

# République d'Haïti

## Première ébauche

### Document Cadre de Politique nationale

### Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance

Janvier 2009

Port-au-Prince, Haïti  
Sommaire

Déclaration

Avant-propos

Remerciements

Acronymes

Le Cadre de Politique nationale de Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance

1. Introduction
2. L'analyse de la situation
3. Vision, buts et objectifs du Cadre de Politique DIPE
4. Les Axes stratégiques et les Activités principales de chaque stratégie
  - 4.1. Augmenter et maximiser l'investissement dans le DIPE
  - 4.2. Développer les services prénatals et pour les enfants de zéro à 3 ans
  - 4.3. Planifier les Centres d'éveil, crèches, orphelinats, écoles préscolaires et Centres communautaires DIPE
  - 4.4. Développer et améliorer la formation initiale et continue
  - 4.5. Etablir les Zones de Convergence DIPE
  - 4.6. Assurer les Droits et la protection des mères et des enfants
  - 4.7. Améliorer la qualité de l'eau, l'assainissement et l'hygiène
  - 4.8. Développer le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale
5. Structures et mécanismes pour mettre en œuvre le Cadre de Politique DIPE
6. Plan général d'investissement dans le DIPE
7. Mécanismes de surveillance, évaluation, rapport et suivi

## 8. Conclusion

### Bibliographie

### Acronymes

BCG	Bacille Calmette-Guérin contre la tuberculose
BM	Banque Mondiale
BPM	Brigade de Protection des Mineurs
BUGEP	Bureau de Gestion pour l'Éducation Préscolaire
CARICOM	Communauté Caribéenne
CDE	Convention sur le Droits de l'Enfant
DTC1	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
DIPE	Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EMMUS	Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
GTEF	Groupe de travail sur l'éducation et la formation
IBESR	Institut du Bien-être Social et de Recherche
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et Informatique
MAG	Malnutrition Aigue Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	Ministère de la Condition Féminine et des Droits des Femmes
MCV	Vaccin contenant la rougeole
MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MJSP	Ministère de Justice et de la Sécurité Publique
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTPTC	Ministère des Travaux Publics, Transports et Communications
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fond des Nations unies pour l'Enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

# Le Cadre de Politique pour le Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance

## 1. Introduction

Les dommages et les pertes de vies humaines et de ressources causés par le tremblement de terre de janvier 2010 ont rendu la mise en place de ce Cadre de Politique pour Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance (DIPE) en Haïti encore plus urgente et importante. Ce document portant sur le moyen et le long terme pour le relèvement et le développement des services dédiés aux parents et aux jeunes enfants, depuis la naissance à six ans, est complémentaire des activités à court terme de sauvetage et de reconstruction. Il est essentiel de mettre en œuvre les stratégies du Cadre de Politique DIPE rapidement dès la première année après que les activités de relèvement initial auront été menées.

Ce Cadre de Politique est le résultat d'une étroite coordination entre le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP), le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), le Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST), Ministère de la Condition Féminine et des Droits des Femmes (MCFDF), le Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique (MJSP), et le Ministère des Travaux Publics, Transports et Communications (MTPTC).

Le Cadre de Politique pour le Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance (DIPE) est basé sur la Convention sur les Droits de l'Enfant (CDE), signée et ratifiée par Haïti en 2003 ; les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ; les objectifs, et surtout l'Objectif Un, de l'Éducation pour Tous ; les objectifs de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW) ; les objectifs du Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP), et les politiques et plans dans les secteurs d'éducation, santé, nutrition, justice, protection/affaires sociales et environnement, eau et assainissement. Le Cadre de Politique a été harmonisé avec les grandes lignes déjà tracées pour le développement du pays, notamment les articles 19, 22, 32, 32.1, 32.5 et 261 de la Constitution de 1987 et le Plan national de l'Éducation et de Formation et la Stratégie Nationale d'Action de l'Éducation pour Tous. Il est aussi harmonisé avec les lignes directrices pour le développement des politiques DIPE de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), qui représentent la base pour l'unification et l'alignement des normes, standards et stratégies communs aux pays membres de la CARICOM.

Le Cadre de Politique DIPE d'Haïti est aussi basé sur les recommandations des trois consultations régionales de 2009 dans le Nord-Ouest, les Nippes et le Nord-Est. Un Forum National sur le DIPE été réalisé en février 2009 à Port-au-Prince. On y reconnut l'importance des vœux des parents et dirigeants politiques et de la société civile dans la formulation des stratégies du Cadre de Politique afin de mieux répondre aux demandes de services des citoyens.

Le Cadre de Politique DIPE est la réponse nationale à tous ces documents normatifs et à ces consultations. Il est aussi une réponse essentielle aux priorités du pays concernant :

- La survie de l'enfant dans les domaines de la santé, la nutrition, l'assainissement, l'éducation et la protection ;
- Les interventions pour faire baisser les taux de malnutrition, de mortalité et de morbidité affectant les mères et les enfants moins de 6 ans ;
- Le développement harmonieux et équilibré des enfants de zéro à six ans, avec un accent sur la période prénatale jusqu'à 3 ans ;
- La protection juridique de l'enfant et les services de protection infantile;
- La promotion des partenariats officiels entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé.

