peu partout ce qui a formé un gros arbre. Les branches constituent les vaccins, les MUSO, l'allaitement, la nutrition, etc. Cet arbre formera des racines s'étendant dans toute la commune.** » (traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Chantal]

Le projet A3PN est un exemple concret d'initiative holistique adressant une problématique en touchant à toutes ses causes sous-jacentes. Cette approche constitue une force réelle et aidera forcément à atteindre des résultats durables. L'initiative a suscité beaucoup d'engouement dans les régions d'intervention, et plusieurs personnes questionnées aux fins de ce rapport ont manifesté leur désir de voir se poursuivre le projet et ont affirmé que le projet avait sauvé la vie de plusieurs membres de leur communauté, dont leurs enfants.

Des fiches de partage d'expérience résumant les éléments clés pour chacun des quatre axes ont été conçues et sont présentées en annexes. Ces fiches se veulent des documents de référence simples et faciles à consulter pour les équipes désirant intervenir en santé maternelle et infantile.

La Fondation Paul Gérin-Lajoie (la Fondation) est fière de s'être associée à Catholic Relief Services Haïti (CRS), l'Unité de santé internationale (USI) de l'Université de Montréal, TRANSNUT - Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur la transition nutritionnelle et le développement du département de nutrition de l'Université de Montréal, le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) et Affaires mondiales Canada (AMC) pour la mise en œuvre de ce projet qui a permis de renforcer les efforts communautaires favorables à la santé des mères et des enfants.





## FICHE DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE

### AXE DE CAPITALISATION 1 ÉDUCATION

En vue d'atteindre l'objectif du projet Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN), soit la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Grand'Anse et au Sud d'Haïti, l'éducation a joué un rôle central.

D'abord, la formation des professionnels constituait un élément essentiel afin d'améliorer les services offerts par le personnel des centres de santé, mais également pour assurer le bon déroulement des activités menées par les agents de santé communautaire polyvalents (ASCP). Le personnel des centres de santé a profité de formations initiales et continues portant sur la gestion des soins, la gestion des ressources humaines, la gestion de conflits et l'éducation nutritionnelle. Pour leur part, les ASCP ont été formés selon le programme de 50 jours du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti (MSPP) pour être en mesure d'effectuer la surveillance de l'état de santé des mères, nouveau-nés et enfants (MNE), le suivi de l'allaitement, la vaccination et les soins de base dans les communautés. Ils ont aussi reçu des formations spécifiques aux activités du projet A3PN, notamment concernant l'égalité entre les femmes et les hommes (ÉFH), la protection de l'environnement et les activités agropastorales.

Desséances d'éducation portant notamment sur la santé de la femme, la nutrition, l'hygiène, l'ÉFH, la protection de l'environnement et des aspects pratiques se rapportant notamment au jardinage, à l'élevage ou encore à la préparation de repas équilibrés étaient destinées aux **bénéficiaires directs** du projet et prenaient place lors des différentes activités du projet. Des activités d'information, éducation et communication (IEC) réalisées dans les écoles, les églises et les réseaux communautaires ont contribué à **l'éducation des communautés**. Ces activités visaient à provoquer des changements de perception sur certains sujets relatifs à la santé, et ultimement induire des changements de comportement.

Les membres des **comités de surveillance de la mortalité maternelle et infantile** (CSMMI) ont également reçu de la formation initiale et continue portant sur les signes de danger lors de la grossesse, les problèmes liés à la mortalité infantile et maternelle ainsi que l'importance des consultations périnatales.



## DIMENSION ÉDUCATION

ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS	ÉDUCATION DES BÉNÉFICIAIRES DIRECTS	ÉDUCATION DE LA COMMUNAUTÉ
<p><b>Personnel centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hygiène</li> <li>Gestion des soins</li> <li>Gestion et ressources humaines</li> <li>Leadership (p. ex. : gestion de conflits)</li> <li>Éducation nutritionnelle</li> <li>Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA)</li> </ul> <p><b>ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Curriculum du MSPP</li> <li>Formations complémentaires en ÉFH, protection de l'environnement, nutrition, etc.</li> </ul>	<p><b>Femmes en âge de procréer   Femmes enceintes   Mères   Pères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ÉFH</li> <li>Hygiène</li> <li>Santé de la femme</li> <li>Nutrition</li> <li>Épargne et prêt (MUSO)</li> <li>Jardins et petits élevages</li> <li>Protection de l'environnement</li> </ul> <p>Par le biais de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites à domicile</li> <li>Clubs de mères</li> <li>Postes de rassemblement</li> </ul>	<p><b>Mères éducatrices   Écoles et églises   Réseaux communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ÉFH</li> <li>Hygiène</li> <li>Santé de la femme</li> <li>Nutrition</li> </ul> <p><b>Comité de surveillance de la mortalité maternelle et infantile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile</li> <li>Information prénatale, périnatale et postnatale</li> <li>Signes de danger</li> <li>Registre des décès</li> </ul>

## MEILLEURES PRATIQUES

<p><b>Formation du personnel de santé, des ASCP et des mères éducatrices</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bien identifier les besoins en formation ;</li> <li>Rendre des documents disponibles pour la formation ;</li> <li>Offrir des formations pratiques ;</li> <li>Offrir les formations dans tous les centres de santé (<i>pour le personnel de santé</i>) ;</li> <li>Offrir de la formation aux titulaires de différents postes (personnel médical, administratif, de soutien, etc.) (<i>pour le personnel de santé</i>) ;</li> <li>Offrir un certificat suite aux formations du personnel de santé ;</li> <li>Offrir des formations sur une variété de sujets (MUSO, élevage, agriculture, protection de l'environnement, etc.) (<i>pour les ASCP</i>) ;</li> <li>Adapter la formation au niveau d'éducation et de littératie des bénéficiaires.</li> </ul>	<p><b>Clubs de mères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontres bimensuelles incluant une séance d'éducation ;</li> <li>Impliquer les pères.</li> </ul>
	<p><b>Activités d'éducation communautaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir des guides d'éducation préétablis pour l'animation ;</li> <li>Aborder des thèmes variés.</li> </ul>
	<p><b>CSMMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontres mensuelles ;</li> <li>Collaborer avec le centre de santé, les ASCP et les membres de la communauté ;</li> <li>Offrir une formation initiale et de la formation continue par les infirmières superviseuses (IS).</li> </ul>

## STRATÉGIES DE MITIGATION FACE AUX DÉFIS RENCONTRÉS

<p><b>Formation du personnel de santé, des ASCP et des mères éducatrices</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que la durée, les moments et les espaces de formation sont adaptés à la quantité et la qualité de l'information à partager ;</li> <li>S'assurer d'avoir suffisamment de matériel pour pratiquer et appliquer les recommandations ;</li> <li>S'assurer que le budget est suffisant pour répondre aux besoins initiaux et émergents ;</li> <li>Prévoir l'embauche et la formation de nouveaux ASCP en cours de projet, au cas où certains quittent leur poste ;</li> <li>Inclure la responsable IEC lors du processus de sélection et de formation des ASCP ;</li> <li>Réaliser un agenda conjoint avec le MSPP pour la sélection et la formation des ASCP ;</li> <li>Fournir des articles d'identification aux ASCP pour leur assurer une certaine visibilité ;</li> <li>Prévoir des réunions mensuelles avec les ASCP ;</li> <li>S'assurer que le niveau d'éducation des mères éducatrices leur permettra de répliquer les formations.</li> </ul>	<p><b>Clubs de mères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Former deux mères éducatrices par club de mères ;</li> <li>Uniformiser les activités entre les différents clubs de mères ;</li> <li>S'assurer que le moment des rencontres est adéquat ;</li> <li>S'assurer d'offrir un soutien adéquat pour toutes les activités (particulièrement les activités d'assainissement total) ;</li> <li>Mettre les ASCP responsables de moins de clubs de mères.</li> </ul> <p><b>Activités d'éducation communautaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir des fonds pour la conception de matériel audiovisuel pour les activités d'IEC ;</li> <li>Réhabiliter et construire davantage de latrines.</li> </ul> <p><b>CSMMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir de la formation continue ;</li> <li>Prévoir des activités permettant d'augmenter le taux de diffusion et d'utilisation des données démographiques locales par les bureaux d'enregistrement des actes d'état civil, les partenaires locaux et les dirigeants ;</li> <li>Fournir des articles d'identification aux membres des CSMMI pour leur assurer une certaine visibilité ;</li> <li>Offrir un certificat suite à la formation des membres.</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## LEÇONS APPRISSES

- **La réalisation des journées de mobilisation et de sensibilisation de masse** présente le triple avantage de créer plus de visibilité autour du projet, d'augmenter la participation et l'implication des communautés, des clubs de mères et autres, dans les activités du projet et enfin de réaliser des actions d'envergure qui puissent contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants en particulier.
- **Remplacement des ASCP**, il est normal que dans la vie d'un projet les employés changent pour diverses raisons. Il est donc essentiel de prévoir dans le plan de développement des compétences des ASCP, des formations initiales pour des agents commençant tardivement dans le projet pour assurer des remplacements.
- Les **symboles de reconnaissance** des personnes impliquées dans les activités, telles la remise de certificat suite à une formation et l'offre d'accessoires à l'effigie du projet, sont extrêmement appréciés et peuvent contribuer à la mobilisation des acteurs.
- La **pleine participation des Directions sanitaires** est clé dans la valorisation et l'acceptation des interventions au sein des centres de santé en plus de contribuer à l'appropriation par les Directions des interventions du projet.
- En plus des formations initiales pour les différents types de bénéficiaires et intervenants (ASCP, mères éducatrices, etc.), prévoir de la **formation continue**.



