





- **Entre 2014 et 2016**, MdM s'est attelé à la mise en œuvre du plan du MSPP et a élargi son aire d'intervention en incluant le département du Nord-Ouest. Il a aussi ajouté, en partenariat avec Oxfam-Québec, un volet Eau, hygiène et assainissement (EHA) au projet pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires. Plusieurs défis, tels que l'absence de protocole de prise en charge, le manque de matériel médical ou encore les espaces de traitement inappropriés, ont été relevés, notamment dans le Nord-Ouest du pays. Ces défis étaient en partie dus au manque de ressources financières des directions sanitaires.
- **Entre 2016 et 2017**, de nouvelles difficultés ont surgi à la suite du passage de l'ouragan Matthew, qui a endommagé de nombreuses structures sanitaires et infrastructures essentielles, notamment dans le Nord-Ouest. Cette période correspond également à l'établissement d'une coordination étroite entre les différents chapitres du Réseau MdM (France, Espagne, Belgique, Argentine et Canada), laquelle a permis d'étendre les zones d'action du projet vers les départements sanitaires de la Grand'Anse, du Sud, de l'Artibonite et du Centre en plus du Nord-Ouest. D'autres communes du département de l'Ouest ont aussi été ajoutées (ex. : Petit-Goâve)
- **Entre 2017 et 2019**, le Réseau MdM continue d'adapter ses actions pour contrer le choléra, notamment au niveau communautaire pour accroître l'accès à des services de prévention, de détection et de référencement dans les communautés éloignées.
- **Enfin, entre 2019 et 2020**, MdM a mis en place une stratégie de sortie pour renforcer les capacités des autorités sanitaires, notamment dans l'ensemble des départements, mais en insistant particulièrement sur les départements du Nord-Ouest, de l'Artibonite, de l'Ouest et du Centre, dans le cadre de la phase long terme du Plan national d'élimination du choléra (PNEC).

Tout ceci est détaillé de façon chronologique dans la suite du présent document, qui précise également l'impact de tous les différents facteurs sur les actions de Médecins du Monde.

Le rapport analyse, par la suite, différents éléments permettant de mieux mesurer la marque des différentes interventions sur la lutte contre le choléra. Tout d'abord, il n'a pas été possible de conclure que les interventions de MdM avaient été *les plus pertinentes* dans ces circonstances ; ceci aurait requis une analyse directement sur le terrain ou une comparaison avec d'autres types d'interventions effectuées dans des circonstances similaires. En revanche, pour chaque période d'intervention, il a été conclu que les interventions de MdM étaient **pertinentes** à plusieurs niveaux. Malgré les délais très limités et le manque d'expérience initial de MdM en matière de lutte contre le choléra, l'organisation a pu mettre rapidement en place des Unités de traitement du choléra (UTC) ainsi que des protocoles de soins efficaces, et a su tirer profit de l'expertise partagée par Médecins sans frontières (MSF). MdM a ainsi rapidement développé de lui-même un savoir-faire concernant certains aspects critiques de la lutte contre le choléra, dont l'aménagement de l'UTC et la production de solutions de désinfection. De plus, l'action de MdM s'est inscrite dans les demandes et recommandations



des autorités sanitaires locales et nationales, s'adaptant rapidement, au cours de la deuxième phase, aux impératifs du nouveau Plan national de lutte contre le choléra. En outre, les activités locales de MdM ont visé certaines communautés parmi les plus vulnérables dans les départements et ont cherché à répondre à leurs besoins de base dans la lutte contre le choléra, c'est-à-dire, le manque d'accès à des soins de santé et à des conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) de qualité.

L'efficacité des interventions de MdM Canada dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti a varié de manière importante au cours des dix années de l'épidémie. Les documents consultés et les entrevues menées pour cet exercice de capitalisation suggèrent que les objectifs de l'intervention d'urgence de MdM Canada lors des deux premières années ont tous été atteints. Or lorsqu'en 2013, les interventions de MdM sont passées d'actions directes au renforcement des capacités des autorités sanitaires, MdM n'a pas toujours été totalement efficace pour atteindre ses objectifs – l'intervention rencontrant différents défis liés aux difficultés de coordination des différents partenaires sur le terrain ainsi qu'au degré de complexité plus grand que prévu des interventions. Quoique la réponse d'urgence de MdM Canada lors des deux premières années de l'épidémie ait atteint tous ses objectifs, le cadre institutionnel définissant les rôles et les responsabilités des différents acteurs sanitaires locaux comportait plusieurs ambiguïtés qui ont compliqué leur gestion de l'intervention sanitaire, et la charge de travail élevée des autorités sanitaires partenaires n'a pas facilité l'intervention de MdM. Le travail réalisé en concertation avec les leaders communautaires a, en revanche, contribué au succès des PROC, puisqu'il a mené à une plus grande implication des populations locales dans les activités de lutte contre le choléra.

En termes de **viabilité**, la mise en œuvre de la stratégie adoptée par le MSPP consistant à travailler à partir des structures publiques de santé plutôt que d'un système parallèle a eu un impact positif sur cet aspect. Il a malgré tout fallu parfois que MdM se substitue aux autorités sanitaires et au personnel médical local, et ce, en raison du manque de ressources des autorités sanitaires ou de la décision initiale du MSPP de ne pas inscrire la prise en charge des cas de choléra dans le paquet de services sanitaires offert. La présence même de MdM a parfois eu un aspect dissuasif relativement à la prise de responsabilités de la part des autorités sanitaires, qui ont estimé que cet appui ne se terminerait jamais.

Un premier **impact** des interventions a été la constitution d'équipes médicales locales formées pour contrer l'épidémie de choléra, et ce, dans la plupart des départements du pays. L'expérience et les connaissances acquises par le personnel médical représentent un impact important des interventions de MdM. Les appuis offerts par MdM ont aussi contribué à mieux préparer le système de santé haïtien à faire face à une épidémie. La présence de MdM a rassuré une partie de la population, surtout les groupes les plus marginalisés, puisque ceux-ci ont réalisé que des soins et services étaient mis à leur disposition si jamais certains de leurs membres tombaient malades. Ainsi, l'un des effets des interventions de MdM a été de créer



des ponts entre la population et le système de santé, et de favoriser les échanges ainsi qu'un rapprochement.

Par ailleurs, les intervenantes et les intervenants étaient toutes et tous d'accord pour considérer que l'un des effets les plus importants de l'intervention de MdM aura été d'avoir contribué à l'élimination du choléra après dix années d'épidémie.

Enfin, le présent document propose une série de recommandations qui complètent le rapport de capitalisation.



LISTE DES ACRONYMES

ALCHA : Appui à la lutte contre le choléra en Haïti
AMC : Affaires mondiales Canada
ASCP : Agent de santé communautaire polyvalent
ASFC : Avocats sans frontières Canada
BCSD : Bureau communal sanitaire de Delmas
CHAPI : Centre Haïtiano arabe Plan International
CLIO : Cadre de liaison Inter-Organisations
CMI : Coordonnateurs des maladies infectieuses
COUD : Centre d'opérations d'urgence départemental
CS : Centre de santé
CTC : Centre de traitement du choléra
CTDA : Centre de traitement des diarrhées aiguës
DDS : Direction départementale sanitaire
DINEPA : Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement
DPC : Direction de la protection civile
DSNO : Direction sanitaire du Nord-Ouest
DSO : Département sanitaire de l'Ouest
EHA : Eau, hygiène et assainissement
EMIRA : Équipe mobile d'intervention rapide
FCIU : Fonds central d'intervention d'urgence
MAECD : ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
MDM : Médecins du Monde
MINUSTAH : Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti
MSF : Médecins sans frontières
MSPP : ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OIM : Organisation internationale pour les migrations
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OPS : Organisation panaméricaine de la santé
PES : Paquet essentiel de services
PNEC : Plan national d'élimination du choléra
PROC : Postes de réhydratation orale communautaires
SSP : Soins de Santé Primaires
SWOT: Strength, Weaknesses, Opportunities, and Threats
UCS : Unité communale de santé Delmas/Cité Soleil
UNOPS : Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UTC : Unité de traitement du choléra
VBG : Violences basées sur le genre
WASH : Water, Sanitation and Hygiene



« Toujours trop d'espoir devant soi. Et trop de déceptions derrière soi. La vie est ce long ruban qui se déroule sans temps mort et dans un mouvement souple qui alterne espoir et déception. »

Danny Laferrière

Après plus d'une décennie de lutte acharnée pour éliminer le choléra en Haïti, Médecins du Monde tient à souligner le courage dont a fait preuve le peuple haïtien face à cette pandémie qui a marqué la mémoire récente.

Des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants sont morts après avoir contracté cette maladie, et ce, dans la totale indifférence.

C'est à ces personnes que nous pensons aujourd'hui.



REMERCIEMENTS

L'écriture de ce rapport de capitalisation n'aurait pas été possible sans l'apport inestimable de Gabriel Larivière et Yayouline Filippi, qui ont commencé ce travail à titre de stagiaires pour Médecins du Monde Canada, et dont les stages de quatre mois se sont prolongés pendant près de seize mois en parallèle à leurs autres activités professionnelles. Médecins du Monde (MdM) leur doit une fière chandelle pour leur engagement et ce défi relevé qui a nécessité de parcourir dix années d'histoire, de lire de nombreux rapports, d'essayer d'y puiser des connaissances et d'organiser celles-ci dans un cadre évolutif cohérent, et tout cela alors que les personnes-ressources de l'époque n'étaient presque plus joignables ou disponibles.

En ce sens, Gabriel et Yayouline tiennent à souligner la participation enthousiaste des responsables avec qui ils ont pu échanger. Ils tiennent notamment à remercier Isabelle Mas, Bétina Alcenat, Marc Dalème Accéus, Nicolas Demers-Labrousse, Samuel St-Gardien et Shelley-Rose Hyppolite pour leur disponibilité et leur patience lors des entrevues, qui ont parfois requis l'étude minutieuse de détails précis d'interventions s'étant déroulées plusieurs années auparavant.

Manon Hourdin, alors gestionnaire de projets internationaux à MdM, et Martine Bernier, directrice des opérations et du développement stratégique à MdM, ont accompagné l'équipe de capitalisation tout au long de l'écriture du rapport, de l'élaboration du protocole à la rédaction de la version finale, en passant par la révision des premières analyses. Leurs conseils, remarques et commentaires ont été une aide inestimable à chacune des étapes de la capitalisation.

Un dernier merci à Maelys Durrieu de Madron pour avoir réalisé une relecture et une révision finale du document avant qu'il ne prenne la direction des spécialistes en graphisme. Sa contribution a été très appréciée.



CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

1. Contexte d'intervention

Le 18 octobre 2010, une équipe médicale cubaine rapporte au ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti (MSPP) qu'elle a traité 61 cas de diarrhées aiguës dans la commune de Mirebalais au cours de la semaine précédente¹. Alors que le nombre d'hospitalisations et de décès commence à augmenter jour après jour, une équipe du MSPP conclut qu'une épidémie de choléra s'est déclenchée pour la première fois en Haïti le 14 octobre 2010 dans le village de Meille dans le département du Centre, où est érigé un camp de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH). Des analyses de l'ADN des souches de choléra en Haïti confirmeront plus tard que des soldats népalais de la MINUSTAH ont introduit la maladie au pays².

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) explique que « le choléra est une infection intestinale aiguë due à l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par le bacille *Vibrio cholerae*. Sa durée d'incubation est courte, de moins d'un jour à cinq jours. Le bacille produit une entérotoxine qui provoque une diarrhée abondante, indolore pouvant aboutir rapidement à une déshydratation sévère et à la mort du sujet si le traitement n'est pas administré rapidement »³.

La propagation des premiers cas de choléra en Haïti s'est faite d'abord le long du fleuve Artibonite, la maladie s'étant probablement propagée par un déversement des latrines du camp de la MINUSTAH dans le cours d'eau. Elle atteint rapidement un pic le 22 octobre 2010 en aval du fleuve. Par la suite, l'épidémie s'étend à un rythme moins soutenu vers Port-au-Prince, avec une moyenne de 76 cas par jour du 22 octobre au 5 novembre 2010, et un total de 77 hospitalisations.

Craignant que la situation ne s'aggrave, la directrice de l'Unité communale de Santé Delmas/Cité Soleil (UCS) organise le 23 octobre une rencontre avec Médecins du Monde Canada pour coordonner l'intervention afin de contrer l'épidémie⁴. La directrice identifie différentes sphères d'actions prioritaires, comme la sensibilisation de la population, le traitement des patientes et des patients et la coordination des actions sanitaires. Cette réunion avec l'UCS marque le début de la participation de MdM à la lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti, soit à la commune de Cité Soleil. Dès le 9 novembre, le nombre de cas

¹ Renaud Piarroux *et al.*, « Understanding the Cholera Epidemic, Haiti », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 17, n° 7, 2011, p. 1161-1168.

² Fabini D. Orata, Paul S. Keim et Yan Boucher, « The 2010 Cholera Outbreak in Haiti: How Science Solved a Controversy », *PLoS Pathog*, vol. 10, n° 7, 2014.

³ https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1

⁴ Médecins du Monde Canada, *Rapport choléra octobre 2010 à avril 2011 – ministère des Relations internationales du Québec*, 2011, p. 2.



explose à Cité Soleil⁵. La commune sera l'un des endroits les plus touchés par l'épidémie lors de la première flambée de cas⁶.

L'épidémie de choléra en Haïti est déclarée par l'OMS comme étant « endémique » en 2013 et durera près de neuf ans. Encore aujourd'hui, il est difficile de bien saisir l'ampleur de l'épidémie et d'évaluer le nombre total de victimes. Le MSPP estime qu'entre 2010 et 2019, un total de 9 792 Haïtiennes et Haïtiens seraient décédés des suites de la maladie⁷. Cependant, une analyse des taux de mortalité de quatre communautés rurales et urbaines entre octobre 2010 et avril 2011 suggère que les chiffres du MSPP pourraient, dans certains cas, sous-estimer le nombre de décès selon un facteur allant de 2 à 10 selon les régions⁸. Bien qu'il soit raisonnable de croire que les autorités sanitaires aient pu par la suite présenter un portrait plus juste de l'ampleur de l'épidémie, il ne fait que peu de doutes que les conséquences du choléra en Haïti surpassent de loin ce qui est rapporté dans les statistiques officielles.

2. Contexte de l'exercice de capitalisation

En janvier 2019, les derniers cas de choléra sont répertoriés en Haïti. Parallèlement, Mdm termine la mise en œuvre de sa stratégie de désengagement dans la lutte contre le choléra et le développement d'une cellule d'urgence nationale pour coordonner une intervention efficace face aux éventuelles flambées de cas à travers les départements. Alors que se tourne une page de près de neuf années d'interventions pour contrôler l'épidémie, Mdm décide à la même époque de s'engager dans un exercice de capitalisation de son expérience en Haïti.

Comme l'expliquent les *Termes de référence* de cette capitalisation, qui se trouvent en annexe du présent rapport, « l'exercice de capitalisation des expériences de Mdm dans la lutte contre le choléra en Haïti émane de la volonté de constituer une mémoire institutionnelle, de nourrir une réflexion collective sur nos modalités d'intervention dans le contexte d'épidémie de choléra en Haïti et d'en tirer des enseignements pour des interventions ultérieures du Réseau Mdm en Haïti ou dans d'autres pays ».

3. Objectifs de l'exercice de capitalisation

Tel que le mentionnent les *Termes de référence*, l'objectif premier de cet exercice de capitalisation est de tirer profit de cette expérience de Mdm Canada pour d'éventuelles

⁵ « Haïti : les malades du choléra affluent dans un bidonville de la capitale », *Agence France Presse*, 11 novembre 2010. Voir aussi Organisation panaméricaine de la santé, *Rapport de situation No. 14 du COU – Flambée de choléra en Haïti*, 2011, p. 2.

⁶ Renaud Piarroux *et al.*, « Understanding the Cholera Epidemic, Haïti », *op. cit.*

⁷ Ministère de la Santé publique et de la Population, *Rapport du Réseau national de surveillance choléra – 3^e semaine épidémiologique 2020*, 2020, p. 5.

⁸ Francisco J. Luquero *et al.*, « Mortality Rates during Cholera Epidemic, Haiti, 2010–2011 », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 23, n° 3, 2016, p. 410-416.



opérations en Haïti ou dans d'autres pays présentant un contexte similaire. Plus spécifiquement, cette capitalisation vise à :

- i. Documenter les différentes interventions réalisées par MdM Canada dans la lutte contre le choléra ;
- ii. Identifier les facteurs internes et externes qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre des interventions ;
- iii. Identifier les approches développées par MdM Canada dans la prévention et la prise en charge des cas de choléra/diarrhées aiguës ;
- iv. Analyser ces approches, leur pertinence, les facteurs d'influence et leur adaptation au contexte ;
- v. Étudier les perceptions et les acquis de l'action de MdM par les parties prenantes ;
- vi. Proposer des recommandations :
 - a. Pour de futures interventions en réponse à des urgences épidémiques en Haïti ;
 - b. Pour des interventions sanitaires d'urgence en appui aux autorités locales au-delà du contexte haïtien.

4. Public visé par l'exercice de capitalisation

Cet exercice de capitalisation est porté à l'attention de plusieurs acteurs concernés de près ou de loin par les interventions de MdM Canada dans cette lutte contre le choléra :

- Les équipes de MdM Canada et des différents chapitres du Réseau MdM ;
- Les directions départementales sanitaires en Haïti ;
- Les autorités du MSPP ;
- Les organisations partenaires de MdM en Haïti ;
- Les personnes intervenant dans le domaine de la santé en Haïti ;
- Les membres des communautés qui ont été appuyées par MdM ;
- Les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique et particulièrement dans le secteur international.



CHAPITRE 2 – MÉTHODOLOGIE

1. La division de l'intervention en six phases

Afin de mieux comprendre l'évolution de l'action de Médecins du Monde Canada dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti, les dix années d'intervention ont été divisées en six phases distinctes. Ces phases correspondent à la chronologie proposée dans les *Termes de référence*, qui se trouvent en annexe du présent rapport.

Phase 1 (2010-2011)

Zone : commune de Cité Soleil

Phase 2 (2012-2014)

Zone : commune de Cité Soleil

Phase 3 (2014-2016)

Zones : zone métropolitaine ; département du Nord-Ouest

Phase 4 (2016-2017)

Zones : zone métropolitaine ; département du Nord-Ouest

Phase 5 (2017-2019)

Zones : département de l'Ouest ; département du Nord-Ouest

Phase 6 (2019-2020)

Zones : départements du Nord-Ouest, de l'Artibonite, de l'Ouest et du Centre

2. Démarche de l'exercice de capitalisation

La méthodologie du présent exercice de capitalisation repose sur une démarche en quatre étapes. Cette démarche permet de répondre aux sept objectifs des *Termes de référence* de manière organisée et efficace. L'idée principale est de documenter les interventions et approches de Médecins du Monde Canada avant de procéder à leur analyse. Ainsi, chacune des quatre étapes de cette démarche pourra s'appuyer sur les conclusions des étapes précédentes.

En premier lieu, le portrait des différentes phases d'intervention de MdM dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti est présenté. Une attention particulière est portée aux approches développées par MdM dans la prévention et la prise en charge des cas de choléra/diarrhées aiguës. La division en six phases d'intervention structure cette première étape afin de mieux comprendre comment les interventions de MdM ont évolué au cours des dix années de lutte contre le choléra. Par conséquent, cette étape adopte une approche chronologique. Elle correspond aux objectifs (i) et (iii).



En deuxième lieu, les différentes interventions de MdM sont analysées selon les critères de l'OCDE, plus précisément, les critères de pertinence, d'efficacité, d'impact et de viabilité. Les facteurs internes et externes ayant facilité ou nui aux interventions sont discutés dans le cadre du critère de l'efficacité. De plus, les critères transversaux d'égalité de genre et d'environnement sont ajoutés à ce cadre. Tous ces critères sont appliqués à l'ensemble des interventions, mais une attention particulière est prêtée à l'analyse des approches développées par MdM en matière de prévention et de prise en charge des cas.

Comme il est difficile d'analyser de façon générale dix années d'interventions de MdM, l'analyse applique chaque critère à un nombre précis d'interventions jugées pertinentes et importantes. Par le fait même, l'analyse souligne « les points communs et les différences dans les approches, les atouts et les limites des expériences jugées les plus porteuses d'enseignement dans les projets choléra mis en œuvre par MdM depuis 2010 », tel que le suggèrent les *Termes de référence*. Ainsi, cette étape adopte une approche thématique et comparative plutôt que chronologique. Elle correspond aux objectifs (ii) et (iv) ainsi qu'à la seconde partie de l'objectif (v) concernant les acquis des parties prenantes, qui est traitée sous le critère de la viabilité (ou pérennité).

En troisième lieu, les perceptions des parties prenantes impliquées dans les interventions de MdM sont étudiées. Les conclusions et les informations développées dans les étapes précédentes sont utilisées afin de présenter, de contextualiser et d'expliquer quelques exemples de perceptions des parties prenantes qui ont pu être retracées indirectement lors de la collecte de données. Ainsi, cette étape adopte aussi une approche thématique et comparative. Elle correspond à la première partie de l'objectif (v).

En quatrième lieu, des recommandations pour d'éventuelles interventions en réponse à des urgences épidémiques en Haïti et pour d'autres interventions en appui aux autorités sanitaires d'autres pays sont formulées. Ces recommandations sont basées sur l'analyse des interventions, l'étude des perceptions des parties prenantes, ainsi que sur les points de vue exprimés par les intervenantes et les intervenants consultés lors de la collecte de données. Cette dernière étape adopte une approche thématique et comparative. Elle correspond à l'objectif (vi).



3. Collectes de données

Revue documentaire

La revue documentaire a été l'une des méthodes principales de collecte de données. Elle est basée en grande partie sur une liste de documents rendus disponibles par Mdm Canada, incluant de nombreux documents internes, dont des propositions de projets aux bailleurs de fonds, des rapports intermédiaires et finaux remis aux bailleurs, des rapports de partenaires ainsi que des documents de suivi épidémiologique. Ces documents ont permis d'établir un portrait général des différentes interventions de Mdm et d'effectuer une partie de leur analyse. Cette étape de la revue documentaire a aussi permis d'identifier plusieurs zones d'ombre qui ont été clarifiées par la suite lors d'entrevues dirigées.