L'investissement dans la Petite Enfance est d'importance stratégique pour Haïti, et surtout dans cette période de reconstruction et développement. Il est essentiel pour atteindre la stabilité économique et sociale. En de plus, c'est la clé pour améliorer la sécurité alimentaire dans les foyers des familles pauvres d'Haïti. Le DIPE est le fondement d'une meilleure productivité nationalité, d'un plus grand civisme et d'un développement durable. Le gouvernement reconnaît que l'accroissement de l'investissement dans les services de bonne qualité et dans le développement intégral de la petite enfance générera des bénéfices importants pour le pays. Ces résultats escomptés s'appuient sur les données scientifiques suivantes :

- Pour chaque \$1 mis dans les services DIPE, le retour sur l'investissement se situera entre \$3 et \$17. (Heckman 2006, 2007; Rolnick 2006) En moyenne, on peut escompter un rendement d'environ \$7 pour chaque dollar investi dans des programmes de DIPE de qualité.

- La recherche sur le cerveau révèle que la période la plus importante du développement de l'enfant se situe de 0 à 3 ans. (Shonkoff et Phillips 2000)
- Les retours sur investissement les plus élevés sont générés par des programmes qui ciblent les enfants de 0 à 3 ans, et en deuxième rang par ceux qui s'adressent aux enfants de 4 à 6 ans.
- Au plan des jeunes et de leurs familles, on constate une diminution du nombre d'adolescents écrasés par des responsabilités parentales précoces, de familles monoparentales appauvries, de retards de développement, de cas de malnutrition, de handicaps chez les enfants, et d'abandons scolaires.
- Au plan national, on assiste à une augmentation de la productivité et, souvent, une baisse de la criminalité.
- L'expérience internationale fournit de nombreux éléments de preuve montrant que le développement des services pour le DIPE permet de briser le cycle de la pauvreté.
- Comme illustré dans *Échapper au piège de la pauvreté: Investir dans les enfants en Amérique latine*, le DIPE atteint des résultats en créant un "cercle vertueux de développement" (Moran et al 2004).
- L'éducation parentale et d'autres services de DIPE mènent à de meilleures compétences parentales et un meilleur développement de l'enfant.
- La préparation à la procréation et l'éducation prénatale associées à soins de santé primaires réduisent grandement les coûts des soins de santé en termes de soins intensifs néonataux, diminuent la nécessité de recourir à la réhabilitation nutritionnelle et réduisent le nombre d'enfants prématurés et de faible poids à la naissance nécessitant des services coûteux.
- Un accroissement conséquent des investissements dans le DIPE produira une majorité d'enfants haïtiens plus forts et plus sains; et la malnutrition des enfants fera partie du passé. Les retards de développement seront surmontés en grande part et l'épanouissement de l'enfant en sera considérablement stimulé.
- Le DIPE mène aussi à l'amélioration de la santé et de la nutrition ainsi qu'à une plus meilleure préparation à l'école, à une augmentation des taux d'achèvement du primaire et du secondaire, à la hausse de la productivité économique, à la baisse des taux de criminalité, et à une meilleure citoyenneté.
- Les enfants commenceront l'école à temps, ils ne redoubleront pas et complèteront leur enseignement primaire et secondaire, et un pourcentage beaucoup plus élevé de jeunes s'inscrira à l'université.
- Les économistes de la santé rapportent que chaque dollar dépensé pour l'assainissement économise 7 dollars de soins de santé et de perte de productivité.
- Dans les pays sortant de conflits violents et de catastrophes naturelles, la mise en place de services pour enfants, de grande qualité et soucieux de leur sécurité, procure aux parents un sentiment de sécurité qui permet aux mères de travailler et de devenir plus productives.
- L'éducation des parents et les services de développement de l'enfant combinés avec une bonne gestion des cas difficiles et des systèmes de suivi améliorent l'encadrement des enfants, réduisent l'incidence de la maltraitance, et réduisent les coûts de protection de l'enfant.

Par ailleurs, les investissements de la Banque Mondiale et de la Banque Interaméricaine de Développement dans la protection sociale sont en augmentation rapide. En particulier, les programmes de transfert conditionnel de fonds (*Conditional Cash Transfer Programmes, CCT*) ont été jugés efficaces pour stimuler la consommation et protéger les pauvres à un coût relativement faible, souvent inférieur à 1% du Produit intérieur brut (PIB) du pays. Les programmes réussis de CCT, tels que *Oportunidades* au Mexique ou *Bolsa Familia* au Brésil, ont un coût de l'ordre de 0,4 pour cent du PIB (Banque Mondiale 2009). Les programmes de CCT ont apporté des améliorations remarquables dans l'accès et l'utilisation équitable des services de développement de la Petite Enfance, l'éducation la santé et la nutrition (Fiszbein et Schady 2009). Il est essentiel de combiner des services DIPE avec les programmes CCT pour pouvoir atteindre les meilleurs résultats.

Signe évident de l'appui des Ministres de Finances de plusieurs nations au DIPE, lors d'une réunion de la Banque Interaméricaine de Développement tenue au Costa Rica en 2007, 40 économistes et ministres des finances ont classé le DIPE au premier rang dans une liste de 29 investissements sociaux et économiques très efficaces. (Verdisco, 2008)

Ainsi le Cadre de Politique DIPE forme « le parapluie » pour la coordination sectorielle et multisectorielle, c'est-à-dire pour la convergence des services et leur intégration et unification au niveau communautaire.