« Les séances IEC ont [été] [...] très appréciées que ce soit dans les écoles, dans les églises ou d'autres regroupements. Au niveau de ces institutions, les gens ont accordé une importance capitale pour ces séances parce qu'elles ont pu acquérir de nouveaux bagages, rejeter les anciennes coutumes et mettre en pratique les bonnes habitudes. »

[Infirmière superviseuse, Roseau]

## FICHE TECHNIQUE – CLUBS DE MÈRES

<b>DÉFINITION DES CLUBS DE MÈRES</b>	<b>Un club de mères est un regroupement communautaire de femmes en âge de procréer, enceintes ou mères, d'une même localité qui s'organise autour des intérêts et des besoins communs.</b>
<b>Objectifs des clubs de mères dans le cadre d'un projet en santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un espace d'échange pour favoriser l'éducation des femmes, la sensibilisation sur l'utilisation des services de santé et l'épanouissement socio-économique afin d'améliorer leurs conditions de vie et servir ainsi de modèle pour la communauté féminine</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les clubs se réunissent sur une base mensuelle ou bimensuelle dépendamment de la disponibilité des membres</li> <li>• L'effectif est de 25 à 30 personnes par club</li> <li>• Les dates des rencontres sont retenues durant les jours où il y a moins d'activités dans les communautés afin de faciliter la participation de tous au maximum</li> <li>• Une planification mensuelle est préétablie pour les différents jours de rencontres</li> <li>• Le jour de la rencontre, l'ASCP du club anime les activités de concert avec la mère éducatrice (discussion, éducation, planification, démonstrations culinaires, etc.)</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être mère ou père ou être enceinte</li> <li>• Être résident de la zone</li> <li>• Être disponible à participer dans les rencontres</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide de formateur des clubs des mères (« Gid formatè klèb manman »)</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser une rencontre communautaire pour présenter l'initiative à la communauté</li> <li>2. Déterminer les membres du club selon les femmes qui manifestent leur intérêt jusqu'à concurrence de 30 membres (au-delà de ce nombre, un autre club sera créé)</li> <li>3. Une rencontre de planification et d'encadrement est programmée avec les membres pour statuer sur l'organisation du club</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remplir régulièrement la fiche de suivi mensuel des clubs de mères</li> </ol>



<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éduquer les mères sur les meilleures pratiques de santé et socio-économiques</li> <li>Encourager le transfert des connaissances aux membres de la communauté à partir des mères</li> <li>Organiser des activités socio-éducatives et culturelles afin d'encourager et de motiver les mères (clubs modèles, fête de fin d'année, etc.)</li> <li>Autonomiser les mères dans les initiatives, les prises de décision et la planification des activités des clubs</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclure des pères dans les activités de clubs de mères</li> <li>Revoir l'approche de club de mères pour des clubs de parents, en planifiant des activités conjointes et des activités spécifiquement pour les femmes et les hommes</li> <li>Travailler sur les concepts de masculinités positives</li> </ul>



« On partage de bons moments ensemble, on rigole, on mange ensemble dans une plus grande famille qui est le club de mères »

[Membre d'un club de mères, Roseau]

<b>MÈRES ÉDUCATRICES</b>	<b>Mère impliquée dans un club de mères ayant un leadership naturel et reconnu jouant un rôle d'appui et de coordination aux activités du club en collaboration avec l'ASCP attiré</b>
<b>Objectifs des mères éducatrices dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités des autres membres du club</li> <li>Appuyer l'ASCP dans l'organisation et l'animation des causeries au sein du club et à l'intention des communautés</li> <li>Encourager les membres à participer dans les activités du club</li> <li>Assurer la bonne marche du club</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mère éducatrice est sélectionnée et acceptée par les membres du club</li> <li>Elle est formée selon un guide du projet</li> <li>Elle assiste l'ASCP dans les planifications et les différentes activités du club</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être un membre du club</li> <li>Se porter volontaire au poste ou être désignée par le club</li> <li>Être très active et habile dans le club</li> <li>Avoir un niveau de scolarisation permettant d'accomplir la tâche</li> <li>Avoir l'approbation des membres du club</li> <li>Jouir d'une bonne réputation dans la communauté</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide de formation des mères éducatrices (« Gid manman edikatrís yo »)</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Une mère éducatrice par club de mères est sélectionnée d'un commun accord avec les membres du club selon certains critères</li> <li>Les mères éducatrices sont formées selon un guide établi afin de les habiliter à accomplir la tâche</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>L'ASCP, et parfois l'IS, supervise les activités des mères éducatrices</li> <li>Les mères éducatrices reçoivent de la formation continue en renforcement de leurs capacités</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'implication des femmes dans le leadership communautaire</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les mères éducatrices constituent une stratégie d'émergence de nouveaux leaders communautaires capables de renforcer la santé communautaire, l'émancipation de la femme et l'approche de l'ÉFH</li> <li>Les mères éducatrices peuvent constituer une alternative à l'absence ou l'abandon d'un ASCP dans les activités communautaires socio-éducatives ; toutefois, une IS doit se charger des activités de service de santé (poste de rassemblement)</li> <li>Favoriser la formation de binômes mères éducatrices pour un meilleur partage des responsabilités</li> <li>Prévoir des séances de formation continue pour les mères éducatrices</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE – AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE POLYVALENTS (ASCP)

<b>DÉFINITION D'UN ASCP</b>	<b>L'ASCP est une personne choisie par la collectivité locale selon des critères de sélection gouvernementaux pour s'occuper des problèmes de santé des individus et de la collectivité et pour travailler en rapport étroit avec les services de santé</b>
<b>Objectifs des ASCP dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner les MNE par la promotion de la santé et la prévention des maladies</li> <li>• Assurer l'éducation à la santé des MNE</li> <li>• Mobiliser et sensibiliser les MNE à l'utilisation des services de santé</li> <li>• Favoriser l'offre des soins de base pour les MNE dans les communautés (proximité)</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ASCP sont des leaders de leur communauté</li> <li>• Les ASCP sont sélectionnés selon un ensemble de critères établis</li> <li>• Ils ont reçu la formation de base du MSPP et d'autres formations complémentaires selon les besoins du projet</li> <li>• Ils sont sélectionnés à travers un processus participatif et transparent : la communauté est informée et consultée tout au long du processus de recrutement jusqu'au choix final</li> <li>• Les ASCP sont déployés dans leur communauté respective</li> <li>• Ils entreprennent un ensemble d'activités définies par le MSPP et le projet</li> <li>• Ils sont supervisés par une IS</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de formation académique de base : au moins la 9<sup>ème</sup> année fondamentale</li> <li>• Être âgé entre 25 et 55 ans</li> <li>• Jouir d'un bon état de santé</li> <li>• Résider dans la zone d'affectation</li> <li>• Avoir reçu la formation professionnelle, selon le curriculum national de MSPP, privilégiant le savoir-faire et le savoir-être</li> <li>• Être doté des qualités de leader et adopter les normes et les valeurs sociales</li> <li>• Bénéficier du respect et de la confiance de sa communauté</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance, culotte et hamac de pesée, mètre ruban pour mesurer le périmètre brachial</li> <li>• Maillot, casquette, bottes, pardessus, lampe de poche</li> <li>• Outils de collecte (registres, formulaires, etc.)</li> <li>• Guide éducatif : Initiative Agent Polyvalent Communautaire – Manuel de mise en œuvre (« Kore fanmi »)</li> <li>• Album photo à caractère éducatif</li> <li>• Mégaphone</li> </ul>

<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Publication de l'avis de recrutement dans les communautés</li> <li>2. Triage des dossiers des postulants par les Directions sanitaires (DS)</li> <li>3. Évaluation des postulants par les DS</li> <li>4. Choix des ASCP par les DS après évaluation</li> <li>5. Formation des ASCP par le MSPP selon le curriculum national</li> <li>6. Orientation des ASCP dans leurs activités par le projet</li> <li>7. Déploiement des ASCP sur le terrain</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les ASCP sont supervisés par les IS sur une base régulière</li> <li>2. Un formulaire d'évaluation de performance est rempli chaque trimestre entre l'ASCP et l'IS</li> <li>3. Un plan d'accompagnement est établi pour les ASCP en difficulté</li> <li>4. Une rencontre mensuelle est réalisée par l'IS avec les ASCP correspondant pour discuter de leurs travaux et des rapports d'activités</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCP provenant de la localité (augmente la confiance des membres de la communauté)</li> <li>• Collaboration, compréhension et sensibilité des ASCP auprès des membres de la communauté</li> <li>• Implication active des ASCP</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir dès la certification des ASCP la remise des équipements d'identification nécessaires</li> </ul>

### FORMATIONS DES ASCP

<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les sujets de formations sont choisis en fonction des besoins identifiés</li> <li>• Les formations sont réalisées par des formateurs qualifiés</li> <li>• Le projet finance les formations</li> </ul>
<b>Types de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation professionnelle standard (national) du MSPP</li> <li>• Formation sur la nutrition</li> <li>• Formation sur le guide des ASCP</li> <li>• Formation sur la conduite d'une enquête (avec TRANSNUT) pour certains</li> <li>• Formation sur les techniques d'apprentissage des adultes (TAA)</li> <li>• Formation sur les techniques d'agriculture et d'élevage</li> <li>• Formation sur la protection de l'environnement</li> <li>• Formation sur la mise en place et la gestion des MUSO</li> <li>• Formation sur la prestation de services privés (PSP) pour certains</li> <li>• Formation sur l'ÉFH</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les besoins en formation</li> <li>2. Choisir les formateurs pour la réalisation des formations</li> <li>3. Planifier les formations et les organiser avec le support logistique, administratif et financier du projet</li> <li>4. Évaluer les ASCP sur les connaissances acquises durant les formations</li> </ol>