De nombreux documents disponibles en ligne ont aussi informé l'écriture de ce rapport. Des documents du MSPP ont été consultés pour suivre l'évolution de la situation épidémiologique en Haïti. Enfin, pour approfondir certains points spécifiques, des publications scientifiques ont été consultées.

Entrevues dirigées

Des entrevues dirigées ont été menées avec plusieurs personnes ayant participé aux différentes interventions de Mdm Canada en Haïti dans le cadre de la lutte contre le choléra. Ces entrevues ont permis de combler les lacunes décelées lors de la revue documentaire, de mieux comprendre les contextes d'intervention, de préciser les objectifs de certaines activités réalisées ainsi que d'approfondir l'analyse des interventions grâce au point de vue des professionnelles et des professionnels sur le terrain. Les entrevues dirigées ont été l'une des sources d'informations principales pour la formulation de recommandations.

4. Méthodes d'analyse des données et d'écriture du rapport

Les données ont été analysées en plusieurs étapes afin de permettre d'atteindre les objectifs généraux et spécifiques de la capitalisation :

1. Prise de connaissance des documents ;
2. Élaboration du protocole de recherche et des questions ;
3. Synthèse des documents reçus dans un tableau pour établir la chronologie des interventions ;
4. Première écriture du récit chronologique et de l'analyse des interventions ;
5. Identification des intervenantes et des intervenants potentiels pour la phase d'entrevues ;
6. Élaboration de la grille d'entrevue selon le profil des personnes identifiées, les informations manquantes et les objectifs de l'exercice de capitalisation ;
7. Réalisation et transcriptions des entrevues ;
8. Synthèse des données issues des entrevues ;



9. Deuxième écriture du récit chronologique et de l'analyse des interventions ;
10. Révision.

5. Limites de la capitalisation

Incapacité de se rendre sur le terrain

L'exercice de capitalisation a été entamé à l'automne 2020, au début de la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. Cette situation a fortement limité les déplacements dans le monde, notamment en raison de l'absence de vaccins à cette étape de la pandémie. Ainsi, il a été impossible pour l'équipe de capitalisation de se déplacer sur le terrain en Haïti dans le cadre de cette mission.

Pour cette raison, l'équipe de capitalisation n'a pu effectuer plusieurs démarches pourtant parfois réalisées lors de ce type d'exercice. Par exemple, les lieux où des activités de MdM ont été menées n'ont pu être visités, les partenaires de MdM n'ont pu être rencontrés, et les communautés desservies par les interventions de MdM n'ont pu être contactées. Il a donc été difficile de vérifier les perceptions qu'ont eues les partenaires locaux et les bénéficiaires de MdM. De plus, les sources disponibles provenaient par conséquent exclusivement de MdM, qu'il s'agisse de documents internes ou d'entrevues de membres du personnel, ce qui a pu entraîner des biais ou des angles morts dans l'analyse des données.

Documentation inégale des différentes phases d'intervention

Pour les phases d'intervention 1 à 3, une grande quantité de documents internes et de rapports a été mise à la disposition de l'équipe de capitalisation. Cependant, pour les phases 4 et 5, peu de rapports détaillés ont pu être consultés, ce qui s'explique en partie par le fait que peu de documents analysant les interventions spécifiques de MdM Canada ont été produits lors de ces phases de l'épidémie. Les actions de MdM à l'époque étaient menées dans le contexte d'un travail en consortium avec d'autres chapitres de Médecins du Monde. Ainsi, la grande majorité des rapports consultés pour ces phases portent sur le travail du consortium en général, et non sur les activités de MdM Canada spécifiquement. La quantité et la qualité des informations relatives à l'intervention de MdM Canada en Haïti peuvent ainsi varier d'une phase à l'autre.



CHAPITRE 3 – HISTORIQUE DE L'INTERVENTION DE MDM

Phase 1 (2010-2012)

Contexte d'intervention

La situation de Cité Soleil après le tremblement de terre du 12 janvier 2010 est un élément essentiel de la première phase d'intervention de MDM dans la lutte contre l'épidémie de choléra. Le séisme a détruit des dizaines de milliers de maisons, ravagé une partie importante des infrastructures du pays et fait entre 220 000 et 316 000 victimes selon le gouvernement haïtien. Les conséquences du tremblement de terre ont été exacerbées dans les zones plus pauvres à forte densité de population, comme Cité Soleil, où les habitations étaient plus vulnérables aux chocs sismiques. Selon un sondage mené auprès de la population de Cité Soleil en février 2010, la quasi-absence d'aide aux personnes rescapées, les violences sexuelles, le manque de logements, les besoins médicaux et les conditions sanitaires extrêmes étaient les enjeux les plus pressants pour les survivantes et les survivants du séisme⁹.

Une étude de besoins menée par MDM en mai 2010 confirme les nombreuses difficultés sanitaires auxquelles s'est heurtée la commune de Cité Soleil¹⁰. La plupart des résidentes et des résidents ainsi que des personnes déplacées n'avaient pas accès à une source d'eau potable. Selon les quartiers, il n'y avait pas ou très peu de latrines privées ou communes, forçant l'accumulation d'excréments dans les canaux le long des routes. L'absence d'un système de gestion des déchets causait l'accumulation des débris dans des dépotoirs improvisés. L'étude note aussi la grande promiscuité des résidentes et des résidents ainsi que des personnes déplacées.

Le tremblement de terre de janvier 2010 a donc aggravé la situation sanitaire à Cité Soleil et créé un ensemble de conditions favorables à la propagation du choléra. La situation de précarité des résidentes et des résidents et des personnes déplacées, les difficultés d'approvisionnement en eau potable, l'absence de latrines et de systèmes de gestion des déchets ainsi que la densité de population importante sont autant de facteurs identifiés par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) comme favorisant la transmission du choléra.

Le contexte immédiat d'intervention était, quant à lui, tout d'abord marqué par l'urgence de la crise sanitaire émergente et la nécessité d'agir rapidement pour ralentir l'épidémie et limiter ses effets sur la population de Cité Soleil. Deux jours à peine ont séparé la déclaration officielle annonçant la découverte des premiers cas de choléra par le MSPP et la convocation d'une réunion par l'UCS Delmas/Cité Soleil le 23 octobre 2010 afin de coordonner

⁹ Interuniversity Institute for Research and Development, *Voices from the Shanties: A Post-Earthquake Rapid Assessment of Cité Soleil, Port-au-Prince*, 2010.

¹⁰ Médecins du Monde Canada, *Rapport de mission – Étude de besoins dans la commune de Cité Soleil Haïti*, 2010.



l'intervention pour contrer l'épidémie. Deux semaines plus tard, le nombre de cas de choléra à Cité Soleil augmentait exponentiellement, ne laissant que très peu de temps aux autorités sanitaires pour planifier et déployer des solutions efficaces¹¹. Ce sentiment d'urgence a été mentionné au cours d'entrevues avec des membres du personnel de MdM présents lors de la première flambée de choléra.

Enfin, l'un des facteurs déterminants du contexte d'intervention était l'expérience de MdM Canada à Cité Soleil depuis 1999. Cette expérience a d'abord permis à MdM de mieux connaître les institutions de santé de la zone, en particulier l'hôpital public de référence de la commune de Cité Soleil, le Centre hospitalier Sainte-Catherine-Labouré (CHOSCAL), où les activités de MdM étaient concentrées¹². De plus, peu de temps avant le déclenchement de l'épidémie, MdM avait entamé des démarches afin de développer de nouvelles interventions de santé communautaire à Cité Soleil, incluant notamment l'étude de besoins de Cité Soleil citée plus haut. Ces démarches ont permis à MdM d'avoir une meilleure idée de la réalité des différents quartiers de la commune et de développer des liens avec certains leaders communautaires et chefs de gangs armés, ce qui a rendu possibles des interventions dans plusieurs quartiers de la commune de Cité Soleil dans le cadre de la lutte contre le choléra par la suite.

Objectifs de l'intervention

Le choix des types d'interventions mises en œuvre par MdM pendant la première phase a été d'abord guidé en partie par les autorités sanitaires haïtiennes et les structures de santé en place. Les objectifs des interventions étaient de répondre aux besoins identifiés par l'UCS Delmas/Cité Soleil lors de la réunion du 23 octobre 2010, à savoir : la sensibilisation de sa population, le traitement des patientes et des patients et la coordination des actions sanitaires¹³. La stratégie du MSPP pour lutter contre la première flambée de choléra, dévoilée le 27 octobre 2010, a ensuite structuré les grandes lignes de l'intervention de MdM en trois niveaux d'action : communautaire, institutionnel et dans les centres de traitement du choléra (CTC)¹⁴. Cette stratégie prévoyait des activités de sensibilisation et des postes de réhydratation orale au niveau communautaire, le renforcement des institutions de santé pour accueillir d'éventuels patientes et patients et le déploiement de CTC pour traiter les cas sévères.

La première phase d'intervention a permis la mise en œuvre d'un projet s'échelonnant d'octobre 2010 à février 2012. Le projet devait initialement se concentrer sur le traitement

¹¹ Renaud Piarroux *et al.*, « Understanding the Cholera Epidemic, Haiti », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 17, n° 7, 2011, p. 1161-1168.

¹² Médecins du Monde, *Rapport de mission – Étude de besoins dans la commune de Cité Soleil Haïti*, 2010, p. 8-16.

¹³ Médecins du Monde Canada, *Rapport choléra octobre 2010 à avril 2011 – ministère des Relations internationales du Québec*, 2010, p. 2.

¹⁴ Médecins du Monde Canada, *Stratégie [sic] MSPP_27.10.10*, 2010.



des cas de choléra et se terminer en mars 2011. Cependant, le projet a été reconduit pour une autre année en raison de la détérioration de la situation épidémiologique¹⁵. Après la flambée de cas de juin 2011 et en attendant un nouveau plan national de lutte contre le choléra, les autorités sanitaires locales se sont entendues sur la nécessité d'une prise en charge du choléra dans les structures de santé publique, lorsque cela est possible. MdM a alors ajouté à ses interventions l'appui au Bureau communal sanitaire de Delmas (BCSD) dans ses efforts de lutte contre le choléra.

L'objectif final de la première phase de ce projet était de limiter le taux de mortalité associé au choléra en freinant la propagation de la maladie et en offrant un traitement adéquat pour les personnes atteintes. Pour parvenir à ce résultat final, MdM avait identifié des objectifs, que nous reformulons à l'aide des quatre points suivants :

- (O1) La sensibilisation de la population quant à la transmission du choléra par des brigades communautaires propres à chaque quartier ;
- (O2) La prise en charge de personnes atteintes du choléra au niveau communautaire au moyen du développement d'un réseau de Postes de réhydratation orale communautaires (PROC) ;
- (O3) L'offre de traitements pour les cas de choléra légers et modérés au niveau institutionnel dans l'Unité de traitement du choléra (UTC) au Centre Haïtiano arabe Plan International (CHAPI) ;
- (O4) L'appui au BCSD pour une intervention adéquate face aux flambées saisonnières du choléra et des diarrhées aiguës¹⁶.

Un élément important de la stratégie de MdM était l'interdépendance des objectifs. Par exemple, les PROC apparaissaient à la fois comme des lieux de traitement des cas de choléra et comme des lieux de sensibilisation de la population. De plus, un système d'ambulances avait été prévu afin de déplacer les personnes atteintes de déshydratation sévère des PROC vers l'UTC du CHAPI et les centres de traitement du choléra (CTC).

L'ensemble de la population de la commune de Cité Soleil était visée par ce projet, soit environ 400 000 personnes, dont 70 000 résidentes et résidents des quartiers prioritaires de Bélékou, Bois Neuf, Boston, Fort Dimanche, Wharf Soleil, Village Rapatrié, Truitier et Première Cité (CHAPI), les 45 000 personnes déplacées suite au séisme de janvier 2010 qui se trouvaient dans 14 camps improvisés de la commune de Cité Soleil, et les 55 000 personnes résidant à proximité des camps.

¹⁵ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, 2012, p. 18.

¹⁶ Médecins du Monde Canada, *Rapport choléra octobre 2010 à avril 2011 – ministère des Relations internationales du Québec*, p. 4 ; Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 7-8.



Activités réalisées et résultats immédiats

MdM a réalisé un ensemble d'activités lors de la première phase d'intervention pour atteindre ses objectifs. Pour le premier objectif de sensibilisation de la population (O1), MdM a soutenu le recrutement par les leaders et les chefs de gangs armés de brigadières et de brigadiers et formé ces personnes à la prévention et aux conditions de transmission du choléra, à la prise en charge précoce des personnes atteintes de la maladie, aux critères pour transférer à l'UTC et à la désinfection des habitations.

L'approche développée par MdM pour la création des équipes de brigadières et de brigadiers a placé les communautés locales au cœur du processus. Comme le rapporte une intervenante qui était présente sur le terrain à l'époque, l'intervention communautaire au sein des quartiers de la commune de Cité Soleil n'aurait pas été possible sans le travail effectué avant l'épidémie dans le cadre de l'étude de besoins portant sur les quartiers de la commune. Au printemps 2010, MDM a visité les 36 quartiers de la commune de Cité Soleil et a identifié ceux jugés prioritaires. MdM a développé des liens avec les responsables de ces quartiers (des leaders ou des chefs de gangs armés), ce qui a permis la réalisation de groupes de discussion avec des membres de la population pour identifier les problèmes et les besoins prioritaires. Grâce à ces efforts, MdM a pu gagner la confiance des responsables de quartier, ce qui a permis la réalisation d'activités dans les endroits ciblés en priorité, notamment ceux où l'insécurité était très élevée (dans certains quartiers, aucune ONG n'était présente, et même la police n'envisageait pas d'y intervenir).

Dans un premier temps, la mise en place des PROC a été effectuée par la prise de contact avec des leaders communautaires et des chefs de gangs armés déjà connus par MdM dans les quartiers ciblés et avec les chefs de camps de personnes déplacées couverts par MdM¹⁷. Des rassemblements regroupant les leaders communautaires, les responsables des organismes communautaires des quartiers et les leaders des camps ont ensuite été organisés. Lors de ces rencontres, MdM a échangé avec les responsables sur la situation sanitaire actuelle, donné des informations sur le choléra et proposé la mise en place des PROC dans les quartiers. MdM a présenté aux responsables une liste de critères à respecter pour le recrutement des brigadières et des brigadiers tout en leur laissant la responsabilité entière de recruter eux-mêmes ces personnes en fonction des critères présentés. Une liste de critères à respecter pour identifier, dans les quartiers, des lieux susceptibles de devenir des PROC leur a été fournie également, mais l'entière responsabilité d'identifier au sein de leur quartier des lieux pouvant être transformés en PROC leur revenait.

Une intervenante a souligné en entrevue l'importance que ces choix reviennent aux leaders communautaires, afin de favoriser la collaboration et d'éviter une sélection de lieux et de personnes par MdM seul – choix susceptible de susciter des mécontentements parmi les

¹⁷ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 17-18.



leaders et au sein de la population des quartiers, ce que MdM a souhaité éviter à tout prix dans un contexte où l'insécurité est très élevée.

Dans un deuxième temps, une fois les équipes de brigadières et de brigadiers constituées, MdM a procédé à la formation des leaders communautaires et des brigadières et brigadiers concernant la transmission du choléra, les protocoles de soins et de transfert des patientes et des patients, la gestion des décès, l'élimination des matériaux contaminés et la désinfection des lieux. Enfin, afin de rémunérer les responsables des PROC, MdM versait l'argent aux responsables des quartiers, qui se chargeaient de payer les brigadières et les brigadiers.

Dans un troisième temps, MdM a assuré l'approvisionnement constant des PROC en intrants médicaux, incluant les solutions de réhydratation orale et de chlore pour la désinfection. MdM était aussi chargé du transport de cas sévères de choléra vers l'UTC et les CTC avec ses propres véhicules.

Les résultats immédiats de ces deux activités ont été la mise sur pied de 19 équipes d'environ trois brigadières et brigadiers chacune, et leur formation ainsi que celle d'environ 60 leaders communautaires. Une intervenante présente à l'époque affirme que la grande majorité des brigadières et des brigadiers se sont acquittés de leurs tâches de manière fiable et efficace. Au moyen de nombreuses campagnes de sensibilisation et de distribution de matériel dans les PROC, les lieux publics, les maisons décontaminées et la radio, il est estimé que 141 378 personnes ont été sensibilisées¹⁸.

Ces mêmes activités ont permis à MdM d'atteindre son objectif de traitement des patientes et des patients au niveau communautaire (O2). La création des équipes de brigadières et de brigadiers allait de pair avec la création de PROC et leur formation pour le traitement des cas légers dans ces structures. Les résultats immédiats de ces activités ont été la création de 19 PROC, dans lesquels ont été traités 2 558 patientes et patients par réhydratation orale¹⁹. De plus, 1 244 patientes et patients sévèrement déshydratés ont été transférés des PROC vers l'UCT du CHAPI et les CTC (509 d'entre eux ont été transférés par MdM).

¹⁸ Les chiffres diffèrent légèrement entre les deux rapports principaux couvrant la première phase. Un premier rapport d'activités couvrant la période allant d'octobre 2010 à avril 2011 évalue le nombre de personnes sensibilisées à 302 080, alors qu'un second rapport couvrant octobre 2010 à février 2012 ramène ce nombre à 141 378. Le chiffre du second rapport a été préféré pour cet exercice de capitalisation, puisque le premier rapport explique qu'« il ne s'agit pas ici de personnes différentes, mais bien d'une répétition, dans le temps, de la sensibilisation à plus d'une reprise, de la population visée et *via* des moyens différents ». Médecins du Monde Canada, *Rapport choléra octobre 2010 à avril 2011 – ministère des Relations internationales du Québec*, p. 5 ; Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 8.

¹⁹ *Ibid.*, p. 10.



Afin d'atteindre l'objectif de traitement des patientes et des patients au niveau de l'UTC du CHAPI et des CTC (O3), MdM a réalisé quatre activités principales²⁰. Premièrement, MdM a participé à l'aménagement de l'UTC du CHAPI, puisque l'hôpital de première ligne de Cité Soleil préférait que les cas de choléra soient traités dans un établissement séparé. C'est suite aux échanges avec les responsables du CHOSCAL et du CHAPI (et probablement du BCSD) et à leur demande que MdM a mis sur pied une UTC dans un bâtiment non utilisé du CHAPI. MdM a réalisé l'aménagement complet des installations, dont des lits fabriqués spécialement pour les patientes et les patients atteints de choléra, des toilettes adaptées et des latrines. Il a aussi embauché tout le personnel de l'UTC, ouvert 7 jours sur 7.

Deuxièmement, et surtout au début de l'épidémie, MdM a pris part directement à la prise en charge des patientes et des patients en assurant leur hydratation à l'aide de solutés. Troisièmement, MdM a offert plusieurs formations continues sur le choléra et sa prise en charge à 21 employés du CHAPI ainsi qu'à 177 autres personnes, dont du personnel du CHAPI de tous les secteurs et des étudiantes et étudiants en médecine ou soins infirmiers. Quatrièmement, MdM a assuré le transport de 1 139 patientes et patients sur les 1 298 qui étaient sévèrement déshydratés de l'UTC du CHAPI vers les CTC. Les résultats immédiats ont été l'évaluation et le traitement de 6 136 personnes au CHAPI pour des cas suspects de choléra.

Pour le dernier objectif d'appui au système de santé pour les futures flambées (O4), MdM a fourni des ordinateurs et des véhicules au BCSD et a participé à la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique, contribuant ainsi au renforcement des capacités du BCSD.

Phase 2 (2012-2014)

Contexte d'intervention

Un élément important du contexte de la deuxième phase d'intervention de MdM est le passage des ouragans Isaac (août 2012) et Sandy (octobre 2012). Une évaluation conjointe de MdM et Action contre la Faim (ACF) rapporte qu'après les ouragans, le nombre de cas de choléra a augmenté à Cité Soleil²¹. Les camps de personnes déplacées ont aussi subi des dommages matériels importants, notamment au niveau des tentes et des installations sanitaires. Les systèmes d'approvisionnement en eau potable étaient insuffisants. La présence du gouvernement haïtien était pratiquement inexistante et aucune ONG n'offrait de services, hormis la distribution de matériel.

L'autre élément crucial du contexte de la deuxième phase est le dévoilement du plan d'élimination du choléra du MSPP publié en novembre 2012. Le plan prévoyait entre autres « l'intégration des soins des patientes et patients atteints de choléra dans le système de soins

²⁰ *Ibid.*, p. 11.

²¹ Médecins du Monde Canada, *Proposition d'assistance humanitaire d'urgence – AMC/AHI*, 2012, p. 6.



essentiels de santé²² ». Cet objectif signifiait que les cas de choléra devaient être intégrés dans les établissements du système de santé du MSPP. Bien que de nombreux points du plan du MSPP soient compatibles avec les interventions de MdM, l'intégration des soins dans le système de santé haïtien a modifié de façon importante les activités de MdM.

Au départ, MdM semblait juger possible de poursuivre ses interventions en accord avec le nouveau plan du MSPP, incluant son travail de supervision des PROC²³. Cependant, alors que les modalités du nouveau plan se clarifiaient avec son implantation, il est devenu évident que celui-ci requérait en réalité deux changements institutionnels importants : l'intégration de soins destinés aux patientes et aux patients atteints de choléra dans toutes les institutions du système de santé, incluant les hôpitaux et les centres de santé, et le remplacement d'un système de gestion verticale par une approche horizontale²⁴.

Par conséquent en février 2013 MdM a pris la décision de modifier ses interventions puisque le système de lutte contre le choléra du réseau communautaire des PROC et de l'UTC tel qu'initialement demandé par les responsables du CHOSCAL, du CHAPI et du BSCD constituait un système vertical parallèle au réseau de la santé. De plus, le CHAPI offrait un traitement des cas de choléra indépendant du système de santé haïtien, ce qui entraînait en conflit avec le plan du MSPP. En somme, les équipes de MdM ont dû s'adapter rapidement aux politiques du gouvernement haïtien au milieu de la deuxième phase d'intervention.

Objectifs de l'intervention

La deuxième phase d'intervention de MdM peut être perçue comme la mise en œuvre de deux projets distincts, étant donné la décision de modifier les interventions afin qu'elles s'accordent avec le plan du MSPP. Le premier projet couvre la période d'avril 2012 à mars 2013, et le second, la période d'avril 2013 à mars 2014.