L'approche conceptuelle et les principes du Cadre de Politique DIPE revêtent une importance fondamentale:

- Le DIPE doit répondre aux besoins de l'enfant et prendre en compte ses intérêts actuels et futurs.
- Les services doivent être multisectoriels et intégrés, unissent intimement l'éducation parentale, la stimulation psychosociale, l'éducation et les soins de santé, les suppléments nutritionnels,

l'assainissement, l'hygiène, et les droits et protection de l'enfant pour atteindre le développement intégral du jeune enfant. Les programmes intégrés aident les pays à optimiser l'efficacité de leurs investissements en faveur des enfants. (Vargas-Baron, 2005)

- L'éducation est un élément intégrateur de la politique, une base essentielle de culture sociale et le ciment des partenariats avec les autres secteurs essentiels dans le DIPE comme la santé, la nutrition, l'assainissement, la protection et la justice.
- Les enfants vulnérables et leurs parents ont un besoin urgent de services de qualité parce qu'il a été constaté que les services de mauvaise qualité ne donneront pas des résultats utiles.
- Si les enfants fragiles, nés avant terme, de faible poids à la naissance, soumis à des risques, affectés par des retards de développement ou des handicaps, ne reçoivent pas des services de DIPE appropriés et de qualité, ils ne pourront jamais réaliser leur potentiel inné.
- Il est essentiel que les services soient de nature communautaire, culturellement appropriés et transmis dans les langues du foyer et de chaque communauté.
- **Le triangle parents - communauté - enseignants est de première importance pour s'assurer que tous les enfants aient un bon début, soient prêts pour l'école et réussissent dans leurs apprentissages et dans la vie.**
- Les administrations départementales et locales ainsi que des parents participant aux décisions et à la gestion peuvent jouer un rôle essentiel dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services pour parents et jeunes enfants.
- L'amélioration de la qualité de ressources humaines intervenant dans le domaine de la petite enfance est de première importance.

## 2. L'analyse de la situation

Cette section sera améliorée plus tard quand nous aurons nouvelles statistiques et études des conséquences du séisme.

Haïti a de nombreux atouts dans son histoire, mais les cycles de violence et les catastrophes naturelles ont causé des dommages importants. Par conséquent ils ont entraîné la faiblesse et la fragilité des structures étatiques du pays. D'immenses destructions ont été causées par le tremblement de terre de janvier 2010. De nombreux établissements déjà existants pour le développement des enfants et les familles auront besoin d'être reconstruits. Les techniques modernes de construction antisismiques et anticycloniques devront être utilisées dans tous les cas.

Ce Cadre de Politique pour le DIPE se fondera sur l'engagement de l'Etat, du secteur privé et de la société civile pour améliorer le développement des enfants et des familles en Haïti. Au même temps, nous devons reconnaître que de sérieux défis existent pour établir les lois, les structures, les stratégies et les services publics qui seront nécessaires pour améliorer le développement des enfants et les familles.

Les sections suivantes présentent une brève analyse de la situation des enfants, des mères et des services dont ils ont besoin pour survivre et se bien développer. Par nécessité, cette analyse est basée sur des données datant d'avant le séisme. Pour cette raison, il sera nécessaire de l'actualiser grâce aux informations sur la situation d'après le séisme à mesure qu'elles deviendront disponibles, notamment pour des fins de planification annuelle pour le DIPE.

### ***Démographie, pauvreté et vulnérabilité des mères et enfants***

Selon l'OMS, en date du 21 décembre 2009, la population totale était estimée à 9.876.000, dont 40% vivaient en milieu urbain en 2007, et le taux d'accroissement de la population urbaine était 3,8% en 2007. (UNICEF, 2009) Depuis 1980, il y a eu un triplement de la population urbaine. Cette tendance sera temporairement inversée à court terme en raison du tremblement de terre, mais elle est susceptible d'augmenter de nouveau quand l'économie s'améliorera.

La population de moins de 5 ans est de 1.252.000, soit 12,7% de la population totale (UNICEF 2009). Il y avait un taux annuel de 2,1% de croissance de la population de 1970 à 1990 (Banque Mondiale 2009), mais il semble que depuis 2007 le taux de croissance de la population est en train de baisser de 2,1% à 1,8% (UNICEF 2009). L'utilisation des contraceptifs n'est que de 28% parmi les adultes, et il n'est donc pas surprenant que le taux de fécondité est très élevée à 4,1 pour les femmes âgées de 15 à 45 ans (OMS, 2009) et cela contribue au taux

global de fécondité de 3,6% en 2007 (UNICEF 2009). L'espérance de vie à la naissance est assez basse : de 59 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes.