<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	1. Les IS supervisent régulièrement les activités des ASCP et définissent un plan d'accompagnement pour les ASCP selon les besoins identifiés
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de la formation jusqu'à la certification des ASCP</li> <li>• Disponibilité de documents pour la formation</li> <li>• Formations données par des formateurs compétents</li> <li>• Large étendue des formations (MUSO, élevage, agriculture, protection de l'environnement, etc.)</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir, dans le plan de développement des compétences des ASCP, des formations initiales pour des agents commençant tardivement dans le projet pour assurer des remplacements</li> <li>• En plus des formations initiales, prévoir de la formation continue</li> </ul>
<b>VISITES À DOMICILE</b>	<b>Les visites à domicile sont des activités menées par les ASCP dans les ménages au niveau des communautés desservies afin d'offrir des services de base, de la formation et du référencement vers des structures adaptées.</b>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir un calendrier des visites à domicile (au moins 20 par mois)</li> <li>2. Réaliser les visites selon le calendrier établi</li> <li>3. Remplir le formulaire correspondant pour chaque visite</li> <li>4. Dresser le rapport final de l'ensemble des visites du mois</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	1. Les IS assistent parfois les ASCP lors des visites domiciliaires ; durant les supervisions, l'IS et l'ASCP discutent ensemble des meilleures approches pour la réalisation des visites
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCP provenant de la localité</li> <li>• Collaboration, compréhension et sensibilité des ASCP auprès des membres de la communauté</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les visites à domicile permettent une meilleure connaissance des pratiques communautaires et des conditions de vie des gens par les ASCP, ce qui favorise des interventions mieux ciblées et permet l'obtention de meilleurs résultats</li> </ul>



« Les visites domiciliaires permettent la vulgarisation des messages sur la santé dans les maisons et de toucher tous les groupes de la société. »

[ASCP, Camp-Perrin]

<b>POSTES DE RASSEMBLEMENT</b>	<b>Les postes de rassemblement sont des points de délivrance de services de santé de base par les ASCP établis à proximité des ménages, stratégiquement situés pour offrir une accessibilité optimale aux communautés.</b>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier l'espace de l'activité et obtenir l'autorisation pour l'utilisation de l'espace</li> <li>2. Aménager l'espace pour le poste</li> <li>3. Définir un calendrier des activités</li> <li>4. Informer la communauté de l'initiative et des services disponibles dans les postes</li> <li>5. Afficher le calendrier dans les centres de santé</li> <li>6. Communiquer le lieu et l'horaire du poste à la communauté par plusieurs moyens efficaces (mégaphones, messages véhiculés dans les églises, etc.)</li> <li>7. L'ASCP organise le poste de rassemblement</li> <li>8. L'ASCP entreprend la causerie éducative</li> <li>9. L'ASCP assure la surveillance nutritionnelle, l'administration de vaccins, de vitamine A, d'albendazole, etc.</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remplir les différents outils (registres, formulaires, fiches, etc.)</li> <li>2. Soumettre un rapport sur une base mensuelle</li> <li>3. Les IS supervisent les activités du poste</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'un ASCP provenant de la localité du poste de rassemblement (augmente la confiance des membres de la communauté envers l'activité)</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir des périodes propices pour les postes de rassemblement permettant la participation des familles et répondant aux contraintes et disponibilités des ASCP</li> <li>• Établir une entente avec <i>Vitamin Angels</i> pour l'octroi des intrants</li> <li>• Puisqu'un poste rassemblait plusieurs zones, certaines personnes devaient parcourir une grande distance pour s'y rendre ; il aurait été avantageux de mettre en place un poste pour chaque zone</li> </ul>



« Lors de ma supervision dans l'un des postes de vaccination, après une séance d'éducation sur l'importance de la vaccination, une grand-mère qui accompagnait son petit-fils nous avait dit qu'autrefois quand elle avait elle-même ses enfants, elle devait marcher des kilomètres pour amener ses enfants prendre des vaccins et elle nous disait aussi que parfois elle avait la volonté d'amener ses enfants, mais son courage ne le permettait pas. Elle en a profité pour féliciter le projet pour ce beau travail et a encouragé les autres mères à en profiter. »

[Infirmière superviseuse, Camp-Perrin]

<b>DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION</b>	Évaluation objective et rigoureuse de l'état nutritionnel de patients (principalement appliquée aux enfants dans le cadre du projet) afin de détecter les cas de malnutrition aigüe modérée (MAM) et de malnutrition aigüe sévère (MAS) et référer vers des services adaptés pour une prise en charge adéquate.
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planifier et réaliser des postes de rassemblement</li> <li>2. Procéder à l'évaluation nutritionnelle des enfants dans les postes de rassemblement</li> <li>3. Faire de la sensibilisation sur l'alimentation et la nutrition</li> <li>4. Dépister les cas de malnutrition</li> <li>5. Référer les cas dépistés vers les établissements de santé</li> <li>6. L'ASCP assure le suivi communautaire des cas référés (visites à domicile)</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier si les cas référés se sont rendus à l'établissement de santé pour la prise en charge</li> <li>• Accompagner les cas diagnostiqués de malnutrition dans le suivi du traitement et de la récupération</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE – COMITÉ DE SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE (CSMMI)

<b>DÉFINITION DES CSMMI</b>	<b>Regroupement communautaire qui a pour responsabilité de notifier les décès maternels et infantiles, d'investiguer sur ces cas de décès et de plaider auprès des acteurs concernés, communauté et décideurs, pour lutter contre les principales causes identifiées.</b>
<b>Objectifs des CSMMI dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investiguer sur les cas et identifier les causes de décès MNE</li> <li>• Rapporter les décès MNE aux instances responsables</li> <li>• Prendre les mesures possibles pour empêcher que les causes identifiées entraînent de nouveaux cas de décès dans les communautés</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre mensuelle sous la supervision de l'ASCP et de l'IS</li> <li>• Recevoir de la formation continue</li> <li>• S'informer des cas de décès MNE dans la communauté</li> <li>• Investiguer sur les causes des décès MNE et définir les causes probables des décès</li> <li>• Remplir le formulaire de décès durant l'enquête</li> <li>• Partager les informations et le formulaire avec l'établissement de santé et le projet</li> <li>• Définir des stratégies afin de remédier aux causes de décès identifiées</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être un leader dans la communauté</li> <li>• Manifester de l'intérêt à intégrer le comité</li> <li>• Être accepté par la communauté lors de la rencontre de présentation du comité</li> <li>• Un membre du personnel de l'établissement de santé doit faire partie du comité</li> <li>• Avoir reçu la formation sur le guide CSMMI</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide pour les membres des CSMMI (« Gid pou manm komite siveyans motalite matenel »)</li> <li>• Fiche de collecte de données sur les décès maternels (« Fich pou kolekte enfòmasyon sou desè matènèl »)</li> <li>• Civières pour le transport des malades dans la communauté</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser une rencontre communautaire pour présenter l'initiative à la communauté et déterminer les membres qui veulent intégrer le comité</li> <li>2. Déterminer les membres du comité selon les personnes qui manifestent leur intérêt</li> <li>3. La communauté valide les personnes proposées ou désigne d'autres personnes</li> <li>4. Planifier une rencontre pour statuer sur l'organisation du comité</li> <li>5. Offrir une formation de base aux membres du comité</li> <li>6. Remettre un guide aux membres afin de s'assurer que chacun maîtrise les connaissances nécessaires</li> </ol>



<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'IS anime une rencontre mensuelle avec le comité afin de renforcer leurs connaissances, discuter des problèmes identifiés dans les communautés et définir des éléments de solutions</li> <li>2. Dispenser des séances de formation continue au comité selon les besoins identifiés</li> <li>3. Le comité, l'IS et le responsable de l'établissement de santé correspondant analysent les formulaires de décès</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation des ressources internes dans l'identification des facteurs de risque et dans l'amélioration des conditions de vie des communautés</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec les CSMMI, les communautés sont impliquées directement dans l'identification des risques et des facteurs qui causent le décès des femmes enceintes et des enfants dans les communautés ; elles sont en mesure de prendre de meilleures décisions pour diminuer leur vulnérabilité</li> </ul>



« Ce regroupement est considéré comme l'œil de la communauté »

Témoignage d'un ASCP

## FICHE TECHNIQUE – RECHERCHES SUR LA DIVERSITÉ ALIMENTAIRE, LA NUTRITION, L'ALLAITEMENT ET L'HYGIÈNE

<b>DÉFINITION DES RECHERCHES</b>	<b>Les recherches portaient sur les barrières à l'allaitement, à l'hygiène et à la sécurité alimentaire (pré-intervention) et sur l'évolution d'indicateurs relatifs à ces sujets (mi-intervention et post-intervention).</b>
<b>Objectifs de la recherche dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'impact du projet A3PN dans les communes bénéficiaires dans cinq domaines : 1) l'allaitement, 2) l'hygiène et l'accès à l'eau, 3) l'alimentation, 4) le statut nutritionnel, 5) la sécurité alimentaire</li> <li>• Générer des recommandations pour améliorer l'efficacité du projet, de manière à mieux atteindre les cibles souhaitées</li> <li>• Enrichir les connaissances des décideurs locaux et produire des données probantes pour guider les interventions ou priorités des décideurs</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des approches quantitatives (entretiens auprès des mères d'enfants de moins de cinq ans) et qualitatives (groupes de discussion et entretiens avec des informateurs clés) ont été utilisées selon un devis quasi expérimental pré-post initiative</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<p><b>Critères d'éligibilité des femmes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être une femme de 15 à 49 ans</li> <li>• Être la mère ou la tutrice d'au moins un enfant entre 0 et 59 mois (l'éligibilité pour les groupes d'âge (0-5 mois, 6-23 mois et 24-59 mois) peut fluctuer selon les quotas)</li> <li>• Être membre du ménage (doit habiter dans le ménage depuis au moins un mois)</li> <li>• Être en mesure de fournir le consentement éclairé</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<p><b>Pour les entrevues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tablettes électroniques et questionnaires dans un logiciel d'enquête</li> <li>• Questionnaires en version papier (feuille de ménage, feuille de mesures anthropométriques, relevés alimentaires)</li> <li>• Calepin, stylo et surligneur</li> </ul> <p><b>Pour les mesures anthropométriques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toise</li> <li>• Balance pédiatrique et balance pour adulte</li> <li>• Mètre ruban pour mesure du périmètre brachial</li> </ul> <p><b>Pour la communication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Walkie-Talkie</li> </ul>