L'objectif du premier projet de la deuxième phase était toujours de limiter le taux de mortalité associé au choléra en freinant la propagation de la maladie et en offrant un traitement adéquat pour les personnes affectées²⁵. Pour atteindre ce résultat final, MdM a d'abord reconduit les trois premiers objectifs de la phase 1 mais pas le quatrième, et en ajouté un nouveau :

(O1) La sensibilisation de la population quant à la transmission du choléra par des brigades communautaires propres à chaque quartier ;

²² Ministère de la Santé publique et de la Population, *Plan d'élimination du choléra en Haïti 2013-2022*, 2012, p. 58-59.

²³ Médecins du Monde Canada, *Proposition d'assistance humanitaire d'urgence – AMC/AHI*, 2012, p. 13-14.

²⁴ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (2)*, 2012, p. 2.

²⁵ Médecins du Monde Canada, *Proposition d'assistance humanitaire d'urgence – AMC/AHI*, p. 12 ; Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (1)*, 2012, p. 5.



(O2) La prise en charge de personnes atteintes de choléra au niveau communautaire par le développement d'un réseau de Postes de réhydratation orale communautaires (PROC) ;

(O3) L'offre de traitements pour les cas de choléra légers et modérés au niveau institutionnel dans l'UTC du CHAPI ;

(O5) La gestion efficace par le BCSD des interventions de lutte contre le choléra au moyen des structures publiques et communautaires à Cité Soleil, dont les PROC.

La population ciblée dans le cadre des objectifs (O1), (O2) et (O3) était toujours l'ensemble de la population de Cité Soleil et des camps de déplacés s'y trouvant, c'est-à-dire 7 513 personnes déplacées des camps de Cité Soleil, 139 000 personnes des quartiers les plus vulnérables et 400 000 autres résidentes et résidents temporaires ou permanents. Le projet avait comme zones d'intervention plus précises les quartiers de Bois-Neuf, Fort Dimanche, Wharf Soleil, Belekou, Village Rapatrié, Annexe Mairie, Aral 45, Bas Fontaine, Boston, Tapis-Vert, Truitier et Michico²⁶.

L'objectif (O5) visait plutôt le personnel médical et administratif du BCSD, le personnel médical des structures de santé publiques et mixtes de Cité Soleil ainsi que les institutions de santé publiques des communes de Delmas et Tabarre²⁷. L'objectif de ce deuxième projet de la seconde phase était toujours de limiter le taux de mortalité associé au choléra en freinant la propagation de la maladie et en offrant un traitement adéquat pour les personnes affectées²⁸. Cependant, pour atteindre ce résultat final, MdM a implicitement modifié l'objectif (O5) de cette façon :

(O6) La gestion efficace par le BCSD et le *Département sanitaire de l'ouest (DSO) du MSPP* des interventions de lutte contre le choléra par le truchement de structures publiques et communautaires à Cité Soleil, dont les PROC et l'*UTC du CHAPI*.

L'ajout de l'appui du DSO dans l'objectif (O6) reflète à la fois l'impératif d'impliquer le MSPP dans la lutte contre le choléra après le dévoilement récent de son plan, la nécessité d'intégrer la gestion des PROC et de l'UTC du CHAPI dans le système de santé haïtien et la difficulté du BCSD de gérer seul un grand nombre d'interventions à Cité Soleil, tel que mentionné dans les rapports de mission.

Activités réalisées et résultats immédiats

Afin d'atteindre l'objectif de sensibilisation de la population quant au choléra (O1), MdM a poursuivi son travail de formation et de gestion des équipes de brigadières et de brigadiers

²⁶ Secours Catholique, *Rapport narratif final*, 2012, p. 7.

²⁷ Médecins du Monde Canada, *Proposition d'assistance humanitaire d'urgence – AMC/AHI*, p. 1.

²⁸ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (3)*, 2014, p. 5.



communautaires²⁹. Cependant, en raison de son nouvel objectif consistant à assurer la gestion de la lutte contre le choléra par le BCSD (O5), la responsabilité de la gestion des brigadières et des brigadiers a été transférée dès 2012 au BCSD, ce qui constitue une différence importante avec la première phase d'intervention. Ainsi, les activités de MdM ont évolué, de la prise en charge directe des brigades communautaires à l'appui au BCSD pour leur gestion.

Les résultats immédiats de l'objectif (O1) ont été la sensibilisation de 62 647 personnes pour la totalité de la deuxième phase d'intervention de MdM³⁰. Les campagnes de sensibilisation ont pris plusieurs formes, et ont été menées notamment lors du traitement des patientes et des patients dans les PROC, lors de la décontamination des maisons, à l'occasion de séances dans les écoles et lieux de cultes et lors d'activités sur la Journée mondiale du lavage des mains, le 15 octobre.

Pour atteindre l'objectif de prise en charge au niveau communautaire (O2), MdM a aussi appuyé le BCSD afin que celui-ci assume l'entièreté des responsabilités de gestion des PROC. Les résultats immédiats ont été l'ouverture de huit PROC au début de la deuxième phase et de douze dès juillet 2013³¹. Au total, 2 248 personnes ont été traitées dans les PROC, et 1 228 cas sévères ont été transférés vers l'UTC du CHAPI³².

En lien avec l'objectif consistant à offrir un traitement aux patientes et aux patients à l'UTC du CHAPI (O3), MdM a continué à offrir son appui au personnel, incluant des médecins, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des agentes et agents de chloration, des brancardières et des brancardiers et chauffeurs, ainsi qu'à l'infirmière auxiliaire déjà en place au départ³³. Ces embauches et la gestion du personnel ont permis à l'UTC de conserver son statut d'institution de premier ordre pour le traitement des patientes et des patients atteints de choléra, fonctionnant toujours sept jours sur sept. Au total, l'UTC a traité 1 295 patientes et patients et a transféré 338 patientes et patients vers une autre structure hospitalière.

L'objectif de gestion efficace de la lutte contre le choléra par le BCSD à Cité Soleil (O5) était au cœur du premier projet de la deuxième phase d'intervention de MdM. En raison de ce nouvel objectif, les activités de MdM pour atteindre les objectifs (O1), (O2) et (O3) passaient d'interventions directes à des activités d'appui au BCSD. Par conséquent, une partie importante des activités de MdM consistait à développer les compétences du BCSD en

²⁹ Secours Catholique, *Rapport narratif final*, p. 11-12.

³⁰ *Ibid.*, p. 8. En ne comptant que les personnes sensibilisées lors de campagnes de sensibilisation, Médecins du Monde arrive à un total de 34 430 personnes. Voir Médecins du Monde Canada, *Rapport final DAHI/MAECD*, 2014, p. 7.

³¹ Secours Catholique, *Rapport narratif final*, p. 6 ; Médecins du Monde, *Rapport final DAHI/MAECD*, p. 13.

³² Secours Catholique, *Rapport narratif final*, p. 7.

³³ *Ibid.*, p. 9.



matière de ressources humaines et de gestion de projets³⁴. Par exemple, MdM a fait un état de la gestion des ressources humaines, proposé de nouveaux protocoles, créé de nouveaux outils de gestion et offert des formations au personnel du BCSD. Il est évident que la mise au point de l'ensemble des outils de gestion et la formation du personnel du BCSD sont les résultats immédiats de ses activités, bien que ceux-ci n'aient pas été quantifiés précisément.

L'inclusion de la DSO dans la gestion de la lutte contre le choléra au printemps 2013 a transformé l'objectif (O5) en l'objectif (O6). Les activités de MdM se sont alors concentrées sur trois grands axes : la formation continue du personnel administratif et médical du BCSD avec les nouveaux outils de gestions créés ; l'appui au suivi et aux évaluations des structures médicales, dont le BCSD pour la gestion des PROC, et le DSO pour la gestion de l'UTC du CHAPI et la formation médicale à la prise en charge des patientes et des patients pour le personnel du CHAPI et les nouveaux brigadières et brigadiers des PROC³⁵. Les résultats immédiats ont été le développement de capacités en gestion au BCSD par un accompagnement continu ; trois évaluations de l'UTC du CHAPI et cinq évaluations des PROC ; les formations des personnels des PROC et de l'UTC lors d'au moins huit sessions différentes et les formations du personnel médical dans diverses structures de la commune de Cité Soleil.

Phase 3 (2014-2016)

La troisième phase d'intervention de MdM est particulière en ce qu'elle s'étend sur deux territoires et implique deux consortiums différents. Dans cette section, nous divisons cette phase non pas de façon chronologique, mais entre les deux projets distincts ayant chacun son propre consortium, un contexte bien défini ainsi que des objectifs et des activités particulières.

Contexte d'intervention – Projet Cité Soleil

En 2014, plusieurs milliers de personnes déplacées à la suite du séisme de 2010 vivaient toujours dans des camps de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, dont ceux de la commune de Cité Soleil. Ces populations éprouvaient des besoins urgents en matière d'eau potable, d'assainissement et de soins de santé primaire³⁶.

Comme l'a rapporté un intervenant au cours d'une entrevue, la formation d'un consortium entre MdM et Oxfam-Québec s'est faite à la suite d'une suggestion de la part du gouvernement canadien, qui avait reçu deux appels à projets portant sur le choléra dans la même zone. Le consortium a alors initialement planifié une intervention sanitaire d'urgence

³⁴ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (1)*, p. 10-11 ; Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (2)*, p. 11.

³⁵ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (3)*, p. 11-12.

³⁶ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective – Intervention sanitaire d'urgence pour les personnes déplacées vivant dans le camp de Radio Commerce et les quartiers de Village Rapatrié, Truitier et Fontaine, à Cité Soleil, en Haïti – 2014*, Mapou Consulting, 2015, p. 6 ; Oxfam-Québec, *Rapport final – Intervention sanitaire d'urgence pour les personnes déplacées et leurs communautés d'accueil*, 2015, p. 5-6.



dans vingt camps de déplacés de la commune de Cité Soleil. Le projet a dû être modifié rapidement après que le gouvernement haïtien a fermé dix-neuf des vingt camps sans préavis. Après consultation avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le projet a été réorienté vers le camp Radio Commerce et les quartiers Village Rapatrié, Truitier et Fontaine.

En 2015, le consortium a décidé de réorienter ses interventions dans des quartiers où des familles avaient récemment été relocalisées après la fermeture de plusieurs camps de déplacés³⁷. Ainsi, les interventions ont porté sur les quartiers de Drouillard, Projet Drouillard, Pont Rouge, Sarthes ainsi que sur le dernier camp à Cité Soleil : Radio Commerce. En 2016, les interventions étaient planifiées pour Village Rapatrié, Fontaine et Camp Radio³⁸.

Résultats attendus et objectifs – Projet Cité Soleil

Le projet Cité Soleil de la troisième phase s'étendait d'avril 2014 à avril 2017. Ses objectifs étaient la réduction de la mortalité due aux conditions de vie dans les camps à Cité Soleil, la diminution des souffrances des personnes déplacées liées à leurs conditions de vie dans les camps et, plus généralement, « la dignité humaine préservée dans les collectivités en proie à une crise humanitaire³⁹ ». Ainsi, le projet ne consistait plus simplement à lutter contre l'épidémie de choléra, mais, plus largement, à améliorer les conditions de vie dans les camps de personnes déplacées.

Pour ce faire, le consortium Oxfam-Québec et MdM Canada s'était fixé les quatre objectifs suivants :

- (O1) Améliorer l'accès à des services de base eau, hygiène et assainissement (EHA) de qualité ;
- (O2) Améliorer l'accès à des services de prévention et de prise en charge des maladies hydriques pour les populations vulnérables ;
- (O3) Améliorer l'accès aux soins et SSP pour les populations vulnérables ;
- (O4) Améliorer la sécurité, notamment pour les femmes et les filles, dans les zones à risques.

³⁷ Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Proposition d'intervention pour l'amélioration des conditions de santé publique et protection des personnes qui vivent encore dans les camps de Cité Soleil et de celles qui ont bénéficié d'un plan de relocalisation à l'intérieur de cette commune – Haïti (2015-2016)*, 2015, p. 10.

³⁸ Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Intervention pour l'accès à la santé en situation d'urgence épidémique et le renforcement de l'accès à l'eau potable et à des infrastructures sanitaires de qualité pour les personnes déplacées (Radio Commerce) et relocalisées (Village Rapatrié et Fontaine), commune de Cité Soleil, Haïti*, Oxfam-Québec/Médecins du Monde Canada, 2016-2017, 2015, p. 15.

³⁹ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 6-8 ; Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 6 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Proposition d'intervention*, 2015a, p. 10 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Proposition d'intervention*, 2015 b, p. 15.



La population ciblée en 2014 était les 40 500 personnes (20 876 femmes et 19 624 hommes) vivant dans le camp de Radio Commerce et les quartiers de Village Rapatrié, Truitier et Fontaine. En 2015, elle était de 102 773 personnes vivant dans les quartiers de Drouillard, Projet Drouillard, Pont Rouge, Sarthes, Village Rapatrié, Truitier, Fontaine et Radio Commerce. En 2016, la population ciblée était les 44 500 personnes habitant Village Rapatrié, Fontaine et Camp Radio.

Activités réalisées et résultats immédiats – Projet Cité Soleil

Le consortium du projet Cité Soleil était mené par Oxfam-Québec, qui pilotait le volet EHA. Pour sa part, MdM était responsable du volet santé et soins, alors que la sécurité était un objectif partagé par les deux organismes. Par conséquent, MdM s'est concentré sur les objectifs (O2), (O3) et (O4) pour ce projet.

En ce qui concerne le secteur santé, MdM a d'abord organisé un ensemble d'activités s'apparentant à la prise en charge directe de la première phase d'intervention⁴⁰. MdM a poursuivi son approche de traitement des cas de choléra par la supervision d'équipes de brigadières et de brigadiers communautaires dans des PROC, qui ont traité un total de 1 202 cas de diarrhées aiguës en 2014 et ont référé les cas plus sévères vers le PROC avancé de Fontaine ou l'UTC du CHAPI. Des agentes et agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) ont appuyé les brigadières et les brigadiers et graduellement pris leur relève. Cependant, en 2016, l'intervention de MdM semble s'être réorientée vers l'appui aux structures de santé du gouvernement haïtien déjà existantes. La supervision des brigadières et des brigadiers et des ASCP a été confiée à l'Unité mobile polyvalente formée d'une infirmière et d'une hygiéniste⁴¹. Les ASCP leur réfèrent les cas de diarrhées aiguës qui ont tous été traités au PROC avancé de Fontaine et à l'UTC du CHAPI, pour un total de 1 266 en 2016.

Entre 2014 et 2016, les brigadières et les brigadiers ainsi que les ASCP ont sensibilisé 121 158 personnes au choléra et aux mesures d'hygiène nécessaires pour limiter sa transmission, entre autres lors de visites dans les écoles des quartiers. MdM a aussi formé ce nouveau personnel et supervisé la mise en place d'un système d'alerte épidémiologique communautaire. Enfin, MdM a accompagné le personnel médical du CHAPI et du PROC avancé du Centre de santé de Fontaine (un établissement privé) pour renforcer ses capacités de traitement des cas de choléra.

⁴⁰ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 18-20 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2015, p. 20-27 ; Oxfam-Québec, *Rapport final – Intervention pour l'amélioration des conditions de santé publique et protection des personnes qui vivent encore dans les camps de Cité Soleil et de celles qui ont bénéficié d'un plan de relocalisation à l'intérieur de cette commune – Haïti (2015-2016)*, 2016, p. 22-24.

⁴¹ Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final – Intervention pour l'accès à la santé en situation d'urgence épidémique et le renforcement de l'accès à l'eau potable et à des infrastructures sanitaires de qualité pour les personnes déplacées (Radio Commerce) et relocalisées (Village Rapatrié et Fontaine), commune de Cité Soleil, Haïti, Oxfam-Québec/Médecins du Monde Canada, 2016-2017*, 2017, p. 21-22.



Pour le secteur protection, MdM a participé à cinq formations destinées au personnel du CHAPI et de Fontaine sur les formes de violences envers les femmes et les filles, l'accompagnement des femmes et des filles violentées, la prévention et la collecte des données sur ces types de violences⁴². MdM a aussi participé à deux formations pour les brigadières et les brigadiers communautaires, les ASCP et le personnel de soutien du CHAPI et de Fontaine portant sur des sujets similaires. Le résultat immédiat était qu'au total, 127 personnes ont été sensibilisées aux violences basées sur le genre (VBG).

Contexte d'intervention – Projet département du Nord-Ouest

Fin 2013, plusieurs spécialistes semblaient croire que le nombre de nouveaux cas de choléra augmenterait en 2014⁴³. Un grand nombre de communautés n'avaient toujours pas accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates depuis le tremblement de terre. De plus, le départ progressif de plusieurs organisations humanitaires depuis 2012 semblait aussi augmenter les risques de contamination et de mortalité, puisque le MSPP peinait à poursuivre son travail par manque de financement. L'accès à des installations médicales pour le traitement du choléra et les activités de sensibilisation diminuaient ainsi avec le départ de nombreuses ONG. Le système de surveillance épidémiologique du MSPP connaissait aussi des difficultés au niveau de la collecte de données et de la transmission des résultats. Enfin, l'intégration de CTC au MSPP avait mené à une détérioration de leurs conditions en EHA en raison des capacités limitées du MSPP.

En raison de cette situation préoccupante, un consortium formé de l'OPS, du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS), de l'OIM et de plusieurs chapitres de MdM (Canada, Argentine, Espagne, Belgique et France) a déposé une demande de financement auprès du Fonds central d'intervention d'urgence (FCIU) pour contribuer à une intervention forte face à l'épidémie de choléra en 2014 dans l'ensemble des départements d'Haïti.

Résultats attendus et objectifs – Projet département du Nord-Ouest

Le premier projet du consortium s'est étendu de février 2014 au 31 décembre 2014. Les objectifs du projet étaient de réduire les taux de transmission et de mortalité liés au choléra en 2014⁴⁴. Le consortium visait l'atteinte de ces objectifs en déployant des équipes mobiles dans l'ensemble des départements du pays pour soutenir le MSPP dans sa stratégie de lutte contre le choléra. Le travail de ces équipes mobiles se devait d'être multisectoriel et de

⁴² Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 20-22 ; Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 28-30 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 27-28.

⁴³ Organisation panaméricaine de la santé, Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets et Organisation internationale pour les migrations, *Agency Project Proposal to the Central Emergency Response Fund – Reinforcement of the response to cholera outbreaks in all Departments mainly in those considered high priority and support to the national coordination for cholera response in the Ministry of Health*, 2014, p. 2-4.

⁴⁴ OPS et al., *Agency Project Proposal to CERF*, p. 4-5.



contribuer au renforcement des capacités des instances locales du MSPP dans leurs efforts de lutte contre le choléra. Pour ce projet, MdM Canada était responsable du département du Nord-Ouest avec l'OIM.

Il est possible de décomposer la mission multisectorielle des équipes mobiles en un ensemble de trois objectifs distincts⁴⁵ :

- (O1) Améliorer la surveillance épidémiologique et le dépistage des cas de choléra ;
- (O2) Améliorer la gestion et la prise en charge des cas de choléra par les autorités sanitaires locales ;
- (O3) Intensifier les campagnes de sensibilisation sur la transmission du choléra.

Les populations ciblées étaient les communautés locales, soit environ 695 502 personnes au total dans le département du Nord-Ouest⁴⁶, ainsi que le personnel médical du département. Ces objectifs sont similaires aux objectifs des première et deuxième phases, mais le contexte d'intervention dans le département du Nord-Ouest en 2014 était très différent de celui de la commune de Cité Soleil entre 2010-2014.

Activités réalisées et résultats immédiats – Projet département du Nord-Ouest

L'une des premières activités réalisées par MdM dans le département du Nord-Ouest a été d'évaluer la situation dans les établissements mis en place pour la lutte contre le choléra⁴⁷. De concert avec la Direction sanitaire du Nord-Ouest (DSNO), MdM a pu inspecter les UTC, CTC et PROC de six des dix communes du département. Dans son rapport d'évaluation, MdM a souligné les nombreux défis auxquels ces structures faisaient face : espaces dédiés au choléra non appropriés, absence de protocoles de prise en charge et manque d'intrants et de matériel médical dans les centres de santé (CS). Ces problèmes étaient souvent exacerbés par de grandes difficultés d'accès à certains centres de traitement en raison de l'absence de routes et du manque de ressources financières de la Direction sanitaire du Nord-Ouest (DSNO)⁴⁸.

Afin d'atteindre l'objectif (O1), MdM a mis sur pied quatre formations sur la surveillance épidémiologique destinées au personnel de la DSNO dédié à la lutte contre le choléra, c'est-à-dire : l'équipe mobile d'intervention rapide (EMIR), constituée de quatre infirmières, de

⁴⁵ *Ibid.*, p. 5-6.

⁴⁶ Médecins du Monde Canada, *Rapport final – Projet de renforcement de la préparation et de la réponse aux urgences liées à l'épidémie de choléra dans le département du Nord-Ouest*, 2014, p. 1.

⁴⁷ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'évaluation des CTC, UTC, PRO de six des dix communes du département du Nord-Ouest*, 2014.

⁴⁸ Médecins du Monde Canada, *Rapport intermédiaire – Projet de renforcement de la préparation et de la réponse aux urgences liées à l'épidémie de choléra dans le département du Nord-Ouest*, 2014, p. 2-3.



trois auxiliaires infirmières, de deux sensibilisateurs et d'un technicien EHA, ainsi que le coordonnateur choléra de la DSNO⁴⁹.

La plupart des activités de MdM visaient à assurer une bonne gestion de la prise en charge des cas de choléra par les autorités sanitaires locales (O2). Dans un premier temps, MdM a rencontré le coordonnateur choléra de la DSNO pour évaluer l'état de la situation mentionnée plus haut et mettre en place des solutions pour pallier les problèmes identifiés⁵⁰. MdM a ensuite offert des formations aux membres de l'EMIR sur l'évaluation des patientes et des patients, les protocoles de prise en charge et la promotion de l'hygiène. MdM a aussi supervisé les formations données par la DSNO au personnel des UTC, CTC et des PROC des communes ciblées. Un intervenant a rapporté en entrevue que MdM a aussi pris part à certains déploiements des équipes EMIR pour assurer le dépistage et le traitement de cas de choléra. Les résultats immédiats ont été la formation des équipes choléra de la DSNO, de 52 infirmières et infirmières auxiliaires et de 84 brigadières et brigadiers dans tout le département.