Haïti est le pays le plus pauvre des Amériques, avec un taux de pauvreté comparable à celui de plusieurs pays de l'Afrique sub-saharienne. Le revenu national brut par habitant se situe entre US \$560 et \$660 (Banque Mondiale 2009 et UNICEF 2009), et le produit intérieur brut par habitant est de \$ 1.177. Le niveau de pauvreté d'Haïti est très élevé, et on estime que plus de la moitié (54%) de la population vit dans l'extrême pauvreté (moins de US \$1,00 par jour), et 78% gagnent moins de \$2,00 par jour (Banque mondiale 2009). La pauvreté rurale est estimée à 84%, et l'extrême pauvreté rurale à 69%. Le produit brut de développement par habitant a diminué récemment à un taux de 2,1%. Pour cette raison, un bon nombre des ruraux pauvres ont déménagé vers les villes, provoquant la congestion extrême, la construction de structures instables, contribuant à l'absence de sécurité dans de nombreux quartiers. Avant le séisme, le taux annuel d'inflation était de 18% en 2007.

En raison du taux de fécondité élevé, le nombre d'enfants d'Haïti, et particulièrement les jeunes enfants, est notable. À l'heure actuelle, 47% de la population (4,2 millions) a de moins de 18 ans. Les services sociaux de base sont limités, et l'on estime que 2,7 des 4,2 millions d'enfants n'ont pas accès à au moins un service de base, tel que la santé ou l'éducation. Quatre personnes sur chaque tranche de 10 enfants vivent dans la pauvreté absolue.

La catégorie des enfants les plus vulnérables comportent plusieurs types d'enfants, entre autres : les enfants blessés et affectés par le séisme ; les enfants avec VIH/SIDA ; les enfants abandonnés dans les rues et les chemins, les crèches et les orphelinats ; et les enfants victimes d'abus, de violence, et de la traite des enfants. En de plus il faut ajouter les enfants les plus défavorisés qui connaissent une pauvreté sévère, comme la plupart des fils et filles d'agriculteurs, de pêcheurs, de commerçants ambulants et saisonniers et autres chômeurs chroniques.

### **La Nutrition**

D'importance majeure est le taux très élevé d'enfants de faible poids à la naissance : 25% (moins de 2.500 grammes) (OMS 2009, EFA GMR 2010, UNICEF 2009). Tous ces nourrissons ont un retard de développement à la naissance, et ils ont besoin de services intensifs et individualisés pour leur développement.

Sur le plan positif, la plupart des nouvelles mères pratiquent l'allaitement dans une certaine mesure en Haïti, mais le taux d'allaitement maternel exclusif pour les premiers 6 mois est à peine de 41%, et un bon nombre de nouvelles mères souffrent elles-mêmes de malnutrition. (UNICEF 2007, EFA GMR 2010). En 2007, le nombre des enfants de 6 à 9 mois qui reçoivent à la fois du lait maternel et des aliments complémentaires est de 87%, et les mères qui allaitent encore de 20 à 23 mois sont 35% (UNICEF 2009).

Selon l'OMS, en 2006, 29,7% des enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance, et 18,9% avaient un poids insuffisant. D'autres sources indiquent que parmi les enfants de moins de 5 ans, 22% souffrent modérément à sévèrement d'insuffisance pondérale, 9% pâtiennent modérément à sévèrement d'émaciation, et 24% présentent un retard de croissance (*stunting*) modéré à sévère (EFA GMR 2010, l'UNICEF 2009). Dans une étude récente sur la malnutrition infantile, certaines régions d'Haïti ont présenté des niveaux élevés de malnutrition, dont notamment le Nord-Ouest, la Grande Anse, le Sud-Est, le Centre et l'Artibonite. (UNICEF, CE et de l'ACF 2009). La malnutrition chronique se situe entre 18,1% à Port-au-Prince à 31,7% dans la région du Centre. Cette étude fournit une « feuille de route » pour l'intervention nutritionnelle à l'avenir.

En outre, plusieurs milliers d'enfants souffrent de malnutrition légère. Cela constitue également une source de préoccupation parce que sans interventions nutritionnelles et éducatives appropriées, beaucoup d'entre eux deviendront modérément ou sévèrement malnutris et malades. Tous les enfants souffrant de malnutrition auront également des retards de développement ou des handicaps dans d'autres domaines comme le développement cognitif, social, affectif, du langage et de la motricité fine. Améliorer la nutrition des enfants, la sécurité alimentaire familiale et une meilleure gestion des aliments, assurer la stimulation des nourrissons et fournir des services de développement de l'enfant, seront essentiels pour donner aux enfants malnutris un bon départ dans la vie et les préparer pour la réussite scolaire.

Les micronutriments ont été distribués de façon erratique. Les registres précis sur la distribution de vitamine A ne sont pas disponibles. On sait que seulement 3% des ménages utilisent du sel iodé. De même, des niveaux élevés de l'anémie ferriprive existent, et le zinc et l'acide folique sont nécessaires pour plusieurs personnes dans

la population, et surtout pour les femmes enceintes et allaitantes. Ces micronutriments ont tendance à être distribués dans des campagnes uniques, laissant Haïti sans une infrastructure pour fournir systématiquement un paquet équilibré de micronutriments essentiels.

Haïti n'a pas de système bien planifié pour la réhabilitation nutritionnelle des enfants malnutris et le pays a compté principalement sur les ONG internationales et les organisations religieuses pour les aider. Le MSPPP n'a pas établi les politiques, plans, protocoles et structures qui sont essentiels pour vaincre la malnutrition des enfants en Haïti.