<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déterminer les sections d'énumération</li> <li>2. Déterminer les échantillons</li> <li>3. Développer les questionnaires</li> <li>4. Élaborer la demande d'éthique et la soumettre au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal et au Comité national de bioéthique en Haïti</li> <li>5. Développer le matériel de formation pour les étudiants chercheurs et pour les ASCP</li> <li>6. Recruter et former les étudiants chercheurs pour coordonner l'enquête</li> <li>7. Recruter et former les ASCP enquêteurs</li> <li>8. Planifier les déplacements</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les étudiants chercheurs doivent s'assurer qu'il n'y a pas de réponses manquantes ou de questionnaires manquants sur les tablettes</li> <li>2. Les étudiants chercheurs doivent s'assurer qu'il n'y a pas d'interactions entre les réponses</li> <li>3. Les étudiants chercheurs doivent transmettre les questionnaires électroniques et les photos des questionnaires papier au coordonnateur ou à la coordonnatrice du projet à TRANSNUT chaque jour</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sélection d'ASCP de la localité pour mener les collectes de données est un grand avantage ; ils sont d'une grande aide notamment pour reconnaître les délimitations des zones à enquêter (sections d'énumération)</li> <li>• Le séjour terrain du coordonnateur ou de la coordonnatrice en début de collecte de données est fort utile pour s'assurer que les étudiants chercheurs sont confiants dans leur rôle et que les ASCP se rappellent bien les éléments clés pour la collecte de données</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important d'accorder suffisamment de temps pour la formation de base des ASCP enquêteurs ; pour permettre d'avoir des résultats fiables et comparables d'une collecte de données à l'autre, les ASCP doivent avoir un niveau de compétence similaire, donc ils doivent être très compétents dès la première collecte de données</li> <li>• Il aurait été très facilitant que les étudiants chercheurs soient au moins partiellement les mêmes pour toutes les collectes de données ; l'expérience acquise lors des collectes de données précédentes aurait pu être très utile</li> </ul>

## FICHE DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE

### AXE DE CAPITALISATION 2 ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

L'accès aux soins de proximité était un élément au cœur du projet Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN) sur lequel il était indispensable d'agir afin d'atteindre l'objectif de réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Grand'Anse et au Sud d'Haïti.

Cette dimension réfère aux **installations et services de santé** dispensés par les **centres de santé** et par les **cliniques mobiles**. Après avoir procédé à l'évaluation des besoins en fournitures médicales, en ressources humaines et en équipements dans les centres de santé, le projet a fourni des équipements, amélioré les lieux, formé du personnel et créé des partenariats. Des visites conjointes de supervision ont aussi eu lieu au niveau des centres de santé, permettant de constater le bon fonctionnement et les difficultés éprouvées ainsi que de déterminer les mesures correctives appropriées au besoin.

Les agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) avaient pour mandat de réaliser des **visites à domicile** et de **l'accompagnement au centre de santé pour différents soins**. Ces activités permettaient d'assurer un suivi prénatal et postnatal, de faire le dépistage et le suivi des cas de malnutrition, d'assurer un suivi mensuel auprès des mères vulnérables et d'établir des liens entre la population et les centres de santé. Un autre rôle des ASCP était d'offrir des services de santé préventifs, mensuellement, dans les postes de rassemblement communautaires. Ces **postes de rassemblement** permettaient de dépister certaines problématiques de santé, dont la malnutrition infantile et d'encourager la consultation dans les centres de santé. Une distribution de micronutriments, d'antiparasitaires et de vaccins de base prenait également place. De plus, des **activités ponctuelles de dépistage du cancer du col de l'utérus** ont eu lieu lors de journées de mobilisation de masse.

Des **partenariats avec des organismes externes** tels que *Vitamin Angels*, *Haïtian Health Foundation* (HHF) et Médecins du Monde-France (MDM-F) ont été développés. Le partenariat avec *Vitamin Angels* avait pour but de faciliter l'approvisionnement des centres de santé en intrants alors que le partenariat avec MDM-F avait pour but de s'assurer de la complémentarité des activités entre les deux projets.



## DIMENSION ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

<p><b>INSTALLATIONS ET SERVICES DE SANTÉ</b></p> <p><b>Centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipements fournis</li> <li>• Réhabilitation des lieux</li> <li>• Formation du personnel</li> <li>• Partenariat avec <i>Vitamin Angels</i></li> </ul> <p><b>Cliniques mobiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logistique</li> <li>• Transport</li> </ul>	<p><b>ACCOMPAGNEMENT CIBLÉ</b></p> <p><b>Visites à domicile par les ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi post-accouchement</li> <li>• Suivi des cas de malnutrition</li> <li>• Identification des familles à risque et suivi</li> <li>• Lien patients-centre de santé (référencement au besoin)</li> </ul> <p><b>Accompagnement pour différents soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vers les centres de santé</li> <li>• Accouchement</li> </ul>	<p><b>PRESTATION DE SERVICES DANS LES LOCALITÉS</b></p> <p><b>Postes de rassemblement mensuels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Micronutriments</li> <li>• Solutions de réhydratation orale</li> <li>• Vermifuges</li> </ul> <p><b>PARTENARIATS AVEC ORGANISMES EXTERNES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vitamin Angels</i></li> <li>• <i>Haitian Health Foundation</i></li> <li>• Médecins du Monde-France</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## MEILLEURES PRATIQUES

<p><b>Équipements fournis et réhabilitation des lieux dans les centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les centres de santé et les Directions sanitaires dans le processus.</li> </ul>	<p><b>Visites conjointes de supervision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien planifier les visites ;</li> <li>• Offrir un bon encadrement technique aux superviseurs.</li> </ul>
<p><b>Postes de rassemblement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de postes suffisant ;</li> <li>• S'assurer de la disponibilité des ASCP et des registres ;</li> <li>• Présence d'un ASCP provenant de la localité du poste de rassemblement.</li> </ul>	<p><b>Visites à domicile par les ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la disponibilité des registres et intrants ;</li> <li>• S'assurer de la collaboration, compréhension et sensibilité des ASCP auprès des membres de la communauté.</li> </ul>
<p><b>Cliniques mobiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir de l'accompagnement et de l'aide logistique.</li> </ul>	<p><b>Accompagnement pour différents soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité et support des ASCP lors des accompagnements aux centres de santé.</li> </ul>
<p><b>Activité ponctuelle de dépistage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuité des tests de dépistage ;</li> <li>• Référencement vers d'autres centres spécialisés pour les suivis avancés.</li> </ul>	<p><b>Partenariats avec des organismes externes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager des outils éducatifs entre les partenaires ;</li> <li>• Collaborer avec des partenaires pour la réalisation de formations.</li> </ul>

## STRATÉGIES DE MITIGATION AUX DÉFIS RENCONTRÉS

<p><b>Équipements fournis et réhabilitation des lieux dans les centres de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir assez de ressources financières pour combler les besoins en termes d'équipements et d'infrastructure des diverses institutions ;</li> <li>• Assurer un suivi constant pour les livraisons ;</li> <li>• Bien informer les membres au niveau départemental concernant les fournitures remises par le projet dans les différents centres de santé ;</li> <li>• S'assurer de la qualité du travail de réhabilitation.</li> </ul>	<p><b>Visites conjointes de supervision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir de l'appui pour la mise en application des recommandations faites.</li> </ul> <p><b>Cliniques mobiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer d'avoir assez de ressources pour ces activités (médicaments et personnel) ;</li> <li>• Mettre en place dans toutes les communes.</li> </ul> <p><b>Activités ponctuelles de dépistage de cellules précancéreuses du col de l'utérus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir des fonds pour assister les femmes dépistées positives et les référer dans les centres spécialisés ;</li> <li>• Offrir l'activité dans toutes les zones.</li> </ul>
<p><b>Accompagnement pour différents soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir un soutien financier et assistance médicale pour les femmes enceintes, allaitantes et enfants qui ne peuvent se payer de soins médicaux, sinon, s'assurer, avant d'accompagner une personne à l'hôpital, qu'elle ait les moyens financiers pour payer ses propres soins et/ou médicaments ;</li> <li>• Assurer le transport des femmes référées vers et entre les institutions ;</li> <li>• S'assurer qu'il y a assez de médicaments, de personnel, d'appareils et d'équipements dans les centres de santé.</li> </ul>	<p><b>Postes de rassemblement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter de tenir les postes de rassemblement durant les heures d'école ou lors des journées d'activité ;</li> <li>• S'assurer qu'il y a assez de ressources humaines (ASCP), matérielles (balances, toises) et autres intrants (vaccins, vitamines, vermifuges, etc.) ;</li> <li>• Avoir des infrastructures adéquates pour la tenue des postes de rassemblement (p. ex. : avoir des bancs) ;</li> <li>• Mettre en place un poste pour chaque zone plutôt que de rassembler plusieurs zones dans un poste commun.</li> </ul>
<p><b>Visites à domicile par les ASCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir des intrants pour faciliter l'application des recommandations (p. ex. : Aquatabs, solution de réhydratation orale (SRO)).</li> </ul>	<p><b>Partenariats avec des organismes externes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des partenariats dès le début du projet.</li> </ul>



« Avant, il était difficile pour une femme enceinte d'avoir des conseils sur la grossesse sans aller à l'hôpital. Avec les visites domiciliaires, cette situation a changé. »

[Mère éducatrice, Camp-Perrin]

## LEÇONS APPRIS

- **La mise en oeuvre du Plan de développement des compétences des centres de santé a renforcé le leadership du responsable des ressources humaines de la Direction sanitaire de la Grand'Anse (DSGA).** Sa présence régulière au niveau des institutions et la possibilité qui lui a été offerte d'intervenir en tant que formateur en présentant les directives du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti (MSPP) en ce qui concerne la gestion des ressources humaines a été très bénéfique. Dans le cadre d'une prochaine intervention, il serait pertinent de développer une intervention spécifique pour les cadres des Directions départementales supportées.
- **Il serait pertinent d'intégrer des équipes de suivi au sein des centres de santé qui détiennent autant des compétences médicales que des compétences administratives et organisationnelles.** Cette variété de compétences permettra un meilleur accompagnement des institutions supportées en utilisant les forces de chacun.
- **Les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus intégrées au projet,** un élément important pour la mobilisation des populations et une réponse pertinente à un besoin criant face à une offre de service défailante à l'échelle du pays.
- **Il s'avère essentiel de travailler avec les autres projets mis en œuvre dans la même région.** Bien que cette collaboration exige certains efforts supplémentaires de coordination, elle permet une meilleure coordination des partenaires, des actions concertées en vue de l'atteinte des objectifs communs du MSPP. L'expérience en ce sens réalisée avec Médecins du Monde France pour la formation des médecins et infirmières sur la Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA) International a été très riche d'expériences.
- **Bien qu'il s'agisse d'un projet en santé maternelle et infantile, il est important de considérer les besoins en santé de manière holistique** – communautaire, institutionnel, médical, administratif, etc.