Pour atteindre l'objectif (O2), MdM a aussi fait en sorte d'assurer l'approvisionnement des UTC, CTC et PROC du département – un enjeu identifié dans le bilan de l'état de la situation. MdM a appuyé la DSNO pour dresser un inventaire des intrants médicaux et non médicaux requis, distribuer ses intrants et créer un stock de contingence pour d'éventuelles flambées de choléra⁵¹. MdM a aussi participé à la réhabilitation de quinze structures de prise en charge du choléra, de latrines et d'incinérateurs pour la gestion sécuritaire des déchets. Enfin, MdM a effectué 75 visites de supervision des installations conjointement avec la DSNO pour assurer l'application des protocoles du MSPP.

Enfin, MdM a intensifié les campagnes de sensibilisation (O3) en participant à la création et à la formation de comités de lutte contre le choléra dans chaque section communale⁵². Contrairement aux brigadières et aux brigadiers des PROC, qui mènent des campagnes de sensibilisation et font de la prise en charge des patientes et des patients, les comités de lutte semblent avoir concentré leurs activités sur la sensibilisation au choléra et sur sa transmission. MdM a aussi offert aux comités du matériel didactique pour leur campagne de sensibilisation.

⁴⁹ Médecins du Monde Canada, *Rapport final – Projet de renforcement de la préparation et de la réponse aux urgences liées à l'épidémie de choléra dans le département du Nord-Ouest*, 2014, p. 6.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 6-8.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*



Phase 4 (2016-2017)

Contexte d'intervention

La quatrième phase d'intervention de MdM est marquée par le travail avec d'autres chapitres de MdM provenant de cinq pays différents : le Canada, la France, l'Espagne, la Belgique et l'Argentine. Le consortium s'est mis en place au printemps 2015 et a obtenu un financement en 2016 pour appuyer les acteurs sanitaires dans leur lutte contre le choléra dans différents départements. Plusieurs intervenantes et intervenants ont expliqué en entrevue que l'une des particularités de cette phase est que les bailleurs de fonds, ECHO et l'OMS, ont exigé que le travail des ONG soit divisé dans chaque département de la façon suivante : les acteurs de la santé opéreraient désormais dans les institutions, alors que les acteurs EHA seraient chargés des interventions communautaires. Cette nouvelle stratégie a structuré l'action du consortium, incluant les activités de MdM Canada dans le département du Nord-Ouest.

Le projet du consortium de MdM a été formulé à la suite d'une étude de besoins effectuée sur l'ensemble des zones où un chapitre de MdM était présent⁵³. Cette étude s'est basée sur la récolte de données épidémiologiques pour l'année 2015 pour prévoir les besoins en 2016. Les différents chapitres de MdM ont de plus mené des évaluations SWOT (forces [*strength*], faiblesses [*weaknesses*], opportunités [*opportunities*], menaces [*threats*]) dans leurs zones d'intervention respectives et les résultats ont été collectés et validés au début de l'année 2016. Ces analyses ont permis de relever les faiblesses et les opportunités au niveau de la prise en charge des cas de choléra dans l'ensemble des départements, incluant des difficultés en milieu institutionnel au niveau de la prise en charge des patientes et des patients, du remplissage des dossiers, de la surveillance épidémiologique et de la gestion des stocks.

Tel que mentionné dans les rapports consultés et lors des entrevues, la phase quatre est aussi marquée par la volonté des bailleurs de fonds d'établir une cellule d'urgence pour répondre rapidement aux flambées de choléra⁵⁴. La cellule d'urgence était une tentative pour couvrir les zones où les autorités sanitaires n'étaient pas en mesure d'intervenir en cas de flambées. Ce projet semble avoir été entamé à la fin de l'année 2015, mais de nouveaux efforts pour renforcer les capacités de la cellule d'urgence ont été déployés en 2016.

Objectifs et résultats immédiats attendus

Le résultat final escompté du travail en consortium était de réduire le taux de mortalité lié au choléra en Haïti.⁵⁵ Les actions du consortium étaient principalement concentrées sur la prise

⁵³ Médecins du Monde Espagne, *Rapport narratif remis à l'European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO)*, 2017, p. 7-11.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 2.

⁵⁵ *Ibid.*



en charge rapide et efficace des cas de choléra. Les rapports finaux du projet énumèrent trois objectifs pour atteindre le résultat final :

- (O1) Appuyer les structures de soins pour assurer la qualité de la prise en charge des patientes et des patients atteints de choléra ;
- (O2) Mettre en place une cellule d'urgence en collaboration avec les autorités sanitaires et les acteurs EHA afin d'intervenir rapidement lors des flambées de choléra dans les zones où les effectifs de prise en charge sont insuffisants ;
- (O3) Appuyer le système de collecte, d'analyse et de suivi des données épidémiologiques afin d'assurer la communication des alertes auprès des acteurs concernés.

Les zones couvertes par l'intervention étaient principalement la Grand'Anse, les Nippes, le département du Sud, les Palmes, la zone métropolitaine, le Bas Artibonite et le département du Nord-Ouest. Certaines interventions pouvaient aussi être menées dans d'autres zones en cas de besoin, notamment par le déploiement de la cellule d'urgence. MdM Canada était pour sa part présent dans le département du Nord-Ouest et la zone métropolitaine.

Activités réalisées et résultats immédiats

Le consortium MdM était constitué d'un Comité de pilotage comprenant une coordonnatrice ou un coordonnateur ainsi que les chefs de missions, et un Comité technique formé des coordonnatrices et des coordonnateurs de terrain et de la personne coordonnant le Comité de pilotage⁵⁶. Le Comité de pilotage était chargé de la planification du projet, des relations avec les partenaires centraux, incluant les bailleurs de fonds et le gouvernement haïtien, ainsi que de la rédaction des rapports finaux. Pour sa part, le Comité technique organisait des réunions pour discuter des activités menées par le consortium à travers les départements, échanger les meilleures pratiques et identifier les problèmes pour que le Comité de pilotage puisse par la suite mener des plaidoyers auprès du MSPP et des directions sanitaires.

Chaque chapitre de MdM était responsable des interventions et des relations avec ses partenaires d'intervention respectifs. Néanmoins, les comités du consortium ont veillé à ce que les protocoles choisis soient appliqués de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. Cette tâche a requis la mise en place d'un Comité de suivi, puisque des écarts entre les protocoles et la pratique sur le terrain ont été constatés dans certains départements.

Des intervenantes et des intervenants ont expliqué en entrevue que les activités de MdM Canada dans le département du Nord-Ouest et la zone métropolitaine à l'époque

⁵⁶ Les entrevues ont permis de reconstruire le fonctionnement général du consortium MdM.



consistaient principalement à appuyer les autorités sanitaires locales pour la prise en charge des patientes et des patients en milieu institutionnel. Les autorités sanitaires locales avaient déjà un plan adapté à la situation du département et MdM s'est joint à leurs efforts. Ainsi, MdM a participé au triage des patientes et des patients, à l'offre de soins selon les protocoles du MSPP ainsi qu'à l'éducation des patientes et des patients et de leur famille quant à la prévention de la propagation du choléra. Des visites de supervision ont été menées par les équipes de MdM en collaboration avec des membres du personnel médical local, afin de s'assurer de la qualité des soins et de l'application des protocoles du MSPP. MdM a aussi offert des formations au personnel médical en place pour améliorer la prise en charge des patientes et des patients⁵⁷.

Pour la zone métropolitaine, 3 264 patientes et patients ont été pris en charge et ce sont 110 prestataires de soins et cadres des autorités sanitaires qui ont reçu une assistance technique, alors que pour le Nord-Ouest, les chiffres sont de 2 296 patientes et patients pris en charge et 95 prestataires de soins et cadres des autorités sanitaires ayant reçu une assistance technique⁵⁸.

Tel que mentionné en entrevue, MdM a aussi apporté un soutien logistique aux autorités sanitaires, notamment en contribuant aux pools d'urgence en termes d'intrants et de médicaments. Des équipes de MdM ont aussi participé à la réfection d'infrastructures, comme certains Centres de traitement des diarrhées aiguës (CTDA). Enfin, MdM a appuyé le système de surveillance épidémiologique basé sur la transmission du nombre de cas détectés au niveau communautaire dans les Unités et les CTC vers les directions communales et départementales.

Phase 5 (2017-2019)

Contexte d'intervention

La fin de l'année 2016 a été marquée par une augmentation du nombre de cas de choléra en Haïti, notamment en raison de l'ouragan Matthew⁵⁹. Plusieurs infrastructures permettant l'accès à une source d'eau potable et à des soins de base ont été détruites ou endommagées suite à son passage. L'ouragan a aussi causé de nombreux dégâts au système de veille épidémiologique, notamment aux registres et voies de communication.

L'année 2016 a aussi montré la place importante que joue le consortium MdM dans la lutte contre le choléra⁶⁰. Malgré une mise à jour du Plan national d'élimination du choléra, MdM jugeait à l'époque que le gouvernement haïtien avait diminué le financement des activités

⁵⁷ Médecins du Monde Espagne, *Rapport narratif remis à l'European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO)*, 2017, p. 10-11.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 12.

⁵⁹ Médecins du Monde Canada, *Gabarit de fiche sommaire du projet [remis à Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada]*, 2017, p. 7-10.

⁶⁰ *Ibid.*



menées par les acteurs de la santé aux niveaux institutionnel et communautaire. Sur les 41 421 cas suspects et 369 décès institutionnels en 2016, MdM rapporte avoir appuyé la prise en charge de 16 827 cas, soit 40,62 %.

Dans ce contexte, le consortium MdM a mis à jour l'analyse SWOT effectuée en 2015 pour ajuster sa stratégie d'intervention pour les années 2017 et 2018⁶¹. Cette analyse a révélé de nombreux enjeux aux niveaux institutionnel (rotation du personnel médical en raison de salaires impayés, détérioration des infrastructures, accès limité aux médicaments, problèmes de communication de l'information aux instances décisionnelles) et communautaire (manque de ressources pour assurer les déplacements). MdM souligne aussi que sa présence et son expérience dans sept des dix départements constituent un atout important pour relever ces défis et poursuivre la lutte contre le choléra en Haïti⁶².

Le projet proposé au bailleur de fonds (ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement Canada – MAECD) prévoit ainsi une nouvelle stratégie à long terme pour renforcer les capacités des autorités sanitaires afin de faire face à l'épidémie de choléra tout en tenant compte des faiblesses et des opportunités recensées.

Objectifs et résultats attendus

Le résultat final escompté du projet était de réduire le taux de mortalité lié au choléra en Haïti et de préserver la dignité des collectivités en proie à la crise humanitaire⁶³. Il s'articulait autour des deux objectifs principaux suivants :

- (O1) Accroître les capacités de surveillance épidémiologique et de réponses d'urgence en cas de flambées au niveau institutionnel ;
- (O2) Accroître l'accès à des services de prévention, de détection, de référencement et de réponses choléra médicalisées au niveau communautaire.⁶⁴

Les zones couvertes par l'intervention étaient le département de l'Ouest, la Grand'Anse, le département du Sud, le Bas Artibonite, le département du Nord-Ouest et le Bas Plateau Central. Ces zones ont été choisies en fonction des besoins identifiés par le Plan de Réponse Humanitaire et des taux de létalité institutionnelle élevés. MdM Canada était présent dans les départements de l'Ouest, du Nord-Ouest, dans la zone métropolitaine ainsi que dans la Commune de Cité Soleil.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*, p. 10-11.

⁶³ *Ibid.*, p. 37-39.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 10.



Activités et résultats immédiats

Afin d'atteindre l'objectif (O1), le consortium de MdM a travaillé au renforcement des capacités de gouvernance des autorités sanitaires, notamment en effectuant 181 visites (dont 173 conjointes) de Centres de traitement de diarrhées aiguës (CTDA) pour renforcer leurs capacités à évaluer et à améliorer la prise en charge des patientes et des patients⁶⁵. Les CTDA, relevant du MSPP, étaient des structures sanitaires temporaires séparées du réseau public dédiées à la prise en charge médicale des personnes atteintes de choléra, incluant les hospitalisations et les suivis. Les équipes de MdM ont aussi appuyé les Directions sanitaires pour assurer 84 déploiements de pools d'urgence, constitués de personnels médicaux et EHA, lorsque celles-ci le jugeaient nécessaire. Le consortium a installé quatre structures sanitaires temporaires dans la zone métropolitaine et l'Artibonite pour faciliter l'accès aux soins et limiter la propagation en cas d'urgence et de flambées.

En ce qui concerne l'objectif (O1), MdM a aussi renforcé les services de prévention et de prise en charge des cas de diarrhées aiguës dans les CTDA, notamment en apportant un appui pour la prise en charge de 3 874 patientes et patients⁶⁶. Les membres du consortium ont analysé les dossiers de 3 172 patientes et patients dans les CTDA pour évaluer les soins prodigués et revoir les plans de traitement afin d'assurer une prise en charge de qualité. MdM a aussi effectué 820 appuis techniques ou compagnonnages des personnels pour l'organisation des CTDA, la surveillance épidémiologique, la gestion des déchets et la prise en charge des patientes et des patients. Enfin, MdM a aussi réhabilité 26 structures de prise en charge des patientes et des patients.

Pour l'objectif (O1), MdM a enfin appuyé les efforts des Directions sanitaires pour la surveillance épidémiologique⁶⁷. Les membres du consortium ont participé à l'organisation de 91 rencontres sectorielles à travers les départements afin d'assurer un relais efficace d'information sur la situation épidémiologique entre les équipes d'intervention sur le terrain et les Directions sanitaires. MdM a aussi participé à l'acheminement des selles de 1 871 patientes et patients vers le Laboratoire national pour détecter les cas suspects de choléra.

Afin d'atteindre l'objectif (O2), le consortium de MdM a pris part à des campagnes de sensibilisation et de prévention de manière directe et indirecte, incluant la sensibilisation de

⁶⁵ Médecins du Monde Canada, *Rapport final de projet de la MHD – Appui à la réponse dans 6 départements en Haïti 2017-2019 [soumis à Affaires mondiales Canada]*, 2019, p. 10 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe au rapport final de projet de la MHD – Appui à la réponse dans 6 départements en Haïti 2017-2019 [soumis à Affaires mondiales Canada]*, 2019, p. 2-5.

⁶⁶ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2019, p. 10-11 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe*, 2019, p. 6-12.

⁶⁷ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2019, p. 11-12 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe*, 2019, p. 12-14.



160 837 personnes lors des cordons sanitaires et des visites domiciliaires⁶⁸. De plus, les équipes de MdM ont formé 41 leaders communautaires et 398 membres d'organisations communautaires de base sur la réhydratation orale, le référencement vers le CTDA le plus proche et les messages de sensibilisation aux familles des malades.

Pour l'objectif (O2), MdM a aussi fait en sorte de prévoir une intervention systématique devant les flambées de choléra, la plupart du temps en partenariat avec les acteurs institutionnels ou communautaires⁶⁹. Au total, 1 706 personnes ont bénéficié d'une intervention dans un délai de 48 heures lors d'une alerte provenant d'un CTDA ou d'un réseau communautaire.

Pour l'objectif (O2), le consortium a enfin travaillé au renforcement de la collaboration entre les Directions sanitaires et les réseaux communautaires, afin que ceux-ci puissent relayer efficacement les données quant aux éclosions de cas de choléra pour la surveillance épidémiologique⁷⁰. Tel que noté dans les rapports finaux consultés, les activités du consortium ont permis de bâtir des relations de confiance entre les acteurs institutionnels et communautaires dans les départements. Au total, 12 % des alertes de flambées ont été notifiées grâce au soutien du réseau communautaire.

Phase 6 (2019-2020)

Contexte d'intervention

Avant de formuler la proposition de projet de la sixième phase d'intervention, MdM a effectué une évaluation de la réponse choléra de 2018 du gouvernement haïtien en concertation avec les Directions départementales sanitaires (DDS) et les Coordonnateurs des maladies infectieuses (CMI)⁷¹. Cette évaluation a mené MdM à développer un nouveau projet visant à intensifier les efforts d'intervention rapide pour maîtriser les nouveaux foyers d'éclosion. Le seul bailleur de fonds de ce projet était Affaires mondiales Canada (AMC).

Résultats attendus et objectifs

L'objectif du projet de la sixième phase d'intervention de MdM était de réduire la mortalité et la morbidité causées par les flambées de choléra et d'autres maladies hydriques⁷². MdM prévoyait d'atteindre ce résultat à l'aide de trois objectifs distincts, dont deux similaires aux objectifs des projets de la deuxième phase :

⁶⁸ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2019, p. 12-13 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe*, 2019, p. 14-15.

⁶⁹ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2019, p. 13 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe*, 2019, p. 15-16.

⁷⁰ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2019, p. 13 ; Médecins du Monde Canada, *Annexe*, 2019, p. 16.

⁷¹ Médecins du Monde Canada, *Fiche sommaire du projet de la MHD – Cellule d'urgence nationale en appui à la réponse choléra médicalisée 2019-2020*, 2019, p. 3-4.

⁷² *Ibid.*, p. 3-5.



- (O1) Améliorer l'accès aux services de prise en charge des cas de diarrhées aiguës de qualité et adaptés aux personnes affectées par les flambées dans les départements ciblés ;
- (O2) Accroître les capacités de gestion des flambées de choléra par les autorités sanitaires dans quatre départements ;
- (O3) Améliorer l'accès à des services de prise en charge rapide et de qualité pour les personnes les plus vulnérables et isolées géographiquement.

Le projet ciblait les populations de quatre départements précis, soit ceux du Nord-Ouest, de l'Artibonite, de l'Ouest et du Centre, pour un total de 213 254 bénéficiaires (100 240 femmes et 113 014 hommes)⁷³.

Activités réalisées et résultats immédiats

Afin d'améliorer l'accès aux services de prise en charge (O1), MdM a fait en sorte de mettre à jour les « pools d'urgence » en cas de flambées de choléra dans les départements qui en avaient besoin⁷⁴. Les pools d'urgences de chaque département sont formés de médecins, d'infirmières, d'auxiliaires et d'hygiénistes ayant de l'expérience dans la prise en charge du choléra et pouvant être déployés rapidement en cas de flambées. Alors que 80 % des départements avaient un pool d'urgence en place au début du projet, 100 % d'entre eux disposaient d'une liste de personnel médical d'urgence à l'été 2020. En plus de participer à leur mise en œuvre, MdM a offert des formations à 269 membres du personnel des pools d'urgence⁷⁵.

Bien qu'il n'y ait pas eu de flambées de choléra pendant la durée de cette phase, les pools d'urgence ont été utiles à quelques reprises lorsque le personnel en place ne pouvait offrir des soins 24 heures sur 24. Cela a notamment été le cas dans les départements du Centre et de l'Artibonite, où du personnel médical, parfois payé directement par MdM, a été mobilisé pendant respectivement 3 et 5 mois et pris en charge un total de 105 patientes et patients atteints de diarrhées aiguës.

En ce qui concerne l'objectif d'accroître les capacités de gestion des flambées de choléra (O2), MdM a aidé les Directions départementales sanitaires (DDS) à développer des plans de contingence pour faire face à une éventuelle épidémie⁷⁶. Pour les départements du Centre et de l'Ouest, MdM a participé à l'élaboration de procédures pour répondre à différents scénarios de nouveaux cas de choléra. Ces plans de contingence ont permis de clarifier les rôles de divers intervenantes et intervenants dans les départements, les coordonnatrices et

⁷³ *Ibid.*, p. 3.

⁷⁴ Médecins du Monde Canada, *Rapport final Projet cellule d'urgence nationale en appui à la réponse choléra médicalisée (CUNARC)*, 2020, p. 8-9.

⁷⁵ Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2020, p. 13.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 9.



coordonnateurs de maladies infectieuses en particulier. Puisque le département de l'Artibonite avait déjà un plan de contingence, MdM a plutôt pris part à la table de concertation pour comprendre l'intervention en cas de flambées et clarifier les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Une approche similaire a été adoptée avec le département du Nord-Ouest, puisque la situation sécuritaire a empêché MdM de s'y déplacer.

Afin d'appuyer les DDS dans leurs interventions contre d'éventuelles flambées de choléra, MdM a aussi accompagné les coordonnatrices et les coordonnateurs de maladies infectieuses lors de 17 visites de supervision des CTDA⁷⁷. MdM a ainsi pu soutenir les DDS dans leur supervision et leur évaluation de l'organisation de la prise en charge des patientes et des patients et de sa qualité. Au total, MdM a appuyé 47 intervenantes et intervenants dans quatre départements.

Une autre activité de MdM destinée à renforcer les capacités des autorités sanitaires a consisté à travailler à l'amélioration du système de surveillance épidémiologique⁷⁸. En collectant les données épidémiologiques lui-même, MdM a pu corriger quelques erreurs et retards dans la collecte des DDS.

En ce qui concerne l'objectif consistant à améliorer l'accès à des services pour les personnes vulnérables et isolées géographiquement (O3), MdM a pallié les difficultés d'approvisionnement en matériel et en médicaments pour les équipes des différents départements⁷⁹. En s'assurant de la disponibilité du matériel requis dans chaque département et dans les entrepôts de MdM, les capacités locales d'intervention et de prise en charge de cas ont été consolidées, comme le suggère l'intervention menée suite à une alerte lancée dans le département du Centre. Une équipe mobile d'intervention rapide et MdM ont pu se déplacer sur les lieux et installer une structure temporaire, bien qu'il se soit avéré plus tard qu'il s'agissait d'une fausse alerte.

⁷⁷ Ibid, p. 10.

⁷⁸ Ibid, p. 10-11.

⁷⁹ Ibid p. 11.



Chapitre 4 – Analyse des interventions de MdM

L'évaluation des interventions de MdM a été effectuée à partir d'une analyse globale des documents consultés et des entrevues de membres du personnel de MdM. En raison de la grande variété d'interventions sur une période de dix ans, les critères d'analyse ont généralement été appliqués séparément par rapport aux phases d'intervention.