### ***Le système de santé et son personnel***

Le MSPPP a la tâche de coordonner les établissements de santé et les règlements y relatifs. Mais l'PAHO a rapporté que, « Le ministère n'a pas été en mesure d'assumer pleinement ce rôle. Les ressources de la coopération internationale ont été d'avantage orientées vers le secteur privé et les ONG et, par conséquent, certains établissements privés ont acquis une plus grande capacité que le secteur public. Le secteur de santé privé à but lucratif est concentré dans la région métropolitaine où la plupart des professionnels travaillent. Le secteur public englobe environ 35,7% de l'infrastructure de santé, le secteur privé mixte 31,8%, et le secteur privé, 32,5%. On estime que 40% de la population n'a pas accès aux services de santé. Environ 80% de la population recourt à la médecine traditionnelle » (PAHO 2007).

En effet, la densité de personnel de santé est très faible. Les données les plus récentes, fournies par l'OMS et l'EMMUS IV dans leur rapport de 1998, sont sans doute obsolètes:

- Le nombre de médecins était 1949, avec une densité démographique de 3 pour 10.000 habitants.
- Il y avait seulement 94 dentistes, avec une densité de 1 dentiste pour 10.000 habitants.
- Le nombre d'infirmières et de sages-femmes est de 83, soit une densité de 1 pour 10.000 habitants.
- Il y a seulement 8 lits d'hôpitaux pour chaque 10.000 personnes.
- Selon le Banque mondiale (2009), le nombre d'établissements de santé est insuffisant :
  - 371 postes de santé
  - 217 centres de santé
  - 49 hôpitaux, avec 11 à Port-au-Prince, desquels au moins ....sont détruits et tous manquent d'équipements et de fournitures.

Le système de santé était confronté à des défis majeurs avant le séisme et maintenant les besoins sont encore plus aigus. Les dépenses annuelles totales de santé par habitant (2006) étaient de US \$96. En proportion du PIB, les dépenses totales de santé ont été de 8%. En 2005 l'OMS rapporte que les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques totales ont été de 27,5%. De toute évidence, un effort important a été entrepris par le gouvernement, en collaboration avec des partenaires internationaux de développement, pour améliorer l'état de santé, mais beaucoup reste à faire.

### ***La mortalité et la morbidité infantiles et les services de santé principaux***

Les principales causes de mortalité infantile sont les infections gastro-intestinales, la malnutrition et la pneumonie. Selon les rapports de PAHO en 2008 :

- Le taux de mortalité infantile des moins de 12 mois était de 80,3 par chaque 1.000 naissances.
- Le taux de mortalité des moins de 5 ans était de 101,1 par 1.000 naissances.
- En 2007, le nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans était de 21,000 (UNICEF 2009).
- Le taux de mortalité des enfants due aux infections respiratoires aiguës : 8%
- Nombre de cas confirmés de mort due à la rougeole: 992
- Nombre de cas enregistrés de tuberculose : 9.125

Selon l'OMS et l'UNICEF la situation s'était améliorée récemment. La mortalité infantile des moins de 12 mois était de 57 à 60 enfants pour chaque 1.000 naissances vivantes. La mortalité infantile (moins de 5 ans) était de 76 pour chaque 1.000 naissances vivantes. La variation des données démontre qu'il y a besoin d'une meilleure gestion des statistiques.

En ce qui concerne la pandémie du VIH / SIDA en 2007, le taux de prévalence chez les personnes de 15 à 49 ans est de 2,2% de la population (Banque mondiale 2009, UNICEF 2009) soit environ 120.000 personnes (les estimations varient de 100.000 à 140.000) (UNICEF 2009). En 2007, on estimait que quelque 58.000 femmes de plus de 15 ans étaient porteuses de l'infection au VIH (UNICEF 2007, *Epidemiological Fact Sheet* 2008).

Mais la prévention du VIH est extrêmement faible. Seulement 40% des jeunes hommes et 34% des jeunes femmes ont une connaissance générale du VIH (UNICEF 2009). Seulement 43% des jeunes hommes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier contact sexuel, et seulement 29% des jeunes femmes.

L'OMS a rapporté en 2007 qu'il y a 15 cas de paludisme pour chaque 100.000 habitants, ce qui est important, mais pas aussi élevé que ce qui est signalé dans plusieurs autres pays. Le taux d'enfants de moins de cinq ans souffrant de fièvre malarique qui reçoivent des médicaments anti-paludéens est seulement de 5% (UNICEF 2009). Aucune information n'est disponible concernant le nombre de jeunes enfants qui dorment sous des moustiquaires traitées ou non traitées.

Les taux de traitement signalés pour les enfants malades sont faibles. En 2007, seulement 31% des enfants de moins de cinq ans souffrant de pneumonie ont été admis dans un établissement de soins de santé, et seulement 43% des enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée ont reçu une réhydratation par voie orale et ont continué à recevoir une alimentation (UNICEF 2009).

La mortalité maternelle est très élevée : 630 pour 100.000 naissances en 2006, et le risque de mortalité maternelle est de 1 sur 44 naissances (UNICEF 2009). La couverture des soins prénatals est extrêmement faible. En 2007, les femmes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois avant l'accouchement fut de 85%, mais seulement 54% avaient effectué au moins quatre visites prénatales (UNICEF 2009). Selon l'OMS et l'UNICEF, en 2007, seulement 26% des naissances ont été assistées par un personnel de santé qualifié et seulement 25% des mères ont accouché dans un établissement de santé (UNICEF 2009). De nombreuses recherches ont démontré que l'éducation et les soins prénatals sont essentiels pour améliorer les résultats des accouchements et pour réduire le taux de faible poids à la naissance, les retards de développement et les handicaps.