## FICHE TECHNIQUE – RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES CENTRES DE SANTÉ

<b>DÉFINITION DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES CENTRES DE SANTÉ</b>	<b>Le renforcement des capacités des centres de santé repose sur un plan de développement des compétences (PDC) qui précise les interventions à mener à la lumière d'un diagnostic de besoins participatifs en matière de compétences cliniques, personnel, infrastructures et organisation des services de santé en vue d'améliorer les services rendus à la communauté en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE).</b>
<b>Objectifs du renforcement des capacités dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les compétences du personnel médical et d'appui à travers des formations pratiques et théoriques adaptées</li> <li>• Outiller le personnel médical et d'appui à offrir des services adaptés et répondant aux besoins de la SMNE</li> <li>• Réhabiliter et doter en équipements les centres de santé afin d'offrir des services adaptés et répondant aux besoins de la SMNE</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'approche participative est essentielle à toutes les étapes du renforcement des capacités, tant dans l'élaboration des diagnostics de besoins, l'élaboration du PDC et son évaluation</li> <li>• Le renforcement des compétences techniques du personnel des centres de santé doit être adapté et doit minimiser les impacts de la mobilisation du personnel dans leurs capacités à réaliser leurs tâches, d'où l'approche de formation dans l'action sur site</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les interventions de renforcement des capacités doivent contribuer à l'amélioration de la SMNE</li> <li>• Les personnes prenant part aux activités de formation doivent avoir un rôle pertinent quant à la formation dispensée, de manière à pouvoir appliquer les apprentissages</li> <li>• Les matériaux et les équipements acquis doivent être de qualité et adaptés aux besoins et capacités des centres de santé, du personnel et des bénéficiaires en faisant l'usage</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<p><b>Réhabilitation des centres de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout matériel nécessaire pour la réalisation des travaux identifiés</li> </ul> <p><b>Dotation en matériels et équipements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout matériel et équipement nécessaire pour la SMNE (tables d'accouchement, tensiomètres, thermomètres, balances, hamacs de pesée, toises, brancards, filières, etc.)</li> </ul> <p><b>Renforcement des capacités du personnel des centres de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériel pédagogique</li> <li>• Matériel de démonstration</li> </ul>



<p><b>Étapes clés de mise en place</b></p>	<p><b>Réhabilitation des centres de santé :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyser les besoins</li> <li>2. Prioriser les besoins et déterminer les réhabilitations pouvant être réalisées selon le budget disponible</li> <li>3. Déterminer les prestataires de services par appel d'offres</li> <li>4. Réaliser les travaux de réhabilitation</li> <li>5. Évaluer la qualité des travaux de réhabilitation, effectuer les suivis nécessaires</li> </ol> <p><b>Dotation en matériels et équipements :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyser les besoins</li> <li>2. Prioriser les besoins et déterminer les achats pouvant être réalisés selon le budget disponible</li> <li>3. Déterminer les prestataires de biens par appel d'offres</li> <li>4. Acquérir le matériel et les équipements</li> <li>5. Valider la livraison et la qualité du matériel et des équipements acquis</li> <li>6. Distribuer le matériel et les équipements aux centres de santé</li> <li>7. Réaliser les formations nécessaires sur l'utilisation du matériel et des équipements</li> <li>8. Faire un suivi sur la bonne utilisation et l'état du matériel et des équipements</li> </ol> <p><b>Renforcement des capacités du personnel des centres de santé :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyser les besoins</li> <li>2. Développer un PDC incluant un calendrier de formations</li> <li>3. Prioriser les besoins et déterminer les formations pouvant être réalisées selon le budget disponible et le calendrier</li> <li>4. Développer le matériel de formation (manuels, feuilles, affiches) et acquérir le matériel nécessaire pour les démonstrations et pour laisser aux centres de santé</li> <li>5. Recruter les personnes ressources nécessaires (p.ex. la Société haïtienne d'obstétrique et gynécologie (SHOG)) pour des formations spécifiques</li> <li>6. Faire le suivi de l'acquisition des capacités du personnel de santé par des personnes ressources (infirmières superviseuses (IS) ou points focaux santé)</li> <li>7. Évaluer l'acquisition des capacités du personnel de santé</li> </ol>
<p><b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b></p>	<p><b>Réhabilitation des centres de santé :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer du matériel d'évaluation de la réhabilitation des centres de santé</li> <li>2. Réaliser des missions de suivi de la réhabilitation des centres</li> <li>3. Faire les suivis nécessaires</li> </ol> <p><b>Dotation en matériels et équipements :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer du matériel d'évaluation du matériel et des équipements</li> <li>2. Réaliser des missions de suivi du matériel et des équipements</li> <li>3. Faire les suivis nécessaires</li> </ol>

<p><b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement (suite)</b></p>	<p><b>Renforcement des capacités :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer du matériel de suivi et évaluation des formations</li> <li>2. Développer du matériel d'évaluation du PDC</li> <li>3. Former le personnel responsable (IS et points focaux santé) sur le PDC et ses outils de suivi et évaluation</li> <li>4. Réaliser des missions de suivi et évaluation du PDC</li> <li>5. Rédiger un rapport du PDC</li> <li>6. Rendre compte des conclusions du PDC aux personnes responsables (personnel du projet, représentants des Directions sanitaires, personnes directrices des centres de santé)</li> </ol>
<p><b>Meilleures pratiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau d'engagement des directions des centres de santé envers les PDC est gage d'appropriation et de renforcement des compétences</li> <li>• L'implication des Directions sanitaires est clé pour le renforcement des capacités des centres de santé à tous les niveaux</li> <li>• Jumeler les efforts et les ressources avec d'autres intervenants présents dans la région – dans ce cas, collaboration avec Médecins du Monde France pour la réalisation de la formation sur la gestion du travail et de l'accouchement (GESTA International)</li> <li>• Lors de roulement du personnel dans les centres de santé, l'implication des IS et des points focaux santé est clé pour la remise-reprise et l'appropriation</li> <li>• Lorsque des employés des Directions sanitaires accompagnent les consultants et/ou participent activement à la réalisation des formations, l'accompagnement des prestataires et gestionnaires des centres de santé et le suivi de la mise en place des bonnes pratiques par la suite se font plus facilement et un plus fort engagement des employés des centres est constaté</li> </ul>
<p><b>Leçons apprises</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important d'établir dès le démarrage les plans de suivi et d'accompagnement pour l'appropriation du PDC</li> <li>• Il est important de persister à obtenir la collaboration des Directions sanitaires dans le suivi et l'application, une fois que la collaboration est établie les effets sont remarquables au sein des centres de santé</li> <li>• Il est important de maintenir une communication constante avec les Directions sanitaires pour éviter les dédoublements d'intervention avec d'autres initiatives</li> <li>• L'approche de formation dans l'action est bien appréciée, mais a ses limites ; il a notamment été observé que le personnel en cours de formation pouvait aussi être sollicité pour la réalisation d'autres tâches régulières</li> </ul>



*La particularité du projet A3PN, selon le responsable des ressources humaines de la Direction sanitaire de la Grand'Anse, est de concevoir un plan de formation qui cible le personnel de soutien. Des employés de cette catégorie travaillant depuis 20 ans dans une institution de santé recevront pour la première fois une attestation de formation. Les autres initiatives forment toujours uniquement le personnel technique. L'approche du projet A3PN permet, non seulement de valoriser le travail du personnel de soutien, mais dans la pratique, aide beaucoup à l'amélioration de leur performance dans l'accomplissement des tâches qui leur sont attribuées, car ils les ont exécutées en pratique, grandeur nature, avec des experts.*

Témoignage de la DSGA

*Le point de départ de plusieurs des conflits dans le réseau de la santé du département du Sud est l'absence de description de tâches. Depuis la formation sur la gestion des conflits, l'équipe de la DSS est plus alerte sur cette question et travaille avec les responsables des institutions de santé de l'ensemble du département, sur la mise à jour ou, tout court, la description de tâches et du coup met de l'ordre dans les dossiers des employés.*

Témoignage de la DSS

## FICHE DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE

### AXE DE CAPITALISATION 3 ACCÈS ÉCONOMIQUE

L'augmentation de l'accès économique des ménages aux services de santé essentiels et à des aliments nutritifs est un élément important contribuant à la santé des femmes, nourrissons et jeunes enfants. Il est reconnu que les caractéristiques socioéconomiques telles que le revenu individuel, l'insécurité alimentaire et le statut socioéconomique de la famille sont des déterminants qui agissent directement sur la santé des individus à différents égards et influencent leurs choix et leurs comportements.