Pertinence

Pour des fins d'analyse, il a été déterminé qu'une intervention était pertinente lorsqu'elle répondait à des besoins réels et qu'elle s'harmonisait avec la stratégie des autorités sanitaires. Si les documents consultés et les intervenantes et intervenants rencontrés démontraient la crédibilité d'une intervention, celle-ci était jugée pertinente. Par conséquent, la présente analyse ne permet pas de conclure que les interventions de MdM étaient *les plus pertinentes* dans les circonstances, ce qui requerrait une analyse sur le terrain ou une comparaison avec d'autres types d'interventions effectuées dans des circonstances similaires.

2010-2012 : une intervention rapide devant l'urgence des premières flambées de choléra

Les interventions de MdM pendant la première phase étaient pertinentes à plusieurs niveaux. Premièrement, le contexte immédiat de l'intervention était marqué par l'urgence d'agir et une grande incertitude face au choléra. Seuls deux jours séparent la découverte officielle de cas de choléra et la première réunion de MdM Canada avec l'UCS de Delmas pour coordonner l'intervention face à l'épidémie. De plus, plusieurs intervenantes et intervenants ont souligné lors d'entrevues que MdM Canada, comme la plupart des organismes en Haïti ainsi que le ministère de la Santé publique et de la Population et le réseau de la santé, n'avait pas d'expérience de lutte contre le choléra au début de l'épidémie.

Malgré ces difficultés, MdM a pu mettre rapidement en place une UTC ainsi que des protocoles de soins efficaces, notamment grâce à l'expertise partagée par Médecins Sans Frontières (MSF). Tel que rapporté lors d'entrevues, des membres de l'équipe de MdM Canada ont pu visiter le CTC développé par MSF et s'inspirer de leurs protocoles. Néanmoins, MdM a dû rapidement développer par lui-même un savoir-faire pour certains aspects critiques de la lutte contre le choléra, dont l'aménagement de l'UTC et la production de solutions de désinfection.

De plus, la mise en place de l'UTC à Cité Soleil correspondait aux besoins identifiés par les autorités sanitaires de la commune. L'action de MdM a été planifiée à la suite d'une demande d'aide de l'UCS et d'une rencontre de coordination pour faire face à l'épidémie de choléra. Les autorités sanitaires ont notamment recommandé que la prise en charge des cas



de choléra s'effectue dans une institution aménagée par MdM de manière séparée du réseau de la santé, incluant l'hôpital de référence de la commune de Cité Soleil. En outre, les interventions de MdM au niveau des PROC et de l'UTC correspondaient à la stratégie et aux protocoles du MSPP, qui a jugé les soins de l'UTC d'excellente qualité après une évaluation⁸⁰.

Enfin, les activités de MdM au niveau communautaire visaient certaines communautés parmi les plus vulnérables dans le département. Le choix de quartiers pour l'établissement de PROC s'est fait sur la base d'une étude de besoins complétée en mai 2010, identifiant les quartiers ayant les plus grands besoins en matière d'accès aux soins et à des installations sanitaires adéquates dans une commune où l'insécurité est très élevée. L'établissement des PROC ainsi que leur gestion ont aussi été menés en coopérant avec les groupes armés contrôlant certains quartiers, ce qui a permis de faire en sorte que les activités de prévention et de soins de première ligne rejoignent les populations vulnérables dans des quartiers où aucune autre organisation internationale n'était présente en raison de l'insécurité élevée.

2012-2014 : le passage aux renforcements des capacités

Les interventions de MdM durant la deuxième phase représentent une période d'ajustement causée par le nouveau Plan de lutte contre le choléra du MSPP en 2013. Alors qu'au début de l'épidémie, les interventions de MdM visaient à offrir des soins et des services directement à la population, elles devaient lors de cette phase plutôt soutenir les efforts des autorités sanitaires locales en matière de prise en charge des patientes et des patients et de prévention.

Les interventions de MdM sont demeurées pertinentes lors de la deuxième phase, puisqu'elles ont su s'adapter afin de correspondre à la stratégie du MSPP et aux besoins des autorités sanitaires à Cité Soleil pour mettre en œuvre le nouveau Plan national de lutte contre le choléra. Cependant, il est important de souligner que la nouvelle politique du MSPP a requis d'importants changements et des efforts substantiels de la part de MdM pour aligner son action sur les priorités du gouvernement haïtien.

D'une part, le réseau de prévention, surveillance et prise en charge des cas de choléra composé des PROC et de l'UTC constituait un système parallèle aux institutions de santé publiques, notamment le BCSD de la commune. Or, le MSPP prévoyait dans son nouveau plan que la lutte contre le choléra serait prise en charge directement par les institutions du système de santé public. D'autre part, le CHAPI offrait un traitement des cas de choléra indépendant du système de santé haïtien.

⁸⁰ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 15.



Dans ce nouveau contexte, MdM a modifié ses interventions de manière importante, se concentrant notamment sur le renforcement des capacités du BCSD et de la DSO. Au lieu de superviser directement les PROC et la prise en charge de patientes et de patients, MdM a plutôt fait en sorte de transférer la gestion de ces institutions aux autorités sanitaires locales. Cette transition a graduellement mené à la fermeture des PROC gérés par les communautés locales et soutenus financièrement par MdM, ce qui a causé un mécontentement important dans certains quartiers réfractaires à cette réorganisation.

Ce changement important de type d'intervention a été noté par plusieurs personnes lors des entrevues. Certaines ont suggéré que MdM aurait peut-être dû réfléchir dès les premiers mois de l'épidémie aux éventuels problèmes qui résulteraient de la création d'un système de soins parallèle au système public pour faire face à l'épidémie. D'autres ont plutôt insisté sur le fait que cette situation était inévitable, puisque les autorités sanitaires ne souhaitaient pas inclure la prise en charge du choléra dans les institutions publiques au départ, et que c'est à leur demande que l'UTC a été mis sur pied et mené par MdM, tout comme les PROC.

Il est évident que les interventions de MdM lors des phases 1 et 2 correspondaient à des contextes politiques et sanitaires très différents : l'un d'urgence et l'autre de gestion à long terme de la situation potentiellement épidémique du choléra en Haïti. De ce point de vue, les interventions étaient pertinentes dans leurs contextes respectifs. Ce qu'ont noté les intervenantes et les intervenants lors des entrevues semble plutôt être la non-viabilité des interventions d'urgence de MdM – un point qui sera discuté plus amplement dans la dernière section de ce chapitre.

2014-2017 : interventions dans les camps de personnes déplacées dans la commune de Cité Soleil

Les interventions du projet dans la commune de Cité Soleil lors de la troisième phase étaient également pertinentes puisqu'elles répondaient aux besoins de base de populations vulnérables, c'est-à-dire : le manque d'accès à des soins de santé et à des conditions EHA de qualité dans les quartiers vulnérables de la commune accueillant un grand nombre de personnes déplacées⁸¹. L'équipe externe ayant évalué le projet souligne que les bénéficiaires ont été bien ciblés lors de la conception du projet et rejoints par les activités. Des sondages effectués en 2015 et 2016 quant aux services rendus par les acteurs du projet révèlent que la grande majorité des bénéficiaires avaient une opinion positive des activités d'EHA, de distribution de matériel et de soins de santé⁸².

⁸¹ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 26-28 ; Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 49-50 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 51-52 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 38-39.

⁸² Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 22-25 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 23, 49-57.



De plus, les différents volets du projet ont tous suivi les directives du gouvernement haïtien et participé à la mise en œuvre du plan du MSPP. À la fin du projet, les ASCP et le personnel du PROC de Fontaine et de l'UTC du CHAPI étaient tous sous contrat avec le MSPP.

Plusieurs personnes interrogées ont mentionné que l'ajout d'un volet EHA dirigé par Oxfam-Québec a rendu les interventions de MDM encore plus pertinentes lors de la troisième phase. Ce changement de stratégie a mieux répondu aux besoins des bénéficiaires de la commune de Cité Soleil, qui n'avaient souvent pas accès à des services EHA de qualité. De plus, la coordination entre équipes médicales et équipes EHA a permis de mieux faire face aux éclosions de cas de choléra et de limiter sa propagation en assurant un accès à l'eau potable et à des conditions d'hygiène de qualité pour une partie de la population.

2014-2016 : premières interventions dans le département du Nord-Ouest

Les interventions de MDM Canada dans le département du Nord-Ouest lors de la troisième phase étaient pertinentes puisqu'elles émanaient d'une crainte raisonnable que la situation épidémiologique ne se détériore en 2014 en raison des départs de nombreuses ONG et des difficultés de transfert de responsabilités au MSPP. Ces difficultés étaient d'autant plus prononcées dans le département du Nord-Ouest, fréquemment décrit lors d'entrevues pour cet exercice de capitalisation comme un département connaissant de graves problèmes d'accès aux soins en raison de la faible présence du MSPP et du faible nombre d'ONG.

De plus, MDM a constaté, lors d'une évaluation de la situation dans le département du Nord-Ouest, de nombreux défis auxquels les autorités sanitaires locales faisaient face : espaces dédiés au choléra non appropriés, absence de protocoles de prise en charge et manque d'intrants et de matériel médical dans les CS⁸³. Ces problèmes étaient exacerbés par les difficultés d'accès à des centres de traitement, l'absence de route et le manque de ressources financières de la DSNO⁸⁴.

Étant donné les difficultés éprouvées par la DSNO pour lutter contre le choléra, les objectifs de la mission de MDM, soit le renforcement des capacités au niveau de la détection des nouveaux cas, de la prise en charge et de la prévention, étaient pertinents dans ce contexte local d'intervention. Enfin, les interventions étaient faites en appui au MSPP et en soutien à la DSNO, ce qui garantissait la concordance avec la stratégie nationale de lutte contre le choléra.

⁸³ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'évaluation des CTC, UTC, PRO de six des dix communes du département du nord-ouest*, 2014.

⁸⁴ Médecins du Monde Canada, *Rapport intermédiaire – Projet de renforcement de la préparation et de la réponse aux urgences liées à l'épidémie de choléra dans le département du Nord-Ouest*, 2014, p. 2-3.



2016-2017 : premières années du travail en consortium

Le projet du consortium de MdM a été formulé à la suite d'une étude de besoins effectuée sur l'ensemble des zones où un chapitre de MdM était présent⁸⁵. Cette étude s'est basée sur la récolte de données épidémiologiques pour l'année 2015 afin de prévoir les besoins en 2016-2017. Les différents chapitres de MdM ont, de plus, mené des évaluations SWOT dans leurs zones d'intervention respectives, et les résultats ont été collectés et validés au début de l'année 2016. Ces analyses ont permis de relever les faiblesses et les opportunités au niveau de la prise en charge des cas de choléra dans l'ensemble des départements.

Les interventions du consortium étaient pertinentes puisqu'elles ont pris en considération les conclusions de l'analyse des besoins, notamment en adoptant une approche régionalisée dans la stratégie d'intervention pour assurer plus de flexibilité dans la réponse aux flambées, variant significativement en nombres de cas et taux de mortalité à travers les départements⁸⁶. Le département du Nord-Ouest, où opérait MdM Canada, était celui ayant connu le plus de décès institutionnels (23) en 2015 en raison des grandes distances parcourues par les malades avant d'arriver à un centre de soins.

L'analyse des besoins a, en outre, révélé des enjeux importants en milieu institutionnel au niveau de la prise en charge des patients, de la constitution des dossiers, de la surveillance épidémiologique et de la gestion des stocks. Ces constats ont guidé le développement de la stratégie d'intervention en appui aux Directions sanitaires, notamment en favorisant la supervision, la formation, le compagnonnage et l'appui technique pour la gestion des approvisionnements. Le consortium a aussi prévu de renforcer les processus de collecte et de dissémination des données épidémiologiques pour pallier les faiblesses soulevées.

2017-2019 : consolidation des activités du consortium

La stratégie du consortium Médecins du Monde pour les années 2017-2019 s'est basée sur une mise à jour de l'évaluation SWOT effectuée en 2016 pour s'assurer de la pertinence des interventions pour les années futures⁸⁷. Chaque chapitre de MdM a validé les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités sur le terrain pour ajuster les interventions au besoin. Au niveau institutionnel, les conclusions de l'analyse mise à jour étaient sensiblement les mêmes qu'au début de l'année 2016, ce qui explique que les interventions choisies étaient similaires : renforcement des capacités de gouvernance, de prise en charge et de surveillance épidémiologique.

En revanche, le consortium de MdM note dans son analyse des difficultés importantes pour mener une intervention médicalisée adéquate au niveau communautaire en cas de flambées de choléra. Ces difficultés incluent notamment des problèmes logistiques pour le

⁸⁵ Médecins du Monde Espagne, *Rapport narratif*, 2017, p. 7-11.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 7-8.

⁸⁷ Médecins du Monde, *Gabarit de fiche sommaire du projet*, 2017, p. 7-10.



transport des médicaments et le déplacement des équipes de soins, le manque de ressources pour les EMIR et l'absence de comités locaux pour la prévention et la coordination des interventions. Pour cette raison, le consortium a réorienté sa stratégie afin d'ajouter un objectif consistant à offrir un accès accru à des services de prévention, de détection, de référencement et d'interventions liées au choléra médicalisées au niveau communautaire.

L'importance accordée à une intervention liée au choléra médicalisée en milieu communautaire distingue clairement la phase 4 de la phase 5, puisque les bailleurs de fonds avaient insisté en 2015 pour que la prise en charge des patientes et des patients ne s'effectue qu'en milieu institutionnel. Le changement de stratégie communautaire opéré par le consortium en 2017 illustre une réalisation des limites de l'approche choisie en 2015 ainsi qu'une adaptation aux besoins constatés sur le terrain. De ce point de vue, les interventions du consortium lors de la phase 6 étaient pertinentes.

2019-2020 : stratégie de sortie

L'intervention de la dernière phase était alignée sur l'approche de lutte contre le choléra du gouvernement haïtien. Elle a pris la forme d'une stratégie de sortie pour renforcer les capacités des autorités sanitaires dans le cadre de la phase long terme de leur Plan national d'élimination du choléra (PNEC)⁸⁸. Le projet visait ainsi à appuyer le travail du MSPP dans quatre départements où des foyers de choléra persistaient encore.

Les activités menées par MdM à l'époque ont contribué de manière pertinente à la dernière phase du PNEC dans le cadre d'une stratégie de sortie. Elles ont renforcé les capacités des autorités sanitaires au niveau de la surveillance épidémiologique pour détecter rapidement des hausses de cas, et au niveau du déploiement d'une cellule d'urgence nationale en cas de flambées. Bien qu'il n'y ait pas eu de flambées, l'intervention a contribué à renforcer une intervention rapide des autorités sanitaires pour éliminer le choléra.

Efficacité

L'intervention directe/le renforcement des capacités

L'efficacité des interventions de MdM Canada dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti a varié de manière importante au cours des dix années de l'épidémie. Les documents consultés et les entrevues menées pour cet exercice de capitalisation suggèrent que l'intervention d'urgence de MdM Canada lors des deux premières années de l'épidémie a atteint tous ses objectifs. La mise en place et la supervision directe de 19 PROC ont permis la sensibilisation d'environ 141 378 personnes, le traitement de 2 558 patientes et patients et le transfert de 1 244 patientes et patients sévèrement déshydratés vers l'UCT du CHAPI et les CTC. L'aménagement par MdM de l'UTC du CHAPI ainsi que sa gestion ont permis

⁸⁸ Médecins du Monde Canada, *Fiche sommaire*, 2019, p. 5.



l'évaluation et le traitement de 6 136 personnes et le transport vers les CTC de 1 139 patientes et patients sévèrement déshydratés sur les 1 298.

Or, lorsqu'en 2013 les interventions de MdM sont passées d'actions directes au renforcement des capacités des autorités sanitaires, les sources consultées révèlent une réalité bien différente. Comme le BCSD, le DSO et le MSPP étaient au cœur des interventions de MdM, la coordination entre ce grand nombre d'acteurs, les enjeux auxquels chacun d'entre eux faisait face ainsi que le degré de complexité plus grand des interventions ont naturellement généré de nombreux défis pour MdM, qui n'a pas toujours pu atteindre ses objectifs. Cette dynamique semble s'être reproduite au cours des autres phases du projet, suggérant que le type d'intervention de MdM pouvait avoir un impact important sur l'efficacité de ses actions. Le contraste entre l'efficacité des interventions directes et l'efficacité des activités de renforcement des capacités est particulièrement frappant pour l'année 2013, année de transition entre les deux types d'interventions, et ce, pour au moins deux raisons.

Premièrement, MdM a constaté dès 2012 que le cadre institutionnel définissant les rôles et les responsabilités des différents acteurs sanitaires locaux comportait plusieurs ambiguïtés qui ont compliqué leur gestion de l'intervention sanitaire⁸⁹. Ces zones d'ombres ont nécessité plusieurs va-et-vient entre le BCSD, le DSO et le MSPP pour la conception et la mise en œuvre de solutions à des problèmes pressants. Par exemple, il n'avait pas été clairement déterminé à qui revenait la responsabilité de gérer et de payer les ressources humaines locales, dont les brigadières et les brigadiers des PROC. Si MdM a initialement cherché à intégrer cette gestion au BCSD, le MSPP a plutôt identifié la DSO comme gestionnaire des contrats et des paiements.

Deuxièmement, la surcharge de travail du BCSD a considérablement ralenti le processus de transfert des responsabilités. Dès 2012, le BCSD était responsable à la fois de l'administration et de l'approvisionnement des instances médicales, comme les PROC⁹⁰. Le BCSD gérait aussi la campagne de vaccination organisée par l'OPS-OMS, en plus de plusieurs programmes nationaux de santé. En outre, des postes importants au BCSD sont demeurés vacants pendant une longue période, dont ceux de directrice et d'infirmière superviseure. Le grand volume de travail du BCSD créait une dynamique favorable à sa déresponsabilisation de la gestion des PROC, surtout puisque MdM avait auparavant assuré leur mise en place, leur approvisionnement et leur suivi. Une dynamique similaire s'est opérée plus tard avec le DSO, qui a payé le personnel du CHAPI en retard à quelques reprises⁹¹.

⁸⁹ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (1)*, p. 14-15 ; Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (2)*, p. 14-15.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ Secours Catholique, *Rapport narratif intermédiaire (3)*, p. 16.



Facteur interne : l'engagement et le travail avec les autorités sanitaires locales

Le travail mené en étroite collaboration avec les autorités sanitaires centrales et locales a été un facteur interne positif ayant permis à MdM d'atteindre un bon nombre de ses objectifs, et ce, lors de plusieurs phases. Plusieurs ont mentionné en entrevue que la coordination avec les acteurs locaux a contribué à l'atteinte d'objectifs communs sur le terrain. Selon quelques-uns, l'étroite collaboration avec les autorités sanitaires était l'une des stratégies à prioriser pour assurer la pérennité des interventions et éviter que MdM ne se substitue aux acteurs locaux.

De manière plus précise, la coordination avec les autorités sanitaires au niveau central a permis à MdM d'avoir les approbations nécessaires pour opérer en partenariat avec les institutions de soins au niveau local. La collaboration préalable de MdM avec le MSPP a facilité son travail sur le terrain, puisque le personnel local était plus à même de percevoir MdM comme un partenaire légitime et reconnu. En coopérant avec les autorités sanitaires au niveau central, MdM pouvait aussi avoir une meilleure idée des besoins et du fonctionnement du personnel local qu'il soutenait.

Les rapports internes de MdM font aussi état de l'importance d'une collaboration avec les autorités sanitaires. Par exemple, dans le cadre du projet de retrait lors de la dernière phase, l'implication des partenaires locaux pour l'analyse des besoins, la planification et la supervision est mentionnée comme l'un des facteurs ayant contribué à l'atteinte des objectifs⁹². Le travail conjoint a permis une meilleure coordination des activités, un plus grand respect de l'échéancier, une responsabilisation de tous les acteurs quant aux tâches respectives et une meilleure prise de décision pour remédier aux difficultés rencontrées. De manière plus générale, la proximité entre l'équipe de MdM et les partenaires locaux a facilité l'adaptation des activités aux contextes sociopolitiques et sanitaires parfois changeants.

Facteur interne : l'approche communautaire

L'approche communautaire de MdM a été mentionnée à de nombreuses reprises dans les entrevues et les documents consultés comme l'un des facteurs internes ayant eu un impact positif significatif sur les interventions de lutte contre le choléra. L'un des meilleurs exemples de cette approche communautaire est la mise en place des PROC lors des premières semaines de l'épidémie. Plusieurs actions de lutte contre le choléra ont pu atteindre des populations marginalisées au sein de quartiers vulnérables et marqués par une insécurité très élevée grâce au travail en étroite collaboration avec les leaders communautaires. L'établissement de PROC a permis d'assurer la surveillance épidémiologique, la prévention de la transmission du choléra, le traitement de patientes et

⁹² Médecins du Monde Canada, *Rapport final Projet cellule d'urgence nationale en appui à la réponse choléra médicalisée (CUNARC) 2020*, p. 17.



de patients par réhydratation orale et le transport de cas graves vers des centres hospitaliers, et ce, à partir de lieux difficilement accessibles aux autorités sanitaires locales.

L'approche communautaire de MdM lors de la première phase est le résultat d'un travail de longue haleine ayant débuté avant le déclenchement de l'épidémie. Grâce à l'étude de besoins menée dans différents quartiers de la commune de Cité Soleil durant l'été 2010, MdM avait obtenu un portrait des zones d'intervention prioritaires et des enjeux auxquels elles faisaient face. Cette étude avait été suivie d'une série de rencontres avec des leaders communautaires et des chefs de gangs armés pour mettre en place un éventuel programme de soins de santé communautaire. MdM a ainsi pu miser sur son expérience du terrain et sa connaissance des acteurs communautaires locaux pour mettre en place un système de PROC dès le début de l'épidémie.

Le travail en concertation avec les leaders communautaires a contribué au succès des PROC, puisqu'il a mené à une plus grande implication des populations locales dans les activités de lutte contre le choléra. Tout en spécifiant une liste de critères, MdM a notamment laissé aux leaders communautaires le choix de l'endroit où seraient aménagés les PROC ainsi que le choix du personnel devant les administrer. Les bonnes relations avec les leaders communautaires et les chefs de gangs armés ont été un élément essentiel du succès des PROC⁹³. Les communautés locales ont ainsi régulièrement informé MdM des besoins et du fonctionnement des quartiers. Les comités de camps et leaders ont assuré la transmission d'informations aux résidentes et aux résidents, la gestion de la foule et la sécurité des interventions et des PROC. Ce dernier aspect est d'autant plus important que l'insécurité de certains quartiers à Cité Soleil, due à la situation politique et économique, a été un facteur externe important compliquant les interventions de lutte contre le choléra tout au long de l'épidémie.