En 2008, l'OMS a signalé qu'il y avait 38 cas d'oreillons, 697 de la coqueluche, 16 cas de tétanos, et 10 cas de diphtérie. Toutefois, aucun cas de rougeole, d'encéphalite, de rubéole ou de fièvre jaune n'était signalé, ce qui témoigne du succès de la vaccination dans ces domaines.

La vaccination reste un défi. En 2005, l'enquête EDS a déclaré les taux de vaccination suivants : vaccination contre le tétanos aux nouveau-nés 43% ; BCG (Bacille Calmette-Guerin contre tuberculose) 75% ; DTC1 (diphtérie, tétanos, coqueluche) 83% ; MCV1 (vaccin contenant la rougeole) 58% ; et Polio1 52% (UNICEF 2009).

Le calendrier officiel de vaccination, avec adjonction d'un micronutriment :

- BCG Naissance
- DTC 6, 10, 14 semaines
- MCV 9 mois
- Polio 15 jours, 6, 10, 14 semaines
- Vitamine A 6, 10, 14, 18, 30, 42 mois

La vaccination de routine ne concerne pas l'Hépatite B, le Hib, la deuxième dose contre la rougeole, les oreillons, le pneumocoque, ou le vaccin contre le rotavirus.

Le gouvernement haïtien n'a pas financé l'administration des vaccinations du calendrier, laissant cette responsabilité à des organisations internationales, le secteur privé et des institutions de la société civile.

Selon l'OMS, Haïti dispose d'un plan de travail annuel pour les services de vaccination, qui est évalué, et tous les 133 districts sont couverts dans une certaine mesure. Tous les districts prévoient d'augmenter leur couverture de vaccinations. Les données sont analysées au niveau national. Toutefois, des séances de sensibilisation ne sont pas menées au niveau du district ou inférieur et les réunions n'ont pas lieu avec les dirigeants locaux. Les données ne sont pas analysées au niveau du district ou inférieur. En outre, seuls 66% des districts rapportent sur la performance de leur système de vaccination, et ces résultats sont inégaux selon les districts. Par exemple, en ce qui concerne la couverture DTC3, 58 districts ont rapporté moins de 50% de couverture. Bien qu'il existe un système de surveillance mis en place en cas de diarrhée à rotavirus, il y a un manque pour les maladies bactériennes invasives. La préoccupation du tétanos néonatal a été éliminée.

## **L'éducation**



L'éducation de la petite enfance doit être considérée dans le contexte des défis globaux du système éducatif d'Haïti. Le taux d'alphabétisation des adultes en 2007 était étonnamment faible : 62%, avec un taux plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans en 2007, 75% des hommes étaient alphabétisés et 87% des femmes, donc des progrès semblent avoir été accomplis (UNICEF 2009).

La couverture scolaire primaire en Haïti est très faible. Seulement 50% de tous les enfants d'âge scolaire primaire sont scolarisés dans le primaire, et 48% d'entre eux sont de sexe masculin et 52% de sexe féminin (UNICEF 2009). En outre, le taux d'achèvement des études primaires n'est que de 85% (UNICEF 2009). En conséquence, l'analphabétisme reste un problème majeur. En outre, 21% des enfants de 5 à 14 ans sont impliqués dans un travail abusif (UNICEF 2009). Plus de 80% des enfants inscrits dans l'enseignement primaire ne fréquentent pas les écoles publiques, et le MENFP manque d'un système de normes et de réglementation des écoles, qu'elles soient publiques ou privées.

L'éducation atteint principalement les riches et les familles à revenu intermédiaire, car « presque la moitié des enfants de 20% des ménages les plus pauvres sont hors de l'école ». (EFA GMR 2010). Les frais de scolarité sont encore perçus, avec une moyenne de US \$ 80 par enfant ou un sixième du revenu moyen des ménages pauvres en 2007. Pour répondre à l'ensemble des besoins en enseignants formés, seulement 500 diplômés sont produits par an et peu d'entre eux se consacrent à l'éducation préscolaire. La Banque mondiale a calculé que 2.500 enseignants supplémentaires sont nécessaires par an (Banque mondiale, 2008). Après le séisme ce besoin sera encore plus grand.

### ***L'éducation parentale***

Actuellement, à l'exception d'un petit nombre de groupes d'éducation des parents rattachés à certains programmes, l'éducation parentale et de soutien est rarement pratiquée. Aucun programme national d'éducation des parents et de services de soutien aux familles avec de jeunes enfants existe maintenant en Haïti. Il y avait un grand programme d'éducation parentale en Créole basée sur l'approche intégrée en Haïti entre 1987 à 1997. Ce programme s'appelait « Konesans fanmi se lespwa ti moun » (les connaissances de la famille sont l'espoir de l'enfant). Ce programme pourrait contribuer à une future programme d'éducation parentale et utiliser pour la formulation d'un « Paquet pour le DIPE ».