Des **mutuelles de solidarité** (MUSO) ont été mises en place au sein des clubs de mères, permettant ainsi aux membres de cotiser périodiquement en vue d'atteindre certains objectifs communs ou de transformer les sommes collectées en crédit rotatif entre les membres. L'objectif des MUSO était d'augmenter l'autonomie financière des participantes, de leur permettre de contribuer au revenu familial, d'augmenter leur pouvoir d'achat, de créer un mécanisme de financement pour les services de santé ainsi que de faciliter le déroulement des activités agropastorales.

Les **activités agropastorales** comprenaient la mise en place de jardins potagers communautaires et familiaux ainsi que l'élevage de poules pondeuses et de caprins. Ces activités visaient l'augmentation de l'accès économique à des aliments nutritifs et offraient la possibilité de générer des revenus par la vente de surplus d'aliments.

Des activités de **cuisine participative** faisant l'utilisation de légumes et légumineuses disponibles localement ont eu lieu. Ces activités avaient pour objectif d'apprendre aux participants à préparer des repas nutritifs à faibles coûts.



## DIMENSION ACCÈS ÉCONOMIQUE

### DIRECT

#### MUSO

- Renforcement de la capacité d'épargne
- Facilité de prêts
  - Soins de santé
  - Scolarité
  - Activités génératrices de revenus
- Fonds de solidarité
  - Dons aux familles dans le besoin
  - Couverture de deux consultations prénatales

### INDIRECT

#### Jardins potagers et petits élevages

- Obtention de semences et d'outils
- Obtention de poules pondeuses et caprins
- Possibilité de vendre les récoltes

#### Cuisine participative

- Apprentissage pour la préparation de repas nutritifs à faible coût

## MEILLEURES PRATIQUES

### MUSO

- Mécanisme de financement avec les 3 composantes suivantes : réunion, épargne et crédit ;
- Planification de l'activité lors des tables sectorielles avec la présentation des bilans et des plans ;
- Implication des pères ;
- Offrir des caisses métalliques pour l'activité.

### Activités agropastorales

- Présence et dévouement de l'agronome durant le déroulement des activités ;
- Implication des pères ;
- Distribution de poules pondeuses (utilité des oeufs).

### Cuisine participative

- Accessible à toute personne voulant y participer ;
- Utilisation d'aliments locaux et peu consommés habituellement.

## STRATÉGIES DE MITIGATION FACE AUX DÉFIS RENCONTRÉS

### MUSO

- Bien former les secrétaires et les membres des groupes MUSO ;
- Offrir de la formation continue à toutes les étapes de gestion des MUSO dans le cadre de missions de suivi ;
- Mettre en place des MUSO au sein de tous les clubs de mères ;
- Instaurer des conséquences pour les membres ne remboursant/cotisant pas de façon assidue.

### Cuisine participative

- Offrir un appui financier pour faciliter la réalisation de l'activité ;
- Encourager la participation de toutes les mères.

### Activités agropastorales

- Offrir de la documentation ;
- Offrir des séances d'éducation concernant le soin des animaux et l'entretien des jardins ;
- S'assurer d'avoir suffisamment de ressources pour le bon déroulement des activités : (p. ex. : accès à l'eau pour l'irrigation des terres, ressources matérielles, installations pour les animaux d'élevage, nombre d'animaux, nourriture pour alimenter les animaux, semences, nombre de jardins) ;
- Distribuer des semences adaptées à la saison ;
- Distribuer des animaux adaptés à la commune d'accueil ;
- Mettre en place les activités de façon équitable dans tous les clubs de mères ;
- Désigner un technicien agricole par commune pour faciliter l'encadrement des bénéficiaires.

## LEÇONS APPRIS

- **La mise en place des activités agricoles** (jardins potagers communautaires et familiaux) nécessite la présence d'eau en permanence sur les sites choisis. L'intégration d'une composante WASH ou le partenariat avec un projet WASH qui assurerait la disponibilité d'eau au moins pour les jardins communautaires pourrait être une excellente symbiose pour de meilleurs résultats.
- **La combinaison des MUSO et des activités agropastorales** permet d'obtenir des résultats plus intéressants que lorsque les activités prennent part de façon indépendante.



« Dans la MUSO "Brase Lide" dans la localité Rhé [commune de Camp-Perrin], une mère de famille était en butte pour payer l'écolage de sa première fille qui était en classe terminale. Elle a contacté tous les proches capables de sa famille, toutes ses démarches étaient en vain. Finalement, elle a contracté un prêt au niveau [de] la MUSO dont elle est membre; malgré que les prêts sont octroyés pour développer les activités génératrices de revenus, ce jour-là, l'assemblée générale voulait faire preuve de solidarité envers la dame. Cette dernière a pu trouver l'argent pour répondre à ses obligations familiales. En matière économique, la dame nous confie que l'activité MUSO est sa seule entreprise financière. »

[Point focal MUSO]

## FICHE TECHNIQUE – MUTUELLES DE SOLIDARITÉ (MUSO)

<b>DÉFINITION DES MUSO</b>	<p>Il s'agit d'un groupe de personnes auto-sélectionnées qui se réunissent pour former une MUSO et économiser de l'argent. Le but principal d'une MUSO est de fournir de l'épargne, des prêts simples et une assurance aux membres des clubs de mères qui n'ont pas accès aux services financiers du secteur formel, soit parce que les services ne sont pas disponibles, soit parce qu'ils ne répondent pas aux critères exigés. Ces plateformes communautaires permettent aux adhérents de bénéficier de prêts internes pour la réalisation d'activités économiques par la création d'une caisse d'épargne ainsi que d'une caisse de solidarité dédiée aux urgences médicales.</p>
<b>Objectifs d'une MUSO dans le cadre d'un projet en santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à l'autonomisation économique des femmes pour accéder à des soins de santé pour les mères, nouveau-nés et enfants (MNE) par la création d'activités génératrices de revenus</li> <li>• Développer un sens de solidarité et d'entraide entre les membres d'un club MUSO et entre les membres d'une communauté</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en commun des ressources financières des membres pour créer de l'épargne</li> <li>• 95% des fonds amassés contribuent à la caisse d'épargne – ces fonds sont prêtés à des membres pour réaliser des activités économiques et doivent être remboursés avec un petit intérêt</li> <li>• 5% des fonds amassés contribuent à la caisse de solidarité – ces fonds sont donnés à des membres pour répondre à des urgences de santé pour les mères, enfants et nouveau-nés</li> <li>• L'octroi des crédits se fait de façon rapide, simple, sans exigence de garantie et avec un taux d'intérêt très bas comparativement au secteur formel</li> <li>• Un comité de gestion est établi pour chaque MUSO</li> </ul> <p><b>Les activités se déroulent autour de deux fonds :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonds de solidarité pour les urgences et les autres besoins déterminés par le groupe</li> <li>• Fonds de crédit recueillant les épargnes, les amendes, les intérêts et les remboursements</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<p><b>Pour constituer un groupe MUSO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres doivent provenir d'une même communauté</li> <li>• Compter environ 30 personnes</li> <li>• Compter parmi ses membres une personne pouvant jouer le rôle de secrétaire et ayant des compétences comptables de base</li> </ul>

<b>Matériels et équipements</b>	<p><b>Par MUSO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 caisse métallique pourvue de 3 cadenas loquets solides et 3 clés</li> <li>• 30 carnets d'épargne</li> <li>• Un registre comptable ou grand livre</li> <li>• Une calculatrice</li> <li>• Un stylo et une règle</li> <li>• 2 sacs pour séparer les fonds dans la caisse</li> <li>• 2 bols pour les amendes et retards</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer le matériel de formation et de mise en œuvre des MUSO</li> <li>2. Sélectionner les clubs de mères participant aux MUSO en fonction des critères préétablis</li> <li>3. Dispenser la formation sur le fonctionnement et l'appui à l'attention des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) et des infirmières superviseuses (IS)</li> <li>4. Dispenser la formation initiale aux membres des MUSO</li> <li>5. Mettre en place un comité de gestion et déterminer les rôles et responsabilités des membres</li> <li>6. Déterminer les modes de fonctionnement propres au groupe</li> </ol>
<b>Étapes de réunions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planifier les réunions en fonction de la disponibilité du groupe</li> <li>2. Informer tous les membres du calendrier des rencontres</li> <li>3. Réaliser les rencontres selon le calendrier établi, sauf en cas de force majeure</li> <li>4. Procéder aux réunions selon la méthodologie MUSO</li> </ol> <p><u>La réunion comprend 10 étapes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ouverture de la réunion</li> <li>2. Vérification du solde d'ouverture du fonds de solidarité</li> <li>3. Transaction de la caisse de solidarité</li> <li>4. Vérification du solde d'ouverture du fonds de crédit</li> <li>5. Paiement des amendes de la rencontre précédente</li> <li>6. Épargne</li> <li>7. Remboursement de prêts</li> <li>8. Dépenses de groupe</li> <li>9. Décaissement de prêts</li> <li>10. Clôture de la réunion</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendre visite aux MUSO pour voir le mode de fonctionnement</li> <li>2. Vérifier si les 10 étapes de réunion sont respectées</li> <li>3. Aider les membres des comités à prendre leurs responsabilités</li> <li>4. Tenir et mettre à jour des registres écrits</li> <li>5. Gérer les procédures</li> </ol>