Malgré le démantèlement du réseau de PROC géré par les leaders communautaires lors de la deuxième phase, MdM a maintenu un volet communautaire dans ses interventions lors de phases subséquentes. Par exemple, lors du projet mené dans la commune de Cité Soleil en partenariat avec Oxfam-Québec dans la troisième phase, les résidentes et les résidents des camps ont été placés au centre des processus de décision et ont pris part aux activités d'assainissement de l'eau et de soins de santé. Cette implication semble avoir joué un rôle important pour l'atteinte des objectifs⁹⁴. De plus, le travail des ASCP s'est avéré particulièrement efficace en 2015-2016 au niveau de la sensibilisation de la population dans de nombreux lieux publics et de détection communautaire des cas. Enfin, les ASCP ont aussi

⁹³ Médecins du Monde, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 16-17.

⁹⁴ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 27-30 ; Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 47-51 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 53 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 38-40.



assuré un lien entre la population et les institutions de santé, en particulier le PROC avancé de Fontaine et l'UTC du CHAPI.

L'importance d'ajouter un volet communautaire aux interventions de MdM a été notée par plusieurs intervenantes et intervenants lors d'entrevues. Il a même été souligné que l'absence d'un volet communautaire pour certaines actions de MdM dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti a nui aux interventions. L'exemple de ce genre le plus cité était les interventions dans le département du Nord après 2015. Les bailleurs de fonds ECHO et l'UNICEF avaient fait un appel à projets requérant que l'offre de soins ne soit administrée qu'à l'intérieur des institutions de santé et que seules les équipes EHA puissent mener des actions au niveau communautaire. Selon les intervenantes et les intervenants rencontrés, cette décision des bailleurs de fonds a eu plusieurs conséquences.

Premièrement, les équipes médicales de MdM ou celles soutenues par MdM ne pouvaient plus appuyer les équipes mobiles et agir en complémentarité avec les équipes EHA dans les communautés où des cas de choléra étaient répertoriés. Par conséquent, les équipes mobiles ne pouvaient offrir de soins directement aux populations touchées par le choléra malgré les besoins, puisque nombre d'entre elles n'étaient pas en mesure de se rendre dans une institution de soins de santé.

Deuxièmement, les équipes médicales ne pouvaient bénéficier de l'expertise des équipes EHA en milieu institutionnel, malgré les besoins.

Enfin, en restreignant MdM au milieu institutionnel, une partie importante de son expertise et de son expérience en milieu communautaire n'était pas mise à profit, ne serait-ce que pour capitaliser sur ses bonnes relations avec les communautés locales et assurer le lien avec les hôpitaux et autres institutions de santé.

L'absence d'une approche communautaire explicite pour la prévention et la prise en charge des patientes et des patients a été corrigée dès l'année 2017, après qu'une analyse SWOT a révélé l'existence de nombreux problèmes liés à l'accessibilité aux services de soins pour les patientes et les patients dans plusieurs départements. Cette expérience suggère que des stratégies de prise en charge médicale restreintes au milieu institutionnel peuvent parfois ne pas suffire pour répondre aux besoins des patientes et des patients lors d'une épidémie, notamment en raison des embûches empêchant les patientes et les patients de rejoindre le milieu institutionnel.

Facteur externe : l'instabilité politique

L'évolution de la situation politique en Haïti a eu des conséquences sur les opérations de MdM tout au long de l'épidémie, et ce, dans plusieurs départements. Par exemple, des manifestations dans certains quartiers de Cité Soleil et de la zone métropolitaine ont mené à



des fermetures de routes, qui ont interrompu l'approvisionnement en intrants médicaux, l'offre de services de soins et la tenue d'activités de prévention⁹⁵. Les équipes de MdM ont parfois dû revoir certains échéanciers ou organiser des rencontres à distance sur WhatsApp.

L'absence de gouvernance dans certains quartiers de la commune de Cité Soleil sous contrôle de groupes armés a créé des contextes d'insécurité pour les citoyennes et les citoyens ainsi que le personnel de MdM, qui a fait l'objet de menaces à certaines occasions lors de la première phase d'intervention. La coopération avec les leaders communautaires et les chefs de gangs a permis de diminuer les risques, puisque ces derniers se sont engagés à assurer la sécurité dans leur quartier.

Facteur externe : le manque de ressources au niveau du MSPP

Le manque de ressources des autorités sanitaires a été souligné maintes fois dans les documents consultés ainsi que dans les entrevues. MdM a noté à plusieurs reprises que le sous-financement du système de santé haïtien est l'un des enjeux les plus importants expliquant le manque de ressources. La conséquence principale du manque de ressources est la difficulté à payer les salaires du personnel médical et administratif des autorités sanitaires. Le manque d'intrants médicaux et le mauvais état des installations de soins ont aussi été notés comme résultant du manque de ressources constaté.

Pour MdM, le manque de ressources a surtout eu comme effet d'augmenter la difficulté pour atteindre les objectifs ultimes des interventions, soit d'éliminer le choléra et de diminuer le taux de mortalité. Dès 2013, alors que les interventions passent de l'action directe au renforcement des autorités sanitaires, MdM constate la complexité et la difficulté de la tâche en raison des pénuries de personnel médical, de ressources humaines et d'équipements médicaux.

Les difficultés du gouvernement à payer les salaires de son personnel ont mené à l'augmentation du nombre de postes vacants, à un roulement fréquent de personnel et à une perte de motivation pour les employées et employés en place. Les capacités des autorités sanitaires à offrir une prise en charge de qualité et à mener des activités de prévention s'en sont vues sévèrement limitées. Dans certains cas, des intervenantes et des intervenants ont mentionné en entrevue que des membres du personnel médical ont refusé de prendre en charge des patientes et des patients atteints de choléra, sous prétexte que leur faible salaire n'avait pas augmenté lors de l'ajout du choléra au parquet de services offerts. Ce contexte financier difficile n'a pas favorisé un climat propice au renforcement des compétences et à la transmission durable des savoirs.

⁹⁵ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 21-22 ; Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2020, p. 14-15.



Facteur externe : difficultés d'accès aux communautés éloignées

L'éloignement géographique de certains lieux et le mauvais état des routes a été mentionné par plusieurs intervenantes et intervenants comme étant un facteur ayant compliqué de manière importante les interventions de MdM. Les équipes de MdM ont parfois eu des difficultés à se déplacer dans le département du Nord-Ouest pour approvisionner les UTC, les CTC et les PROC en intrants médicaux et non médicaux, superviser ces établissements et déployer du personnel pour appuyer les équipes EMIRA dans la prise en charge et le dépistage.

Facteur externe : ouragans

Chaque année, la saison des ouragans a augmenté les risques de flambées de choléra à travers les zones touchées en Haïti. Plusieurs personnes interrogées ont mentionné qu'en détruisant ou en endommageant des infrastructures essentielles, les ouragans ont parfois réduit l'accès aux sources d'eau potable ainsi qu'à des systèmes de gestion des déchets, créant ainsi des conditions propices à la propagation du choléra. Les tempêtes ont aussi mené à des interruptions de services ou à une diminution de l'accès aux soins, en empêchant les déplacements des équipes médicales et des personnes potentiellement infectées.

Par exemple, dans la nuit du 3 au 4 octobre 2016, le cyclone de force 4 Matthew a frappé la côte sud d'Haïti, endommageant sérieusement les infrastructures du Grand Sud. Les régions desservies par MdM Canada, notamment la région métropolitaine et le département du Nord-Ouest, ont également été touchées par le cyclone. La destruction d'infrastructures a entraîné des ruptures dans l'accès aux services essentiels, notamment l'accès aux soins. Les équipes de MdM Canada ont aussi éprouvé des difficultés à se déplacer dans le département, ce qui a retardé certaines activités prévues. La population de la commune de Cité Soleil a vu ses conditions sanitaires se dégrader davantage en raison des dégâts causés par l'ouragan Matthew. Une analyse des données post-Matthew a démontré que plus de 15 610 ménages totalisant 78 050 personnes dans la zone métropolitaine, en particulier dans la commune de Cité Soleil, étaient à très haut risque de contamination par le choléra ou en situation de très grande vulnérabilité. La plus grande crainte des équipes de MdM Canada a été une flambée de choléra au niveau de cette commune. Toutefois, l'analyse épidémiologique des données de l'UTC du CHAPI sur les mois ayant suivi le passage de Matthew a révélé qu'il n'y a pas eu de recrudescence des cas suspects de choléra.

En septembre 2017, deux ouragans, Irma et Maria, ont longé la côte nord d'Haïti. Les préparatifs pour faire face à Irma, puis à Maria, ont mobilisé toutes les équipes de MdM au Nord-Ouest et à Port-au-Prince à partir du 4 septembre 2017. MdM Canada a été mobilisé jusqu'au 15 septembre en appui à la Direction de la protection civile (DPC)/Centre d'opérations d'urgence départemental (COUD) du Nord-Ouest pour l'évaluation rapide MIRA après le passage d'Irma. En plus de prépositionner des intrants choléra dans tout le



département du Nord-Ouest, MdM a appuyé la Direction sanitaire du Nord-Ouest en logistique pour le prépositionnement des intrants médicaux dans tous les centres de santé du Nord-Ouest. Pour Maria, MdM a contribué aux évaluations rapides post-désastre.

Facteur externe : perceptions de la maladie (stigmatisation et association à l'ONU)

La perception du choléra par la population haïtienne a été, au départ, un facteur qui a nui aux différentes activités de MdM. Selon plusieurs intervenantes et intervenants, le fait que le choléra ait été introduit sur le territoire haïtien par des soldats étrangers des Nations Unies a amené la population à développer une certaine méfiance face aux ONG venant apporter de l'aide. Les raisons de cette méfiance seront largement présentées dans la section suivante, qui analyse la perception des bénéficiaires par rapport aux interventions de MdM Canada.

De plus, la stigmatisation de la maladie chez une partie de la population a mené certaines personnes à éviter les consultations et le dépistage, ou à tenter d'obtenir un traitement trop tard et à propager le choléra⁹⁶. Des intervenantes et des intervenants ont rapporté qu'en zone métropolitaine, où MdM était historiquement peu présent, certaines personnes refusaient les interventions de MdM, donnant plutôt de mauvaises adresses et de faux noms. Cette hésitation a pu mener à un refus de soins dans certains cas et à une plus grande propagation de la maladie. La réputation de MdM a toutefois été améliorée au fur et à mesure de ses interventions et de la disponibilité d'une réponse aux besoins.

Facteur externe : le travail en consortium

Plusieurs intervenantes et intervenants ont mentionné que le travail en consortium a apporté des bénéfices certains aux interventions de MdM. Le travail en consortium a notamment permis de déployer une intervention sur une grande partie du territoire et d'appuyer les actions des autorités sanitaires sur une échelle nationale. La concertation des différents chapitres a aussi permis un échange des meilleures pratiques. Grâce au travail en consortium, MdM a pu avoir un meilleur accès aux autorités sanitaires centrales, notamment au MSPP, ce qui a permis d'effectuer des plaidoyers de manière plus soutenue et appuyée.

Le travail en consortium n'était néanmoins pas toujours facile. Certains chapitres de MdM étaient moins expérimentés sur le terrain, et d'autres avaient peu d'expérience en Haïti. Des échanges de connaissances, d'expériences, de services logistiques et de matériels ont été nécessaires pour assurer une uniformité des aides et de leur qualité. Le chef du consortium a joué un rôle capital dans le maintien de l'harmonie entre les différents chapitres et dans l'anticipation des retards dans la mise en œuvre des activités.

⁹⁶ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 21-22.



Viabilité

L'importance de l'appui aux autorités sanitaires

Lors de chacune des six phases d'intervention de lutte contre le choléra en Haïti, MdM a intégré des actions d'appui aux autorités sanitaires afin qu'elles puissent développer des capacités locales pour faire face à l'épidémie. Même lors de la première phase, en 2011, qui consistait principalement en une intervention directe, MdM a ajouté un objectif d'appui au système de santé haïtien pour réagir adéquatement aux flambées de choléra. Cet appui a pris la forme d'un soutien au BCSD pour la supervision épidémiologique par l'octroi de matériel, la mise en place d'un système de compilation pour surveiller l'épidémie et des visites d'évaluation⁹⁷. En travaillant avec l'organe gouvernemental local, MdM a pu mener une supervision plus précise et plus efficace, employer du personnel local et se tenir à l'écart des enjeux politiques potentiels à Cité Soleil.

Le glissement du renforcement des capacités vers la substitution

Plusieurs intervenantes et intervenants ont mentionné en entrevue que les enjeux d'efficacité éprouvés lors d'interventions de renforcement des capacités ont parfois mené MdM à se substituer aux autorités sanitaires et au personnel médical local à divers moments, entre 2013 et 2019. Les intervenantes et les intervenants ont souligné que bien qu'il ait été important pour MdM de soutenir le travail des équipes locales, en pratique, il était parfois difficile de ne pas participer directement à l'offre de soins de santé, ou encore, de savoir où tracer la ligne entre renforcement des capacités et substitution au personnel local.

Parmi les facteurs ayant poussé MdM à parfois se substituer aux équipes locales, le manque de ressources des autorités sanitaires a été le plus souvent cité lors des entrevues. En raison des importants appuis financiers, techniques et logistiques que MdM a offerts aux autorités sanitaires locales, l'organisation a, à plusieurs reprises, joué un rôle dominant dans la lutte contre le choléra, ce qui pouvait parfois inévitablement la mettre à l'avant-plan des interventions. Selon plusieurs personnes interrogées, cette situation était d'autant plus visible dans la faible part accordée à la santé par le gouvernement haïtien dans le budget national. Cette situation a poussé les ONG à choisir entre payer du personnel médical supplémentaire avec leurs propres fonds et interrompre les services.

Certaines décisions du MSPP ont aussi eu des conséquences imprévues favorisant la substitution des équipes locales. Par exemple, la décision initiale du MSPP de ne pas inscrire la prise en charge des cas de choléra dans le paquet de services sanitaires offerts a eu des conséquences à plus long terme sur l'accessibilité aux soins pour les patientes et les patients. Même après que le MSPP a renversé sa décision initiale, des membres du

⁹⁷ Médecins du Monde Canada, *Rapport d'activités – Projet d'assistance humanitaire d'urgence (AHI/ACDI)*, p. 15-19.



personnel médical local refusaient parfois de soigner des patientes et des patients atteints de choléra, arguant que cela ne faisait pas partie de leurs tâches.

Dans certains cas, des intervenantes et des intervenants ont mentionné en entrevue que la simple présence de MdM a possiblement contribué à la déresponsabilisation des autorités sanitaires. Certaines tâches relevant de la compétence des autorités locales n'étaient parfois pas accomplies, puisque celles-ci savaient que les équipes de MdM pouvaient intervenir et entreprendre le travail. Par exemple, à quelques occasions, les autorités sanitaires se sont appuyées sur MdM pour obtenir les plus récents chiffres de la surveillance épidémiologique, alors que l'inverse aurait dû être observé.

Impact

Les intervenantes et les intervenants ont mentionné en entrevue plusieurs conséquences des interventions de MdM dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti. L'un des effets immédiats a été la constitution d'équipes médicales locales formées pour lutter contre l'épidémie de choléra, et ce, dans la plupart des départements du pays. Comme l'accompagnement du personnel médical était une partie centrale des activités de MdM dès 2012, l'expérience et les connaissances qu'il a acquises sont un effet important des interventions.

Plusieurs ont soulevé en entrevue que l'appui aux acteurs sanitaires ne se résumait pas à un volet médical, mais comportait aussi des volets administratif et logistique. Ces appuis ont contribué à mieux préparer le système de santé haïtien à faire face à l'épidémie. Selon une personne interrogée, la formation du personnel a même pallié certaines difficultés éprouvées par le système de santé en raison de l'exode des cerveaux. Dans certains cas, MdM a participé directement à la construction et à la réhabilitation d'infrastructures de santé, qui ont perduré après le départ des équipes de MdM.

Les interventions de MdM ont aussi eu des effets sur les communautés locales. Quelques intervenantes et intervenants ont mentionné que la présence de MdM a, à la longue, rassuré une partie de la population, surtout les groupes les plus marginalisés, puisque ceux-ci ont réalisé que des soins et services étaient mis à leur disposition si jamais certains de leurs membres tombaient malades. Dans certains cas, le travail de MdM en partenariat avec les autorités sanitaires locales a contribué à recréer un lien de confiance entre certaines populations et le système de santé. De plus, l'approche communautaire de MdM et les interventions menées auprès de populations marginalisées auraient démontré aux autorités sanitaires l'importance de s'intéresser aux différentes réalités des communautés locales sur le terrain. Ainsi, l'un des effets des interventions de MdM a été de créer des ponts entre la population et le système de santé et de favoriser les échanges et un rapprochement.



Enfin, les intervenantes et les intervenants ont noté, de manière unanime, que l'un des effets les plus importants des interventions de MdM aura été d'avoir contribué à l'élimination du choléra après dix ans d'épidémie.

Éléments transversaux

Égalité de genre

Différentes considérations ayant trait aux dimensions de genre ont été prises en compte par MdM au cours des différentes phases du projet de lutte contre le choléra en Haïti.

Par exemple, lors des deux premières phases, certaines des interventions de MdM au niveau communautaire ont pris en considération des aspects spécifiques aux dynamiques de genre dans la commune de Cité Soleil⁹⁸. Le surpeuplement et les problèmes d'insécurité dans la commune de Cité Soleil rendaient les femmes considérablement exposées à des risques de contamination par le choléra. Ainsi, les activités de sensibilisation ont été centrées sur les vulnérabilités en lien avec la santé des femmes et des enfants : prévention, traitement précoce, désinfection de la maison, des moyens de transport, des écoles, des églises et autres forums publics. En outre, MdM s'est assuré d'avoir une représentativité des deux sexes dans la composition des brigades communautaires (25 femmes et 32 hommes).

La troisième phase était la seule où les interventions avaient un objectif explicitement en lien avec l'égalité des genres : l'amélioration de la sécurité, notamment pour les femmes et les filles, dans un environnement difficile marqué, entre autres, par les violences de groupes armés. Pour atteindre cet objectif, MdM et Oxfam-Québec ont formé un total de 127 membres du personnel médical et non médical aux différentes formes de violences envers les femmes et les filles, à l'accompagnement des femmes et filles violentées, à la prévention et à la collecte des données sur ces types de violences⁹⁹. La majorité des bénéficiaires des formations de MdM et des séances de compagnonnage étaient des femmes. Oxfam-Québec estime que « [l]es femmes ont occupé un espace important dans l'implémentation du projet, [leur participation] dans les différentes activités oscillant entre 46 % et 92 %¹⁰⁰ ». En 2015 et 2016, les embauches de personnel pour le volet santé et pour les ASCP étaient paritaires, tant au niveau communautaire qu'institutionnel¹⁰¹.

Lors de la dernière phase, une analyse de données sexo-spécifiques a été menée pour les patientes et les patients admis dans les CTDA pour cause de maladies hydriques¹⁰². Les résultats ont démontré que les femmes ont représenté 53 % des cas, alors que les hommes

⁹⁸ *Ibid.*, p. 16. ; Médecins du Monde Canada, *Rapport final DAHI/MAECD*, p. 27-28.

⁹⁹ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 20-22 ; Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 28-30 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 27-28.

¹⁰⁰ Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 51-52.

¹⁰¹ Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 53-54 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 40-41.

¹⁰² Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2020, p. 19.



ont formé 47 % des patients. MdM a par la suite noté dans ses analyses la nécessité de poursuivre des collectes de données sexo-spécifiques ainsi que l'importance de réduire les barrières limitant l'accès des femmes aux soins. Ainsi, la prise en charge des patientes et des patients s'est faite en tenant compte de certains aspects liés au genre, et les institutions ont été sensibilisées à la nécessité d'aménager des espaces séparés entre les femmes et les hommes afin d'assurer un accueil dans le respect de leur dignité. Par exemple, la prise en charge des patientes et des patients au CHAPI prévoyait des espaces réservés aux femmes. MdM s'est assuré que les salles d'hospitalisation, les toilettes et les douches soient divisées en fonction du genre. Cette mesure, instaurée dès l'identification du projet, a facilité l'analyse de groupes affectés, en permettant l'amélioration en faveur d'une prise en charge adaptée. Concrètement, cela a permis un renforcement de la stratégie de prise en charge des patientes et des patients afin de mieux prendre en compte les besoins et les réalités par sexe.

L'intervention de MdM a évolué sur les questions de genre au fur et à mesure que les années ont passé. Il aurait été bénéfique que cette analyse de genre soit adoptée dès les premières phases d'intervention, ce qui sera ajouté aux recommandations du prochain chapitre.

Environnement

De manière générale, les équipes de MdM Canada ont veillé à l'application des protocoles de gestion des déchets biomédicaux et ont aidé les institutions à se conformer aux recommandations du MSPP en veillant à ce que les structures de prise en charge du choléra ne constituent pas des sources de contamination et de dégradation de l'environnement. Lors des visites de suivi et de supervision, les mesures de prévention et de contrôle des infections ainsi que la gestion des déchets ont été évaluées. Les activités de sensibilisation de la population menées dans les écoles, les marchés et les assemblées communautaires locales ont contribué à l'amélioration de la gestion intégrale des déchets et de l'eau potable au niveau communautaire.

Plus spécifiquement, lors de sa collaboration avec Oxfam-Québec entre 2014 et 2017, MdM a pris plusieurs précautions lors de la construction de latrines et pour la gestion des déchets, afin d'éviter de contaminer la nappe phréatique et de préserver l'environnement¹⁰³.

Néanmoins, les documents consultés ne font que rarement mention de considérations environnementales au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des projets. Ainsi, les interventions auraient pu bénéficier d'une analyse environnementale plus large dès le départ du projet, compte tenu de la forte dimension environnementale de l'épidémie de choléra.

¹⁰³ Oxfam-Québec, *Rapport final*, 2015, p. 52 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2016, p. 54-55 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 40.