Dans l'avenir, il est clair qu'il faut développer un programme d'éducation parentale au niveau national, adapté aux conditions et aux besoins des enfants et des familles locales. L'éducation parentale devrait commencer pendant la période prénatale et continuer pour les parents d'enfants de 0 à 3 ans, période la plus cruciale pour le développement des enfants. Plus tard l'éducation parentale devrait être étendue aux parents des enfants de six ans.

### ***L'éducation préscolaire et les Centres Communautaires du DIPE***

Les établissements préscolaires existant en Haïti avant le séisme accueillaient 20,7% de la totalité des enfants moins de 5 ans pour un total estimé à 595.000 enfants. D'habitude, le secteur privé, les groupes religieux et les ONG offrent des préscolaires indépendants dans les zones urbaines aux familles ayant la capacité économique de payer leurs services. Les classes préscolaires intégrées dans les écoles fondamentales publiques et privées accueillaient 79,3% des enfants. Elles sont généralement de faible qualité (GTEF 2009). D'habitude, ces classes offrent des services aux enfants de 3 à 7+ ans, elles durent à peine 2 heures par jour et seulement 100 jours par an.

Seulement 5,5% des établissements préscolaires dépendent du secteur public, et ils ne servent que 4,67% des élèves d'âge préscolaire (MENFP 2008). Cela signifie que les préscolaires non publics offrent la plus grande part de l'éducation préscolaire en Haïti. Cette situation est similaire à l'enseignement fondamental et secondaire, où plus de 90% des écoles ne sont pas publiques. Parce que l'enseignement privé tend à servir principalement les familles aisées et les centres urbains, ce déséquilibre de l'offre scolaire a conduit à un haut niveau d'inégalité d'éducation à tous les niveaux. En outre, les ratios élèves/enseignant dans les classes d'âge préscolaire ont tendance à être très élevés, allant du 1:20 à plus de 1:40 par classe.

Plus de 220.000 enfants dans les classes préscolaires sont surâgés (6 ans et plus), et ils devraient être dans la première ou la deuxième année de l'école fondamentale (GTEF 2009).

En général, les préscolaires manquent des services en santé et de cantines scolaires. Parmi les établissements préscolaires, 60,9% avait une trousse de premiers soins, 19,6% une infirmerie et seulement 12,7% avait une cantine scolaire. Parmi les classes préscolaires intégrées dans les écoles fondamentales, seulement 24,1% avait une trousse de premiers soins, 7% une infirmerie, et 15,9% une cantine scolaire. (GTEF 2009)

La plupart des plus de 20.000 enseignants ne sont pas préparés pour l'enseignement préscolaire moderne. Seulement 67% des enseignants dans les préscolaires sont jardiniers (43%) ou aides-jardiniers (24%) avec quelque préparation. Les autres sont capistes (14%) ou recrutés (19%) sans préparation. Il y a un grand besoin de formation avant et pendant service pour pouvoir améliorer la qualité de l'éducation préscolaire qui est actuellement très faible.

Le MENFP a un rôle important à jouer pour augmenter et améliorer les écoles préscolaires.

Les classes et écoles préscolaires manquent de normes, règlements et guides adoptés officiellement pour les responsables et les enseignants des écoles. Il n'y a pas de supervision, et les inspecteurs sont très peu ou pas préparés pour la supervision, la formation et l'évaluation des écoles, directeurs d'écoles et enseignants. Les enseignants sont sous-payés et de ce fait, qui s'ajoute au manque de formation, ils ne restent pas pour longtemps dans le cadre. Les régions rurales manquent surtout de personnel préparé pour l'enseignement préscolaire.

Il y a quelques Centres Communautaires pour le DIPE en Haïti, mais il n'y a pas un plan ni un programme cohérent pour les impulser. Aucune des conditions nécessaires n'est en place : plan pour assurer la capacité long terme des Centres, objectifs et résultats attendus, description des activités, normes et règlements, plan de personnel, système de gouvernance locale, évaluation et supervision, et système de coordination, entre autres besoins.

### ***Droits des enfants, protection juridique et protection des enfants***

Après le séisme, il est évident qu'il y a maintenant beaucoup plus d'enfants orphelins, blessés, handicapés, malnutris et présentant un retard dans leur développement. Les données et observations suivantes sont basées sur des études d'avant le tremblement de terre. Ces situations de base continueront s'il n'y a pas un grand effort pour réformer les systèmes pendant la reconstruction et la revitalisation d'Haïti.

En ce qui concerne l'enregistrement des enfants à la naissance, seulement 81% sont enregistrés au total (variation : urbain 87% et 78% rural) (UNICEF 2007). Souvent l'État n'a pas un fichier et une référence pour chaque enfant d'Haïti. C'est-à-dire qu'à peu près 20% d'enfants n'ont pas de citoyenneté légale.

L'Institut du Bien-être Social et de Recherche (IBESR) rapporte que plus de 50.000 enfants sont placés dans 66 crèches et 67 orphelinats (ce qui donne une moyenne de 376 enfants par institution !). Mais l'UNICEF estime qu'il y avait plus de 380.000 orphelins en Haïti avant le séisme et il doit y en avoir beaucoup plus maintenant.