<b>Étapes clés des activités bilans</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'assurer que l'argent du groupe soit complet, tous les crédits remboursés, avant de fixer la date du bilan</li> <li>2. Au cas où un crédit n'est pas terminé de rembourser, déduire le montant du crédit restant de l'épargne du membre en question avant le bilan</li> <li>3. Arrondir à la baisse au cas où des comptes présentent des centimes au montant principal</li> <li>4. Partager l'argent des capitaux et des intérêts en fonction de la volonté de chacun</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des règles et des normes simples et précises pour assurer la bonne gestion des MUSO</li> <li>• Réaliser des bilans annuels</li> <li>• Réaliser des formations aux ASCP et aux membres des MUSO</li> <li>• Donner un appui en continu aux groupes MUSO</li> <li>• Former des prestataires de services (PSP – dans le cas du projet former des ASCP à jouer le rôle de PSP) pour pérenniser le fonctionnement des MUSO suite à la fermeture d'un projet</li> <li>• Favoriser les ateliers d'échange et de partage entre les groupes MUSO pour favoriser l'apprentissage mutuel</li> <li>• Les fonds de solidarité dédiés à la santé contribuent à l'amélioration de la santé des MNE et permettent de mieux répondre aux urgences médicales</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres des groupes MUSO, spécifiquement les femmes, développent leur leadership face à la communauté et gagnent en crédibilité</li> <li>• Les MUSO contribuent au renforcement de la solidarité dans les communautés</li> <li>• La non-application de la méthodologie MUSO et le non-respect des règles établies causent un handicap à la bonne marche des groupes</li> </ul>



«*Se nan peryòd sechrès nou te ye nou vin jwenn yon gout lapli ki tonbe sou tèt nou*»  
 «*Nous étions dans une période de sécheresse et MUSO est une goutte de pluie qui nous est tombée dessus*» (Traduction libre)

[Membre d'un club de mères, Roseau]

## FICHE TECHNIQUE – ACTIVITÉS AGROPASTORALES

<b>DÉFINITION ACTIVITÉS AGROPASTORALES</b>	<p><b>Les activités agropastorales visent à encadrer les familles dans le processus de création de potagers et d'élevage. Ces activités comprenaient la mise en place de jardins communautaires de démonstration et de jardins familiaux, en plus d'une distribution de caprins et de poules pondeuses.</b></p>
<b>Objectifs des activités agropastorales dans le cadre d'un projet en SMNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la consommation d'aliments nutritifs des MNE en facilitant l'accès à des aliments nutritifs à faible coût utilisant des aliments produits localement dans le respect des normes de protection de l'environnement</li> <li>• Procurer une source additionnelle de revenus par la vente de surplus des produits récoltés</li> </ul>
<b>JARDINS COMMUNAUTAIRES DE DÉMONSTRATION ET FAMILIAUX</b>	<p><b>Le jardin communautaire de démonstration est un champ-école qui sert à recevoir les bénéficiaires pour la formation théorique et pratique dans la communauté et sert aussi de site pour l'établissement de germoirs et de la pépinière. C'est aussi là que poussent les différentes variétés de légumes sous la supervision des ASCP. L'objectif des jardins communautaires était de faciliter la mise en place des jardins familiaux. Ils ont été faits sur une base de participation communautaire.</b></p>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<p><b>Pour les jardins communautaires de démonstration :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servent de site pour l'établissement de germoirs et pépinières</li> <li>• Servent de site pour recevoir les bénéficiaires pour la formation théorique et pratique</li> <li>• Les membres des clubs s'organisent en comités de gestion pour l'arrosage et l'entretien des jardins</li> </ul> <p><b>Pour les jardins familiaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servent de source d'approvisionnement pour les familles</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<p><b>Pour les jardins communautaires de démonstration :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque possible, les jardins démonstratifs étaient implantés près d'une source d'eau</li> </ul> <p><b>Pour les jardins familiaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clubs de mères ayant la motivation pour la mise en place de jardins et qui sont prêts à y participer</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Râteau, pelle, pioche</li> <li>• Arrosoir, pompe à aspersion</li> <li>• Semences maraichères</li> <li>• Compost, insecticide naturel</li> <li>• Cordeau, clôture, fil à ligaturer</li> <li>• Guide d'éducation sur la protection de l'environnement</li> <li>• Guide sur les jardins potagers et l'élevage</li> <li>• Fiche de suivi d'activités agropastorales</li> </ul>

<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier et convenir des espaces appropriés pour la mise en place des jardins communautaires démonstratifs</li> <li>2. Acquérir les matériels et les outils nécessaires à la mise en place des jardins communautaires de démonstration</li> <li>3. Prodiguer des formations pratiques aux ASCP et aux membres des clubs de mères sur la mise en place et l'entretien des jardins</li> <li>4. Identifier les mères en mesure d'implanter des jardins potagers familiaux à leur résidence</li> <li>5. Acquérir et offrir les matériels et les outils nécessaires à la mise en place des jardins potagers familiaux</li> <li>6. Mettre en place et entretenir les jardins communautaires et potagers familiaux</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réaliser des visites de supervision et d'encadrement technique par l'ASCP et le point focal agropastoral</li> <li>2. Faire un suivi des jardins et faire des recommandations au besoin</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place des jardins communautaires</li> <li>• La réalisation des tables communales</li> <li>• La formation des membres des clubs dans le cadre de la mise en place des jardins potagers dans le respect des normes de protection de l'environnement</li> <li>• L'équipement en intrants et matériels pour la mise en place de jardins</li> <li>• La formation des ASCP en techniques agropastorales</li> <li>• La formation des mères et des ASCP sur la reproduction des semences</li> <li>• L'intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes (ÉFH) à travers toutes les activités, car les hommes ont participé à ces activités</li> </ul>
<b>Leçons apprises</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place des activités agricoles (jardins potagers communautaires et familiaux) nécessite la présence de l'eau en permanence sur les sites choisis ; l'intégration d'une composante WASH ou le partenariat avec un projet WASH qui assurerait la disponibilité de l'eau au moins pour les jardins communautaires pourrait être une excellente symbiose pour de meilleurs résultats</li> <li>• L'utilisation de semences de variétés locales est importante pour la durabilité des interventions, car elles favorisent la résilience communautaire</li> <li>• Désigner un technicien agricole par commune pour faciliter l'encadrement des bénéficiaires et apporter suffisamment de support technique</li> </ul>

<b>PETIT ÉLEVAGE</b>	<b>Activité agropastorale complémentaire en vue de contribuer à la variété nutritive (aliments riches en protéines) et à la création de ressources économiques par la revente des produits du petit élevage. Dans le cadre du projet, le petit élevage était constitué de poules pondeuses de race améliorée, de chèvres de race locale et de caprins « Boer » reproducteurs.</b>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir des critères de choix des clubs de mères pour la distribution des bétails (chèvres et poules)</li> <li>• Distribuer des chèvres de race locale à des clubs de mères identifiés</li> <li>• Mettre en place les stations de monte servant de site pouvant croiser les chèvres de race locale dans des zones couvertes par des centres de santé différents</li> <li>• Distribuer des poules pondeuses de race Rhode Island aux clubs de mères (chaque club a reçu 18 à 20 poules pondeuses)</li> <li>• Les clubs sont formés par des ASCP qui ont préalablement été formés sur l'élevage</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clubs de mères ayant la motivation pour participer aux activités d'élevage</li> </ul>
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Géniteurs caprin « Boer »</li> <li>• Chèvres de race locale</li> <li>• Poules pondeuses Rhode-Island</li> <li>• Kit d'aliments pour les poules pondeuses sur une période de 3 mois</li> <li>• Guide sur les jardins potagers et l'élevage</li> <li>• Fiche de suivi d'activités agropastorales</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<b>Poules pondeuses</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les clubs qui participeront à la distribution des poules pondeuses</li> <li>2. Définir la méthode de répartition et de distribution des poules</li> <li>3. Créer un comité ayant pour rôle spécifique d'entretenir les poules dans les poulaillers, de les nourrir, de collecter les œufs et les redistribuer dans les clubs de mères</li> <li>4. Acquérir les poules pondeuses</li> <li>5. Assurer la formation des membres des clubs de mères sur l'élevage des poules pondeuses</li> <li>6. Distribuer les poules pondeuses et la nourriture aux clubs de mères</li> </ol>



<b>Étapes clés de mise en place (suite)</b>	<b>Chèvres et caprins</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les clubs qui participeront à la distribution des chèvres</li> <li>2. Définir la méthode de répartition et de distribution des chèvres</li> <li>3. Créer un comité ayant pour rôle spécifique d'entretenir les chèvres et les caprins</li> <li>4. Acquérir les chèvres et les caprins</li> <li>5. Former les membres des clubs de mères sur l'élevage des chèvres et leur reproduction</li> <li>6. Distribuer les chèvres et les caprins</li> <li>7. Redistribuer, à tour de rôle, les chevreaux aux autres membres des clubs</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réaliser des visites de supervision et d'encadrement technique</li> <li>2. Faire un suivi du système d'élevage et faire des recommandations au besoin</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<p>La combinaison des MUSO et des activités agropastorales permet d'obtenir des résultats plus intéressants que lorsque les activités agropastorales seulement ont lieu, car le revenu généré par les MUSO peut être collectivement investi dans les activités agropastorales</p>
<b>Leçons apprises</b>	<p>Laisser les membres de la communauté sélectionner les caprins, afin que les animaux soient adaptés et acclimatés à la région et pour diminuer les pertes attribuées au transport et au changement de climat</p>



« *La bergerie, couramment appelée activité agropastorale, a permis aux parents des clubs de se réaliser, d'utiliser des parcelles de terre cultivable comme cultures de subsistance, ce qui a pour but de les aider à subvenir à leurs besoins.* »

Témoignage d'une IS

## FICHE DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE

### AXE DE CAPITALISATION 4 IMPLICATION COMMUNAUTAIRE

L'implication communautaire a été un élément déterminant de la réussite du projet Appui prénatal, périnatal, postnatal et nutritionnel (A3PN). **Différents acteurs communautaires** ont été invités à participer à chaque étape du processus : les agents de santé communautaire polyvalents (ASCP), les mères éducatrices, les écoles, les églises, les organisations communautaires de base, les mères et pères, les leaders communaux, etc. La participation active de ces acteurs communautaires était essentielle à **l'acceptation du projet par les membres de la communauté**.