Perception des parties prenantes

Puisqu'il n'a pas été possible pour l'équipe menant le projet de capitalisation de consulter directement les parties prenantes, elle n'a pas pu vérifier quelles étaient leurs perceptions de MdM et de ses interventions. Néanmoins, certaines tendances ont pu être indirectement inférées des documents consultés (notamment des évaluations externes) et des entrevues menées.

Perception des bénéficiaires

Au cours de ses dix années d'intervention, MdM semble avoir gagné la confiance d'une partie importante des populations desservies. Tel que rapporté lors d'entrevues, les leaders communautaires rencontrés ont apprécié le travail de MdM et leur engagement. Les communautés locales ont loué la transparence des équipes de MdM au niveau des objectifs définis et des moyens déployés pour les atteindre. Entre 2015 et 2016, une évaluation externe des interventions dans la commune de Cité Soleil a conclu que les bénéficiaires ont été bien ciblés lors de la conception du projet et lors des activités¹⁰⁴. Elle rapporte aussi à l'aide d'un sondage que la grande majorité de la population desservie avait une opinion positive des activités d'assainissement d'eau, de distribution de matériel et de soins de santé. De manière générale, selon plusieurs intervenantes et intervenants, MdM était l'une des seules organisations connues et acceptées par la population de la commune de Cité Soleil, à un tel point que d'autres ONG ont dû passer par MdM Canada pour rejoindre cette population, selon les intervenantes et les intervenants.

Au Nord-Ouest, selon certaines sources, les interventions de MdM ont été grandement appréciées par la population en général, notamment en raison du fait que MdM était le seul organisme qui travaillait dans la zone pour lutter contre le choléra. La communauté a développé un lien de confiance avec MdM, qui a ensuite pu servir de pont avec les institutions étatiques.

Néanmoins, des intervenantes et des intervenants ont rapporté qu'une partie de la population était parfois méfiante à l'égard de MdM et hésitait à prendre part à ces activités, notamment dans la zone métropolitaine. Plusieurs patientes et patients ont donné de faux noms et de fausses adresses aux équipes de MdM, qui n'ont pas pu faire le suivi épidémiologique et déployer le cordon sanitaire pour réduire la transmission. Certaines hypothèses expliquant ces attitudes ont été mentionnées, notamment un sentiment de méfiance envers les ONG étrangères en raison de l'introduction du choléra en Haïti par des Casques bleus étrangers. La stigmatisation sociale autour du choléra a aussi été rapportée dans quelques documents consultés et pourrait expliquer en partie la méfiance envers MdM.

¹⁰⁴ Vincent Maurepas Jeudy et Max Astier, *Évaluation rétrospective*, p. 22-25 ; Oxfam-Québec et Médecins du Monde Canada, *Rapport final*, 2017, p. 23, 49-57.



Perception des autorités étatiques

Au niveau central, il y a eu une très bonne collaboration avec le MSPP : MdM Canada a été considéré comme un bon partenaire, fiable, qui respecte le fonctionnement des institutions.

Au niveau départemental, les institutions étatiques ont reconnu et valorisé l'appui de MdM Canada dans cette lutte contre le choléra, mais ont réclamé de plus en plus d'appui au fur et à mesure que l'intervention se poursuivait. Un lien de confiance s'est notamment développé entre la direction départementale du Nord-Ouest et l'équipe de MdM Canada. Le fait que le département ne disposait pas de budget pour lutter contre le choléra a fait en sorte que les interventions de MdM ont été bien reçues. La relation a été renforcée en 2020, quand MdM Canada était le seul chapitre sur le terrain dans cette lutte contre le choléra.

Au niveau local, le rôle joué par MdM Canada n'a pas toujours été clair pour la communauté, notamment pour les ASCP. Sachant que les fonds étaient décaissés par l'ONG, les ASCP pensaient que MdM Canada était le chef, alors que l'ONG essayait en réalité de favoriser une relation de partenariat entre les ASCP et les autorités sanitaires. Cette reconnaissance du rôle-clé que doivent jouer les autorités sanitaires et d'appropriation du projet par la communauté a représenté une grande difficulté pour les équipes sur le terrain.

Perception des autres ONG et des organisations communautaires

Il y avait plusieurs organisations sur le terrain après le tremblement de terre, et il était important de s'informer de ce que les autres partenaires avaient décidé de faire pour éviter la duplication des différentes actions au sein d'une même population. MdM et les autres organisations se sont réunies afin d'entamer un dialogue à ce sujet, et une fois que les partenaires ont su ce que MdM avait décidé de faire, la collaboration est devenue de plus en plus fluide. Cette collaboration s'est révélée encore plus facile dans le Nord-Ouest, où seuls les acteurs WASH étaient présents. Selon les intervenantes et les intervenants, l'organisation Caritas a été satisfaite de sa collaboration avec MdM. D'autres organisations auraient aimé collaborer avec MdM au niveau local, comme c'est le cas pour Avocats sans frontières Canada (ASFC) qui avait souhaité offrir des services d'aide juridique. L'ambassade du Canada et l'UNICEF, quant à elles, ont félicité MdM Canada pour l'excellent travail réalisé dans cette lutte contre le choléra.

Les organisations communautaires ont beaucoup apprécié le travail de MdM Canada, surtout dans les régions éloignées où les populations avaient peu accès à des services médicaux. Certaines populations locales ont aimé l'approche de non-discrimination et d'ouverture adoptée par les équipes sur le terrain.



CHAPITRE 5 – LEÇONS ET RECOMMANDATIONS TIRÉES DE L'INTERVENTION DE MDM

(A) Favoriser les transitions vers des interventions pérennes

Recommandation 1 : lorsque possible, réfléchir à la pérennité des actions en amont

L'un des plus importants défis de MDM dans le cadre de son implication dans la lutte contre le choléra a été la transition entre un mode d'intervention direct et un mode plus orienté vers le renforcement des capacités des autorités sanitaires locales à faire face à l'épidémie. Ce défi reflète le contexte national plus large de la lutte contre le choléra en Haïti, caractérisé par une volonté initiale du MSPP de confier la prise en charge des cas aux ONG et de traiter les patientes et les patients atteints de choléra dans des établissements séparés du réseau public. La décision du MSPP en 2013 de replacer la prise en charge des patients dans les institutions publiques a par la suite forcé un ajustement rapide de la nature des interventions de MDM.

La transition d'une intervention directe au renforcement des capacités a suscité plusieurs remarques chez les intervenantes et les intervenants rencontrés en entrevue. Selon certains, les interventions directes d'ONG en contexte d'urgence, bien que contribuant efficacement à l'offre de soins et de services essentiels, pouvaient par la suite avoir des conséquences négatives à plus long terme. Par exemple, elles pouvaient mener à la mise en place d'une offre de soins temporaire qui pourrait s'interrompre à la fin des financements. Elles pouvaient également mener à la création d'établissements de soins parallèles au système de santé, ce qui était susceptible de compliquer la relation entre les populations locales et les autorités sanitaires et ralentir le développement d'une pleine intervention du système de santé public. Plusieurs ont noté que des membres du personnel médical d'institutions publiques ont refusé, plusieurs années après le début de l'épidémie, d'offrir des soins aux patientes et aux patients atteints de choléra, notamment en raison de la décision initiale du MSPP de ne pas ajouter le choléra au paquet de services, ce qui a créé l'impression que la maladie n'était pas du ressort du système public.

Bien que ces enjeux aient été soulevés lors d'entrevues, aucun intervenant n'en a conclu que MDM aurait dû s'abstenir de mener une intervention directe auprès des patientes et des patients atteints de choléra dans le contexte d'urgence au début de l'épidémie. Au contraire, il a été mentionné à plusieurs reprises au cours d'entrevues qu'une intervention parallèle au système public vaut mieux qu'une situation où des populations affectées par l'épidémie n'auraient pas accès à des soins de qualité en raison de décisions des autorités sanitaires ou de leurs capacités limitées à intervenir. Des intervenantes et des intervenants ont plutôt suggéré que les actions d'urgence au début d'une épidémie devraient autant que possible être intégrées au système de santé public, et que MDM pourrait mener un tel



plaidoyer auprès d'autorités sanitaires en pareil contexte sur la base de son expérience en Haïti.

Recommandation 2 : élaborer des plans de transition lors d'interventions d'urgence

Des intervenantes et des intervenants ont rappelé que la situation d'urgence au début de l'épidémie était telle qu'il n'était pas réaliste pour les équipes de MdM de mettre en place une offre de soins intégrée de manière durable au sein du système de santé public. Puisque ni les ONG présentes ni les autorités sanitaires locales n'avaient d'expérience en matière de gestion d'une épidémie de choléra, la réponse initiale aux premières flambées a été marquée par l'urgence et l'incertitude. En ce sens, la stratégie initiale du MSPP, forçant la création d'un système de soins parallèle et temporaire, était compréhensible, puisqu'elle évitait que le choléra ne se répande dans les hôpitaux publics. L'établissement d'un système de PROC par MdM est un exemple d'intervention efficace devant la situation d'urgence qui ne pouvait être facilement intégrée au système public. Ainsi, il est normal que MdM ait mis sur pied et géré un centre parallèle offrant des soins aux personnes atteintes de choléra.

Comme on peut le constater, naviguer entre les impératifs d'efficacité et de pérennité est une tâche difficile. Il n'est évidemment pas possible de déterminer à l'avance une marche à suivre. Néanmoins, l'expérience de MdM Canada en Haïti suggère qu'il est important de reconnaître ces impératifs et de prévoir les possibles scénarios qui en résulteraient. Par exemple, des intervenantes et des intervenants ont suggéré que les actions directes ne soient envisagées qu'en cas de nécessité, et ce, pour une courte période délimitée. Ces actions d'urgence devraient être accompagnées de processus d'élaboration de plans de transition dès les premiers mois d'intervention, afin d'assurer la pérennité de l'offre de soins et le maintien de la vitalité du système de santé public.

(B) Éviter de se substituer aux autorités sanitaires

Recommandation 3 : réfléchir aux meilleures façons de planifier des interventions d'appui

L'un des sujets souvent mentionnés en entrevue était les difficultés pour MdM Canada de ne pas se substituer aux autorités sanitaires lors de ses interventions. Ce défi s'est posé de différentes manières dans toutes les zones et toutes les phases d'intervention. Le principal enjeu de la substitution est qu'elle ne favorise pas la viabilité des actions de MdM, puisqu'il n'est pas toujours possible que du personnel payé prenne le relais des équipes de MdM après le projet. La substitution peut aussi fragiliser le système de santé et la confiance des communautés locales.

Plusieurs intervenantes et intervenants ont recommandé que MdM réfléchisse en amont à la façon dont ses interventions pourraient appuyer plus efficacement les autorités sanitaires locales. Entre l'urgence d'une intervention pour enrayer l'épidémie, les successions rapides de projets et les roulements de personnel, MdM n'aurait pas toujours pris le temps de réfléchir à ses forces, à ses expertises et aux meilleures façons pour ses équipes de renforcer



les capacités des autorités sanitaires. Développer en amont des objectifs d'intervention précis et centrés sur l'appui aux structures locales pourrait diminuer les risques, dès le début du projet, pour MdM de se substituer au système en place.

Il est néanmoins important de mentionner que plusieurs intervenantes et intervenants ont aussi noté que la substitution aux autorités sanitaires semble parfois inévitable, notamment dans les cas où les autorités sanitaires décident de ne pas prendre en charge certains malades, comme au début de l'épidémie, où elles n'ont pas les ressources ni les capacités d'offrir des soins de qualité à tous les patients et les patientes, et où elles refusent d'offrir des soins à des populations qui en ont besoin. Dans de tels cas, plusieurs intervenantes et intervenants ont suggéré qu'il est justifié pour MdM d'offrir directement des soins et de se substituer aux autorités sanitaires locales.

Recommandation 4 : impliquer les autorités locales à chaque étape des interventions

Plusieurs intervenantes et intervenants ont proposé lors des entrevues quelques pistes de solutions pour éviter que MdM ne se substitue aux autorités sanitaires locales lors d'interventions. En premier lieu, certaines expériences de MdM en Haïti ont montré que le fait d'impliquer les autorités locales lors des étapes de planification peut favoriser leur appropriation des projets. L'un des enjeux mentionnés était que les autorités sanitaires ont parfois perçu les interventions de MdM comme étant des projets relevant uniquement des prérogatives de MdM. En se voyant comme externes aux projets, peu d'entre elles se sont par la suite appropriés les projets et ont poursuivi l'offre de services entamée par MdM.

En deuxième lieu, plusieurs intervenantes et intervenants ont recommandé que MdM s'appuie étroitement sur les plans de santé publique lors de l'élaboration de ses projets. Il est ainsi plus facile de s'assurer que MdM ne développe pas d'offres de services parallèles au système public, sauf dans les cas où les autorités sanitaires le demandent explicitement, comme lors de la phase 1. Dans ce cas précis, c'est à la demande du MSPP et des autorités sanitaires que MdM a mis sur pied des UTC et des PROC. D'autres ont relevé que le fait de s'inscrire directement dans un plan national dès le début permettait à MdM de jouir d'une plus grande légitimité lors de ses actions sur le terrain. Or, il est évident qu'il aurait été difficile de procéder de la sorte au début de l'épidémie, puisque le ministère de la Santé n'avait pas de plan de ce type, d'où les demandes formulées par les autorités auprès de MdM.

En troisième lieu, bien que la coordination avec le MSPP ou les Directions sanitaires se soit avérée difficile à plusieurs reprises, les intervenantes et les intervenants ont énuméré plusieurs bénéfices d'une étroite collaboration avec les centres décisionnels du gouvernement. Il a été relevé que le fait d'avoir une entente préalable avec les directions sanitaires favorisait l'approche des équipes médicales locales, qui accueillaient généralement MdM plus favorablement.



En quatrième lieu, des intervenantes et des intervenants ont observé que le travail en étroite collaboration avec les équipes médicales locales a parfois aidé MdM à surmonter des difficultés liées à la position délicate dans laquelle son personnel peut se retrouver lors de ces interventions. Par exemple, certaines équipes locales auraient pu voir négativement l'arrivée de MdM dans leur commune, percevant le personnel de l'organisation comme ayant une moins bonne connaissance de la réalité du terrain, des compétences similaires aux leurs, mais des salaires beaucoup plus élevés. D'autres ont aussi rapporté que des équipes médicales locales ont eu l'impression que MdM se déplaçait dans leur département pour leur dire comment faire leur travail. Or, en œuvrant en collaboration avec les équipes locales et en s'impliquant rapidement dans des activités répondant à des besoins réels, MdM a désamorcé plusieurs de ces perceptions ainsi que les tensions potentielles qui auraient pu en émerger.

Enfin, il a été mentionné lors de plusieurs entrevues que les bonnes relations de MdM avec les acteurs sanitaires à tous les niveaux ont favorisé l'efficacité des interventions. Afin de développer et de consolider ces bonnes relations, il a été observé que la communication constante avec les autorités sanitaires et la transparence des objectifs et des activités de MdM ont joué un rôle positif permettant de maintenir de bons liens de confiance.

(C) Impliquer les communautés locales

Recommandation 5 : favoriser l'implication et la concertation pour les décisions et activités

Des intervenantes et des intervenants ont souligné que l'intervention d'urgence de MdM lors de la première phase de l'épidémie est l'une des grandes réussites de l'organisation. Tout au long de l'épidémie, l'implication des populations locales dans la prise de décisions et la mise en œuvre des actions a favorisé leur mobilisation et leur propre prise en charge autour d'enjeux et de problèmes les concernant, assurant un plus grand impact et une plus grande efficacité des interventions.

L'un des meilleurs exemples illustrant les bénéfices de cette approche est la mise en place d'un système de PROC pouvant agir à la fois comme première ligne de soins, lieux de sensibilisation et points de dépistage, et ce, dans les quartiers vulnérables de la commune de Cité Soleil. La création et l'organisation des PROC n'auraient pu être possibles sans le travail préalable de consultation avec les leaders communautaires et les chefs de gang des quartiers. En consultant les communautés locales, les équipes de MdM ont pu déterminer des lieux appropriés pour les PROC, fixer des mécanismes de gestion du personnel, organiser des activités de sensibilisation et assurer un approvisionnement en intrants médicaux et autres matériaux requis.

Le déploiement du système de PROC au niveau communautaire a eu un impact d'autant plus important qu'il a permis de rejoindre des populations au sein desquelles l'État haïtien



avait une présence très faible et où l'insécurité compliquait ou rendait impossible les interventions. Ainsi, pour plusieurs intervenantes et intervenants, l'approche communautaire a permis d'augmenter de manière significative l'impact et l'efficacité des interventions.

Recommandation 6 : conjuguer les interventions communautaires aux interventions institutionnelles

Tout au long des différentes phases d'intervention dans la lutte contre le choléra, MdM a conjugué des actions aux niveaux institutionnel et communautaire. Cette approche a permis de mobiliser plusieurs personnes issues de milieux différents dans la lutte contre le choléra et de favoriser le travail concerté entre des acteurs communautaires et institutionnels.

Par exemple, plusieurs intervenantes et intervenants ont souligné l'engagement de MdM auprès de communautés locales, qui avaient parfois l'impression d'être abandonnées par le système de santé public. L'approche communautaire de MdM a permis de rejoindre ces communautés, de leur offrir des soins de santé et de favoriser leur engagement dans la lutte contre le choléra. Parallèlement, en raison de sa collaboration avec les acteurs institutionnels, MdM a pu servir de pont entre les communautés desservies et les institutions de santé. MdM a ainsi pu participer à la construction de nouveaux liens de confiance entre la population et les institutions de santé publiques. Tout ceci n'aurait été possible sans l'implication des communautés et des autorités sanitaires dans les interventions de MdM.

(D) Adopter une approche pluridisciplinaire

Recommandation 7 : intégrer aux interventions des organisations ayant d'autres spécialités

Un grand nombre d'intervenantes et d'intervenants ont mentionné en entrevue que l'ajout d'équipes EHA aux équipes de MdM avait eu un effet positif important dans le contexte de la lutte contre le choléra. MdM a notamment eu une expérience positive à cet égard en collaborant avec Oxfam-Québec à Cité Soleil entre 2014 et 2017. La collaboration avec des équipes EHA a permis de réagir rapidement pour limiter la propagation en cas d'éclosions rapportées soit par le système de détection des cas, soit par des patientes et des patients dans des établissements de soins de santé. Cet ajout a été souligné à de nombreuses reprises comme une nette amélioration par rapport aux premières années de l'épidémie à Cité Soleil.

Plusieurs intervenantes et intervenants ont aussi suggéré que MdM explore la possibilité d'adopter une approche pluridisciplinaire au niveau communautaire et travaille en collaboration avec d'autres équipes aux spécialisations diverses incluant, par exemple, l'aide psychologique, le soutien social, l'aide juridique et la défense des droits. Des partenariats développés en amont pourraient être utiles et pertinents lors d'interventions holistiques misant sur différents déterminants de la santé.



(E) Intégrer les questions de genre et les questions environnementales

Recommandation 8 : s'assurer de disposer d'une analyse genre et environnement dès le début des interventions et de l'intégrer dans les décisions opérationnelles et stratégiques

Il est ressorti de l'analyse que les questions de genre et les questions environnementales n'ont pas été prises en compte de façon suffisamment importante au début des interventions. Si des discussions entourant la nécessité d'avoir des interventions EHA ont eu lieu, l'accent n'a pas été mis sur cette question à ce moment-là, compte tenu de la difficulté d'identifier des partenaires.

Or, il s'agit d'axes transversaux qui ont des conséquences importantes en matière de gestion des cas et de prévention du choléra. Le fait de prioriser ces axes dès le début aurait pu permettre un renforcement en faveur des filles et des femmes plus rapidement et aurait permis d'avoir une vision plus globale des questions environnementales au-delà des considérations liées à l'hygiène et à la salubrité.



ANNEXE 1 – TERMES DE RÉFÉRENCE

Capitalisation des expériences de Médecins du Monde dans la lutte contre le choléra en Haïti

Autrices et auteurs des termes de référence : Marc-Dalème Accéus (responsable suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage, MdM Canada, Haïti), Bétina Alcénat (cheffe de projet, MdM Canada, Haïti), Francisco Javier Arias Illana (coordinador Área América, Médicos del Mundo España) et Isabelle Mas (conseillère de la qualité et de la redevabilité, MdM Canada, Montréal).

Date de rédaction : 27 juin 2019

Contexte

Origine de la demande

En octobre 2010, Médecins du Monde (MdM) s'est engagé dans la lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti. Son action pour appuyer les efforts des autorités haïtiennes en vue de l'élimination de la maladie s'est déclinée au fil du temps selon plusieurs approches et axes d'intervention, types de partenariat et une couverture géographique variable.

Après plus de huit ans, alors que la courbe épidémiologique globale était en dessous du seuil épidémique, MdM s'est désengagé graduellement de la lutte contre le choléra, et ce, selon les besoins et les priorités des autorités sanitaires partenaires dans six zones du pays : département de Grand'Anse, département du Sud, département du Nord-Ouest, Bas-Artibonite, Bas Plateau Central, la région Les Palmes et la zone métropolitaine (département de l'Ouest).

L'exercice de capitalisation des expériences de MdM dans la lutte contre le choléra en Haïti émane de la volonté de constituer une mémoire institutionnelle, de nourrir une réflexion collective sur nos modalités d'intervention dans le contexte d'épidémie de choléra en Haïti et d'en tirer des enseignements pour des interventions ultérieures du Réseau MdM en Haïti ou dans d'autres pays.

Brève présentation du projet

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le choléra est une « infection diarrhéique aiguë provoquée par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae* ». Dans sa forme sévère, elle peut conduire en quelques heures seulement à la déshydratation et à la mort des personnes affectées si aucun traitement adéquat n'est administré. Les principaux réservoirs du bacille *Vibrio cholerae* sont l'être humain (transmission de personne à personne par voie féco-orale) et les milieux aquatiques.



Le choléra a été introduit en Haïti dans le département du Centre (village de Meille) en octobre 2010, soit neuf mois après le séisme dévastateur ayant affecté le pays, à la suite d'une contamination massive du fleuve Artibonite (le plus long cours d'eau d'Haïti et de l'île d'Hispaniola) par une souche importée de *Vibrio cholerae* toxigène (*Vibrio cholerae* O1, biotype El Tor, sérotype Ogawa) présente en Asie du Sud et à l'origine de la septième pandémie de choléra actuelle.