L'implication des pères aux activités du projet a joué un rôle positif sur la **dynamique familiale** en agissant sur la dimension transversale d'égalité entre les femmes et les hommes (ÉFH). De plus, plusieurs activités ont permis de regrouper les membres de la communauté et de **fortifier les liens communautaires** : les clubs de mères, les activités de cuisine participative, les mutuelles de solidarité (MUSO), les activités agropastorales, les activités ponctuelles de dépistage, les activités de masse (p. ex. : journée de la femme), les activités d'information, éducation et communication (IEC), etc.

La collaboration avec **les instances décisionnelles et les leaders communautaires** a permis de contribuer à la gouvernance, entre autres via l'appui aux Directions sanitaires du Sud et de la Grand'Anse du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti (MSPP), la formation d'un Comité de pilotage et la mise en place de **réseaux communautaires de support sociaux**. La participation de l'équipe d'A3PN aux rencontres mensuelles du **comité technique national de nutrition** a permis le partage d'information sur la situation nutritionnelle en Haïti entre tous les partenaires intervenant dans le dépistage et la prise en charge de la malnutrition. Finalement, la tenue de **tables sectorielles communales et départementales** a permis d'avoir des échanges à plusieurs niveaux et d'obtenir de la rétroaction pertinente sur la mise en œuvre du projet en plus de contribuer à la mobilisation des Directions départementales.

## DIMENSION IMPLICATION COMMUNAUTAIRE

<b>ACCEPTATION DU PROJET A3PN PAR LA COMMUNAUTÉ</b>	<b>INCLUSION DES DIFFÉRENTS ACTEURS COMMUNAUTAIRES</b>
<b>FORTIFICATION DES LIENS COMMUNAUTAIRES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regroupement des membres de la communauté via les activités du projet</li> <li>Valorisation des ASCP locaux et des mères éducatrices dans chaque zone</li> <li>Diffusion des apprentissages dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASCP</li> <li>Mères éducatrices</li> <li>Écoles et églises</li> <li>Organisations communautaires de base</li> <li>Mères et pères</li> <li>Leaders communaux et autres décideurs</li> </ul>
<b>DYNAMIQUE FAMILIALE</b> <p>Participation des pères aux activités du projet pouvant augmenter le support aux femmes</p>	<b>LIAISON DES ORGANISATIONS ET DES INSTANCES DÉCISIONNELLES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organisations communautaires de base</li> <li>Réseaux communautaires avec les leaders des communes</li> <li>Liaison entre les décideurs et la communauté</li> </ul>

## MEILLEURES PRATIQUES

<b>Inclusion des différents acteurs communautaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistance des mères éducatrices avec les ASCP dans l'animation des clubs ;</li> <li>Collaboration des membres de la communauté, des ASCP et des centres de santé dans le Comité surveillance de la mortalité maternelle et infantile (CSMMI) ;</li> <li>Étroite collaboration du projet A3PN avec les centres de santé et les réseaux communautaires.</li> </ul>	<b>Liaison des organisations et des instances décisionnelles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implication des points focaux santé communautaire rattachés aux Directions sanitaires tout au long du processus de sélection des ASCP jusqu'à leur formation ;</li> <li>Augmentation de la fréquence des visites de suivi des Directions sanitaires ;</li> <li>Activités d'échange entre les autorités locales et les leaders ;</li> <li>La tenue de tables sectorielles ;</li> <li>La participation d'A3PN aux rencontres du comité technique de nutrition du MSPP.</li> </ul>
<b>Acceptation du projet A3PN par la communauté</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bonne réputation des partenaires ;</li> <li>Activités distinctes (p. ex. : MUSO) de celles des autres organisations ayant des objectifs similaires au projet ;</li> <li>Clarification des différences entre les interventions du projet A3PN et celles des organisations précédentes.</li> </ul>	<b>Fortification des liens communautaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activités favorisant les liens communautaires : MUSO, clubs de mères, cuisine participative, séances éducatives sur l'ÉFH, agropastorales (combite), activités de masse (p. ex. : célébration du 8 mars).</li> </ul> <b>Dynamique familiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implication des pères dans les activités du projet ;</li> <li>Activités sur l'ÉFH.</li> </ul>

## STRATÉGIES DE MITIGATION FACE AUX DÉFIS RENCONTRÉS

<b>Organisations communautaires de base</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inclure le point focal santé materno-infantile de la Direction sanitaire dans le CSMMI ;</li> <li>Évaluer les besoins en formation des cordonnateurs de support ;</li> <li>Former un grand nombre de membres des réseaux et leur fournir tous les documents nécessaires.</li> </ul>	<b>Tables sectorielles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir des activités avec le Ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes pour maximiser le travail réalisé en matière d'ÉFH ;</li> <li>Prévoir des activités avec les bureaux d'état civil pour l'enregistrement des naissances ainsi qu'avec le point focal santé materno-infantile.</li> </ul>
<b>Liaisons entre les instances décisionnelles et la communauté</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Multiplier les rencontres avec le MSPP et prioriser la communication afin de favoriser son implication ;</li> <li>Intégrer davantage la mairie et les membres des conseils d'administration des sections communales (CASEC) pour une plus large participation de la communauté.</li> </ul>	<b>Dynamique familiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impliquer les pères dès le début du projet.</li> </ul> <b>Acceptation du projet A3PN par la communauté</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inclure tous les groupes de la communauté dans les activités.</li> </ul> <b>Comité de pilotage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter la fréquence des rencontres pour un meilleur suivi des activités.</li> </ul>

## LEÇONS APPRIS

- Les **tables sectorielles communales et départementales** permettent d'avoir des échanges à plusieurs niveaux et d'obtenir des commentaires pertinents sur la mise en œuvre du projet.
- L'appui à la gouvernance du système** apporté aux Directions sanitaires permet à ces structures d'adresser certains besoins essentiels à leur fonctionnement en plus de contribuer à susciter de l'intérêt pour le projet.
- La **mobilisation des Directions sanitaires (DS) du MSPP nécessite un grand déploiement d'énergie**, qui malgré les efforts ne peut être garanti de succès. Le projet doit fournir des efforts avec différents canaux (courriels, téléphones, visites en personne) pour en assurer la mobilisation.
- Les **bureaux d'état civil n'ont pas la capacité de procéder aux enregistrements des naissances** comme ils le devraient par faute de matériel, équipements, documents. À cela s'ajoute l'impossibilité d'enregistrer les enfants lorsque leurs parents n'ont pas leur document d'enregistrement. Ce défi force le projet à travailler avec cette instance et d'autres afin de trouver des solutions durables.
- L'implication des pères** dans les activités d'un projet en santé maternelle et infantile apporte beaucoup de bénéfices et renforce la dimension transversale d'ÉFH.



## FICHE TECHNIQUE – TABLES SECTORIELLES COMMUNALES ET DÉPARTEMENTALES

<b>DÉFINITION DES TABLES SECTORIELLES</b>	<b>Espace d'échange entre le projet, les communautés et les autorités locales sur les activités et perspectives du projet, les attentes des communautés et les meilleures approches d'intervention.</b>
<b>Objectifs des tables sectorielles dans le cadre d'un projet en santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un espace d'échange sur l'appropriation du projet par les communautés et les autorités locales</li> <li>• Discuter des besoins des communautés et définir les meilleures approches d'intervention</li> </ul>
<b>Principes de fonctionnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tables sont réalisées avec les représentants de tous les secteurs concernés dans les communautés (multisectoriel)</li> <li>• Les tables sont réalisées sur une base trimestrielle</li> </ul>
<b>Critères de sélection</b>	Chaque secteur de la communauté est représenté
<b>Matériels et équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétroprojecteur</li> <li>• Tableau à feuilles (« flip chart »), trépied et marqueurs</li> <li>• Cahiers, crayons, cartables</li> </ul>
<b>Étapes clés de mise en place</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planifier les tables (horaire, calendrier, budget, logistique, etc.)</li> <li>2. Inviter les participants (courriel, lettre, appel téléphonique)</li> <li>3. Réaliser les tables (présentations, discussions, recommandations, etc.)</li> <li>4. Rédiger le rapport des tables et le partager aux participants</li> </ol>
<b>Étapes clés de suivi et d'accompagnement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir un ensemble de recommandations lors des tables sectorielles à partir des différents échanges</li> <li>2. Le projet assure le suivi des recommandations selon un plan d'action</li> <li>3. Présenter les suivis entrepris et les résultats obtenus à partir des recommandations aux communautés lors des prochaines tables sectorielles</li> </ol>
<b>Meilleures pratiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les communautés sont constamment informées de l'évolution du projet</li> <li>• Les communautés, notamment les femmes, sont impliquées dans les prises de décisions</li> <li>• Les communautés sont informées sur la situation sanitaire et démographique de leur environnement</li> <li>• L'échange d'idées entre les différents niveaux des communautés est matérialisé (autorités locales, leaders communautaires, bénéficiaires, etc.)</li> </ul>

### Leçons apprises

- L'échange continu avec les communautés et les autorités locales est favorable à l'identification des forces et des faiblesses du projet ; cela permet de mieux canaliser les interventions pour de meilleurs résultats
- Parfois, les attentes exprimées lors des tables communales par les autorités locales n'ont pu être comblées, par manque de fonds ; il aurait été pertinent de prévoir des fonds spécialement pour répondre aux demandes suite aux tables sectorielles



« Le projet A3PN nous a mis en étroite relation avec la communauté, nous avons des réseaux communautaires de soutien (RCS), des comités de surveillance de la mortalité maternelle et infantile (CSMMI) et des clubs de mères (CM). »

[Responsable d'un centre de santé, Roseau]



En partenariat avec :



UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE  
Ecole de santé publique  
Faculté de médecine



En collaboration avec :



Financé par :



Government of Canada

Gouvernement du Canada