Le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) haïtien lie la propagation fulgurante de la maladie en l'espace d'un mois à la très « grande vulnérabilité du pays aux maladies hydriques, conditions sociosanitaires préexistantes » suite au tremblement de terre du 12 janvier 2010 : « [...] une estimation des conditions sanitaires globales en Haïti (probablement très sous-estimée), montrait que 31 % de la population n'avait pas accès à de l'eau potable et 83 % à une installation améliorée d'élimination des excréments. À ce même moment, il était estimé que 46 % de la population haïtienne n'avait pas un accès direct aux soins de santé, sans compter le manque de bonnes pratiques d'hygiène pour la plupart de la population. »

Après deux années d'efforts nationaux avec l'appui de la communauté internationale pour contrôler le choléra, et devant le constat de l'inexpérience des acteurs dans la gestion de l'épidémie et de la non-harmonisation et coordination des multiples initiatives sur l'ensemble du territoire, le MSPP et la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (DINEPA) validaient le Plan national d'élimination du choléra (PNEC) pour une période de 10 ans (2013-2022). Ce plan se décline en trois étapes (court terme de 2013 à 2015, moyen terme de 2016 à 2018 et long terme de 2019 à 2022) et s'articule autour de quatre domaines : eau et assainissement, santé et gestion des soins de santé, épidémiologie et promotion de la santé, hygiène et nutrition.

Médecins du Monde est présent en Haïti depuis 1989. Cinq sections (Argentine, Canada, France, Espagne et Suisse) sont aujourd'hui opérationnelles dans six départements du pays, et mènent des programmes en santé sexuelle et reproductive, nutrition, renforcement du système de santé haïtien, promotion de la santé communautaire et en appui aux urgences.

Plus spécifiquement, dans le cadre de la lutte contre le choléra, les interventions conjuguées ou non des membres du Réseau MdM en Haïti ont été/sont :

Médecins du Monde Canada : débutées en novembre 2010 dans la commune de Cité Soleil (zone métropolitaine, département de l'Ouest), ses activités de soutien et de renforcement des instances sanitaires locales dans la prévention et la prise en charge du choléra et des maladies hydriques ont été élargies, à partir de 2014, à la zone métropolitaine et au département du Nord-Ouest.

Évolution de la stratégie d'intervention :



Phase 1 (2010-2011) : intervention directe visant à appuyer le Bureau communal sanitaire de Delmas (BCSD) dans la prévention de la propagation du choléra/des diarrhées aiguës et à offrir un accès rapide au traitement des personnes infectées au niveau communautaire grâce aux postes de réhydratation orale (PROC), et au niveau institutionnel par l'intermédiaire de l'unité de traitement de choléra (UTC) du Centre haïtiano arabe Plan International (CHAPI).

Phase 2 (2012-2014) : intervention indirecte à Cité Soleil en appui au BCSD visant à mettre en place un système de prise en charge et de prévention des cas de choléra dans la communauté (PROC) et dans deux structures de santé (CHAPI et Centre de santé Fontaine) et à renforcer les capacités de gestion et de coordination du Bureau communal sanitaire.

2013 : réorientation de l'intervention pour se conformer au Plan d'élimination du choléra du MSPP lancé en février (intégration du choléra dans le paquet essentiel de services des centres de santé et hôpitaux) et pour pallier les lacunes du BCSD dans la supervision des institutions de santé et des PROC (stratégie semi-interventionniste, avec deux agents communautaires superviseurs sous contrat avec Mdm Canada)

Phase 3 (2014-2016) : élargissement de l'action (continuum de soins communautés-institutions) en termes de zones géographiques, de partenariats et d'axes d'intervention.

- (a) Élargissement de l'action de Mdm en appui aux autorités sanitaires, tant au niveau communautaire qu'institutionnel, du département du Nord-Ouest (mai 2014) et de la zone métropolitaine (novembre 2014), en synergie avec les acteurs du secteur eau, hygiène et assainissement (EHA).
- (b) Intervention en santé primaire/EHA en consortium avec Oxfam-Québec à Cité Soleil de 2014 à 2017.
- (c) Intervention d'urgence choléra/malnutrition en consortium avec Médecins du Monde Espagne à partir d'avril 2015.
- (d) Inclusion dans le consortium Médecins du Monde (Belgique, Espagne/chef de file, France) à partir de mai 2015 (3^e phase du projet d'appui à la lutte contre le choléra, financement de la Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes ou ECHO).

Phase 4 (2016-2017) : nouvelle stratégie de lutte contre le choléra, décidée au début de 2016, par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ECHO et l'Organisation mondiale de la Santé/Organisation panaméricaine de la santé (OMS/OPS) sans concertation avec le MSPP. Intervention communautaire soutenue par les acteurs EAH et intervention institutionnelle par les acteurs de la santé.

- (a) Intervention du consortium Médecins du Monde (Belgique, Canada, Espagne/chef de file, France – 4^e phase du projet d'appui à la lutte contre le choléra, financement



ECHO) en appui aux autorités sanitaires au niveau institutionnel seulement, en synergie avec les acteurs EAH impliqués dans l'intervention communautaire, avec déploiement d'une cellule d'urgence à portée nationale.

- (b) Intervention sanitaire d'urgence suite au passage de l'ouragan Matthew dans le département du Nord-Ouest, d'octobre 2016 à avril 2017, en appui aux autorités sanitaires.

Phase 5 (2017-2019) : financement pluriannuel d'Affaires mondiales Canada suite à la déclaration du Secrétaire général des Nations Unies en décembre 2016.

Intervention du consortium Médecins du Monde (Argentine, Canada/chef de file, Espagne, France) en appui aux autorités sanitaires, au niveau institutionnel dans cinq zones (département du Nord-Ouest, département de Grand'Anse, département du Sud, Bas Artibonite, Région des Palmes et zone métropolitaine – département de l'Ouest) et au niveau communautaire (Bas Plateau Central), en synergie avec les acteurs EAH impliqués dans l'intervention communautaire dans les mêmes zones d'intervention.

2018 : le consortium Médecins du Monde développe, avec les directions sanitaires départementales et les coordonnateurs des maladies infectieuses, un plan de désengagement graduel, tenant compte des forces et des faiblesses de chaque direction sanitaire dans leur réponse aux flambées épidémiques.

Phase 6 (2019-2020) : pont entre la stratégie de désengagement du choléra et le risque de reprise de l'épidémie en raison de la capacité limitée d'intervention rapide des autorités sanitaires, notamment dans les départements où le risque de flambées est toujours existant.

Cellule d'urgence nationale opérée par MdM Canada ayant la capacité de dimensionner, sur les dix départements d'Haïti, une intervention adéquate et efficace devant les flambées, en appui aux autorités sanitaires départementales au niveau institutionnel, et en coordination avec les EMIR (équipes mobiles d'intervention rapide) des directions sanitaires départementales et les acteurs EHA au niveau communautaire.

Médecins du Monde Espagne : en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques, et depuis les premiers foyers de choléra en 2010, MdM Espagne a appuyé les autorités sanitaires, notamment dans l'ouverture et le fonctionnement d'UTC et de centres de traitement du choléra (CTC) ; dans la création de PROC ; dans la formation et le recyclage du personnel de santé et du personnel d'entretien ; dans la sensibilisation des acteurs de la médecine traditionnelle, des ASCP et des leaders communautaires sur les pratiques d'hygiène et dans la sensibilisation des prestataires de soins et des directions médicales des structures de santé à l'intégration du choléra dans le paquet essentiel de services (PES).



Les différents projets de lutte contre les maladies diarrhéiques, dont le choléra, mis en œuvre par MdM Espagne ont été :

2010-2012 : activités de lutte contre le choléra à Petit-Goâve et dans la région des Palmes (département de l'Ouest). À Petit-Goâve, notamment, MdM Espagne ouvre l'UTC à l'Hôpital Notre Dame le 8 novembre 2010 et le CTC de Chabanne le 21 novembre 2010. Un deuxième UTC ouvre à Lefort le 29 janvier 2011. MdM Espagne ferme le CTC le 15 mai 2011. En septembre 2011, l'UTC de Lefort est converti en PROC et l'UTC de l'Hôpital transféré à l'Unité communale de santé (UCS)/MSPP.

2013-2014 : soutien à l'intervention de lutte contre l'endémie de choléra en Haïti, en consortium avec MdM Belgique et MdM France.

2014-2015 : soutien à l'intervention de lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti, en consortium avec MdM Belgique et MdM France.

2015-2016 : soutien à l'intervention de lutte contre l'épidémie de choléra en Haïti, en consortium avec MdM Belgique, Canada et France.

2015-2016 : intervention d'urgence de prise en charge sanitaire du choléra et de la malnutrition aiguë sévère dans le Nord-Ouest et l'Artibonite, en consortium avec MdM Canada.

2016-2017 : soutien à l'intervention de lutte contre le choléra en Haïti (ALCHA), en consortium avec MdM Belgique, MdM Canada et MdM France.

2017-2019 : soutien à l'intervention de lutte contre le choléra en Haïti (ALCHA), en consortium avec MdM Argentine, MdM Canada et MdM France.

Objectifs et public visé

Objectifs

L'objectif général de la capitalisation est de tirer profit des expériences de MdM en lien avec la lutte contre le choléra de 2010 à 2019, afin d'améliorer les interventions futures dans le cadre d'une urgence sanitaire en Haïti ou dans d'autres pays.

Plus spécifiquement, les objectifs sont de :

- (a) Documenter les différentes interventions menées par MdM dans la lutte contre le choléra ;



- (b) Identifier les facteurs internes et externes qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre des interventions ;
- (c) Identifier les approches développées par MdM dans la prévention et la prise en charge des cas de choléra/diarrhées aiguës ;
- (d) Analyser ces approches, leur pertinence, les facteurs d'influence et leur adaptation au contexte ;
- (e) Étudier les perceptions et les acquis de l'action de MdM par les parties prenantes ;
- (f) Étudier les perceptions et les acquis de la prévention et de la prise en charge des maladies diarrhéiques par les communautés ;
- (g) Proposer des recommandations i.) pour de futures interventions en réponse à des urgences épidémiques en Haïti ; ii.) pour des interventions sanitaires d'urgence en appui aux autorités locales au-delà du contexte haïtien.

Public visé

- (a) À l'interne : les équipes de MdM en Haïti et aux sièges, avec diffusion dans l'ensemble du réseau de MdM ;
- (b) En Haïti : les partenaires (autorités sanitaires, organisations, agences onusiennes investies dans lutte contre le choléra), le Cadre de liaison interorganisations (CLIO), le Collectif santé ;
- (c) À l'externe : les bailleurs de fonds, les réseaux/coalitions d'organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de l'aide internationale (développement, urgence).

Approche méthodologique

Cet exercice de capitalisation fournira des éléments de compréhension et soulignera les points communs et les différences dans les approches, les atouts et les limites des expériences jugées les plus porteuses d'enseignements dans les projets choléra mis en œuvre par MdM depuis 2010. Un choix pourra donc être effectué au cours de la réalisation de l'exercice en vue d'approfondir des expériences spécifiques qui font la spécificité de l'intervention de MdM dans la lutte contre le choléra. Mais il importera d'argumenter ce choix et de veiller à le faire valider par le Comité de pilotage de la capitalisation.

Cette étude devra aboutir à un rapport (incluant un sommaire exécutif) qui comprendra des recommandations (transversales au Réseau MdM et spécifiques par section) portant sur les expériences et les leçons apprises de MdM en matière de lutte contre le choléra. Pour ce faire, la consultante ou le consultant devra proposer une méthodologie.

Cette méthodologie doit être détaillée et proposer des outils de collecte de données, tant qualitatives que quantitatives, ainsi qu'un plan de travail (rapport initial) pour avis et validation par le Comité de pilotage de la capitalisation avant le démarrage de la collecte de données.



Le développement de la méthodologie s'appuiera sur les présents termes de référence et sur les documents-clés présentés ci-dessous, qui seront partagés avec la consultante ou le consultant.

L'échantillonnage proposé devra tenir compte également de la liste des personnes et des institutions-clés proposée ci-dessous.

Documents-clés

La consultante ou le consultant devra prendre connaissance d'un certain nombre de documents, dont au minimum :

- (a) Les documents de projets ;
- (b) Les rapports finaux de projets remis aux bailleurs de fonds ;
- (c) Les rapports d'évaluation et de capitalisation des projets ;
- (d) Une revue documentaire liée à l'épidémie de choléra en Haïti (politiques et plans nationaux de santé, rapports statistiques et épidémiologiques, bulletins humanitaires, rapports ou articles scientifiques, etc.).

La liste détaillée de ces documents sera donnée à la personne retenue lors du briefing.

Personnes/institutions-clés

En Haïti

MdM Canada :

MdM Espagne : Miguel Vallet de Montano (coordination pays) ; Dr James La Guerre (coordination médicale) ; Dr. Ricardo Nordain (coordination projet choléra).

Sièges MdM

MdM Canada :

- Isabelle Mas, conseillère qualité et redevabilité, Montréal (gestionnaire des projets en Haïti au siège de 2012 à 2018) ;
- Dre Shelley-Rose Hyppolite, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, administratrice au conseil d'administration et responsable du comité d'expertise médicale.

MdM Espagne :

- Javier Arias, responsable pôle Amérique ;
- Miguel Ángel Olmos, officier de projets.

Productions attendues

Note de cadrage



La note de cadrage de la capitalisation sera développée par la consultante ou le consultant et sera soumise au Comité de pilotage en amont de la phase de terrain pour commentaires et validation. Cette note présentera une proposition de méthodologie détaillée et un plan de travail ainsi que les outils de collecte prévus pour le recueil des données, un plan d'échantillonnage pour les entretiens et un calendrier prévisionnel précis de la phase de terrain.

Résultats préliminaires et recommandations

À la fin de la phase de terrain, la consultante ou le consultant préparera une présentation des premiers résultats et recommandations qui se dégagent avant l'étape d'écriture. Elle sera discutée lors d'une rencontre/discussion avec le Comité de pilotage.

Rapport final

Un rapport final provisoire sera produit à l'issue de la phase de terrain. Le Comité de pilotage disposera de deux semaines à partir de sa réception pour émettre des commentaires et avis.

Le rapport final définitif

Il devra intégrer les commentaires/remarques/discussions/échanges/recommandations issus du rapport final provisoire.

Le texte principal du rapport de capitalisation, en format Word, doit comprendre entre 30 et 50 pages (sans compter les annexes), caractères 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

Résumé exécutif (5 pages maximum)

Introduction

Liste des acronymes

Contexte (description du projet)

Objectifs de la capitalisation

Méthodologie et limites

Principaux résultats

Contraintes ayant un impact sur le projet

Analyse et leçons apprises (positives et négatives)

Conclusions et recommandations, incluant une proposition synthétique des actions à maintenir pour les interventions futures

Annexes : TDR, liste des personnes rencontrées et calendrier, guides d'entretiens, bibliographie

Deux versions du rapport final seront requises :



Une première version exhaustive du rapport sera produite à destination uniquement des personnes internes à MdM.

Une seconde version, dont le format et le contenu seront discutés préalablement et validés par le Comité de pilotage, sera réalisée pour une diffusion externe.

Restitution orale

Plusieurs restitutions sont envisagées :

Présentation des résultats en Haïti : aux équipes de MdM, aux partenaires et aux autres acteurs investis dans la lutte contre le choléra (Café CLIO, Comité de coordination choléra-UNICEF, Unité d'appui à la décentralisation sanitaire ou UADS-MSPP, OMS...)

Présentation aux équipes siège (à déterminer)



ANNEXE 2 – QUESTIONS D’ANALYSE

Questions d’analyse

Pour chacune des quatre étapes du présent exercice de capitalisation, nous avons préalablement élaboré des questions d’analyse. Ces questions ont été formulées afin de répondre de manière détaillée et précise aux objectifs de l’exercice de capitalisation. Elles décomposent les objectifs en un ensemble de points spécifiques qui facilitent la collecte de données, leur analyse et la rédaction dans un tout cohérent.

La première étape de notre démarche consiste à reconstruire minutieusement l’évolution des différentes interventions de MdM en Haïti pour la lutte contre le choléra au cours des dix dernières années. Pour ce faire, nous tentons de décrire le cycle complet de chacun des principaux projets de MdM en distinguant deux phases : la conception et la réalisation.

Pour cerner la conception des projets, nous posons les questions suivantes :

1. Quelles étaient les zones d’intervention et la durée du projet ?
2. Quels étaient les objectifs du projet, les résultats attendus et les populations visées ?
3. Quels étaient les acteurs d’intervention impliqués dans le projet ?
4. Qui étaient les bailleurs de fonds du projet, et avaient-ils des attentes spécifiques ?

Pour rendre compte de la réalisation des projets, nous posons les questions suivantes :

5. Quelles activités MdM a-t-il réalisées dans le cadre du projet ?
6. Quelles populations ont-elles été rejointes par les différentes activités ?
7. Quelles approches de prévention MdM a-t-il développées ?
8. Quelles approches de prise en charge des cas de choléra MdM a-t-il développées ?
9. Quels ont été les résultats immédiats des activités menées ?

La deuxième étape de notre démarche consiste à analyser les interventions de MdM en utilisant quatre critères de l’OCDE. Pour ce faire, nous reprenons les plus récentes définitions et adaptons des questions d’analyse issues de certains documents d’analyse du CAD¹⁰⁵. Les définitions et questions d’analyse sont présentées dans le tableau suivant.

¹⁰⁵ Le CAD a révisé ses critères d’évaluation en 2015 après l’adoption du Programme de développement à l’horizon 2030 et de l’Accord de Paris par l’Assemblée générale des Nations Unies. De nouvelles définitions et un sixième critère ont ainsi été proposés récemment dans le document *Des meilleurs critères pour des meilleurs (sic) évaluations* (2019), que nous reprenons dans le présent exercice de capitalisation. Certaines questions d’analyse sont tirées du document du CAD intitulé *Évaluer la coopération pour le développement* (2010).

Tableau 1 – Les six critères d'évaluation du CAD-OCDE

Critères et définitions	Questions d'analyse
<i>Pertinence</i> : mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions, et demeurent pertinents même si le contexte évolue.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention répondaient-ils aux besoins des bénéficiaires ? • Les interventions menées répondaient-elles aux priorités du MSPP dans le cadre de la lutte contre le choléra en Haïti ?
<i>Efficacité</i> : mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, y compris les résultats différenciés entre populations.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les résultats ont-ils été atteints ? • Quels facteurs internes ou externes ont facilité ou entravé les interventions ?
<i>Viabilité</i> : mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer.	<ul style="list-style-type: none"> • MdM a-t-il mis en place une stratégie de sortie permettant que les résultats des interventions conduites perdurent après la fin de celles-ci ? • Quels sont les principaux facteurs qui ont influé sur la viabilité ou la non-viabilité de ces interventions ?
<i>Impact</i> : mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences positives ou négatives de l'intervention et comment s'expliquent-elles ? • Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?

La question de l'efficacité occupe une place centrale dans notre analyse, puisqu'elle contient une discussion des facteurs ayant eu un impact positif ou négatif sur les interventions. Cette discussion est non seulement un objectif des *Termes de références* en soi (ii), mais elle fournit aussi des éléments importants pour la dernière étape de l'exercice de capitalisation : les recommandations et les leçons apprises.

Ainsi, afin de préciser notre analyse de l'efficacité et de guider notre collecte de données et notre analyse, nous avons préalablement identifié des ensembles plus ou moins fixes de



facteurs internes et externes qui ont pu avoir un impact significatif sur les interventions de MdM. Nous suggérons huit grandes catégories :



- **Facteurs internes :**
 - *Les ressources.* Nous entendons par ressources la quantité, la qualité et l'accessibilité de « moyens financiers, humains et matériels utilisés pour l'action de développement¹⁰⁶ ».
 - *Le fonctionnement des équipes de MdM.* Le fonctionnement des équipes de MdM est compris au sens large et inclut les équipes en Haïti et au Canada, ainsi que les relations entre elles.
 - *La connaissance et l'expérience du contexte d'intervention.* Ce facteur regroupe à la fois la connaissance et l'expérience de la maladie, du pays, des populations locales et des divers acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra.
 - *La coordination avec d'autres chapitres de MdM.* La coordination avec d'autres chapitres de MdM réfère spécifiquement au travail de Médecins du Monde en consortium lors des phases 3, 4 et 5.
- **Facteurs externes :**
 - *Le gouvernement d'Haïti.* Les politiques, décisions et dynamiques internes du gouvernement d'Haïti qui sont d'intérêt pour cette capitalisation sont surtout celles du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) et des institutions départementales de santé publique.
 - *Les partenariats avec d'autres organismes non gouvernementaux.* Ce facteur réfère aux organismes non gouvernementaux avec lesquels MdM a collaboré dans le cadre de ses interventions sur le terrain en Haïti.
 - *Les acteurs internationaux.* Les acteurs internationaux regroupent notamment des organisations internationales, comme l'OMS et l'UNICEF.
 - *Les contextes d'intervention.* À notre sens, la formule « contextes d'intervention » englobe les sphères sociales, politiques, économiques et culturelles du contexte d'intervention, au niveau local, national et international.

Bien que ces grandes catégories guideront notre recherche, nous avons été disposés à ajouter à notre analyse, au cours de l'exercice de capitalisation, des facteurs internes ou externes qui pourraient être pertinents.

En plus des critères de l'OCDE, notre analyse des interventions intègre deux critères transversaux : le genre et l'environnement. Nous tentons d'évaluer si toutes les interventions de MdM Canada ont pris en considération ces différents aspects et quels ont été les effets des interventions sur l'égalité de genre et sur l'environnement.

¹⁰⁶ Voir le *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats* (2002) du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coordination et de développement économique (OCDE).



Pour l'aspect relatif au genre :

- MdM a-t-il favorisé la participation des femmes aux différentes étapes des projets (lors de la conception des projets, lors de leur mise en œuvre, lors du suivi et de l'évaluation) ? Si oui, comment ?

Pour l'aspect environnement

- Est-ce que certaines activités du projet, telles que la construction/réhabilitation de latrines, l'installation de stations de lavage de mains, la gestion des déchets, etc. pouvaient avoir un impact environnemental ? Si oui, quelles stratégies de mitigation ont-elles été mises en place ?



Suivez-nous sur



www.medecinsdumonde.ca