Les crèches et les orphelinats ont la tâche de proposer les enfants à l'adoption, mais la plupart des enfants sont considérés comme «suragés» pour l'adoption. Parmi ces enfants, le MAST estime que la majorité ont encore un parent vivant. Ces parents pensent qu'ils sont trop pauvres pour les soutenir et beaucoup ne savent pas ce qu'il adviendra d'eux. La violence, les ouragans, les handicaps et les maladies sont des raisons supplémentaires pour l'institutionnalisation des enfants.

Les adoptions sont en augmentation, surtout après le séisme. Selon IBESR, à partir de 1999-2002, le nombre d'adoptions avait augmenté de 82%. Selon IBESR, la Brigade de la Protection des Mineurs (BPM) et l'UNICEF, les crèches et les orphelinats sont de piètre qualité et ils ne répondent pas aux normes minimales pour le placement institutionnel. Les enfants ne sont pas évalués à l'entrée et aucun regroupement familial ou autre plan n'est élaboré. La qualité de la nourriture et les conditions de vie sont souvent catastrophiques. Souvent les orphelins n'ont pas de moyens pour aller à l'école primaire et secondaire.

Il y a un besoin urgent de développer des programmes de « préservation de la famille », de réunification des familles, des services d'adoption, de placement familial, et d'amélioration des crèches et orphelinats. Plusieurs études ont montré que les coûts additionnés de tous ces services sont inférieurs aux coûts des orphelinats et des crèches.

En ce qui concerne la protection juridique, Haïti avait commencé à travailler de nouveau sur son Code de l'Enfance rédigé en 2003, mais celui-ci n'a pas été finalisé et adopté. Un vaste Plan national de Protection de l'enfant haïtien en situation difficile ou de vulnérabilité a été rédigé, mais il n'a pas été validé ou adopté. De nombreux autres textes de loi sont également nécessaires, notamment une loi sur les adoptions. Cette loi est actuellement à l'étude et des mesures de protection essentielles pour les enfants sont en cours d'examen minutieux, en Haïti et à l'étranger, de sorte que la traite et la "vente" d'enfants soient valablement combattues. Lois, normes et réglementations pour les crèches et les orphelinats sont également des besoins urgents. Un effort particulier est nécessaire pour formuler un système unique pour l'admission des enfants dans les institutions, l'évaluation, la planification, la gestion des cas, et le suivi. Une attention particulière devrait être mise sur la formulation d'une loi efficace contre la traite des enfants.

### ***L'environnement, l'eau et l'assainissement***

Des taux élevés de mortalité et de morbidité infantiles, notamment les maladies liées à l'eau, telles que diarrhée, typhoïde et paludisme, sont liés en Haïti à un manque notable touchant l'eau potable, l'assainissement et l'éducation à l'hygiène. Mais aucun effort ou investissement de l'éducation ne peut pleinement compenser l'absence pure et simple des systèmes adéquats pour l'eau potable et l'assainissement.

Selon le Programme commun de surveillance de l'UNICEF et l'OMS en 2006, seulement 58% de la population avait accès à l'eau potable (70% de la population urbaine et 51% de la population rurale). En outre, seulement 24% de la population urbaine et 3% de la population rurale avaient des branchements à l'eau potable. En utilisant une définition large, 57% de la population urbaine et 14% de la population rurale avaient une certaine forme de services d'assainissement. (OMS 2006). L'UNICEF a rapporté que, en 2006, seulement 19% de la population avait des services d'assainissement amélioré (29% urbain et 12% rurale). Les systèmes d'égout et de traitement des eaux usées n'ont pas été développés en Haïti. Haïti avait systèmes très faibles d'eau et de gestion des déchets avant le tremblement de terre, et maintenant le peu qu'il y avait a été sérieusement endommagé. L'eau et les systèmes de gestion des déchets doivent être planifiés et développés à partir de pratiquement rien.

Actuellement, tous les services publics sont financés de l'extérieur et les taxes et les frais mensuels pour l'eau et l'assainissement ne fonctionnent pas bien. Les principales difficultés ont été rencontrées dans l'exercice de la planification centrale pour l'eau et l'assainissement, conduisant à une nouvelle approche de planification régionale et communautaire. Le gouvernement espère qu'il sera plus efficace. Aucune politique, plan ou législation n'a été adopté pour gérer cette situation. En conséquence, la planification communautaire pourrait être la seule voie à suivre au commencement. Mais dans un futur proche, il sera nécessaire que le gouvernement prépare des plans. Le Ministère doit établir des règlements pour les initiatives locales concernant l'eau et l'assainissement, et surtout pour les foyers et les établissements qui aident les jeunes enfants.

### ***Des observations générales***

Aucune structure organisationnelle n'existe actuellement en Haïti pour la planification, la coordination, l'exécution, la supervision, l'évaluation et le suivi des activités visant à améliorer le développement des jeunes enfants. Sans une telle structure, qui s'étend du centre aux départements, municipalités et communautés, il est impossible de s'assurer que Haïti fera un effort concerté pour améliorer le développement des enfants et pour élargir les services, en particulier aux enfants et mères les plus vulnérables.

Il est impératif qu'une structure multisectorielle et efficace soit mise en place qui comprend la santé, la nutrition, l'éducation, la protection et l'assainissement. Il sera essentiel de veiller à ce que les représentants de tous les ministères concernés, et d'autres organismes gouvernementaux, le secteur privé et la société civile participent à cette structure en vue d'étendre et de maximiser l'utilisation des capacités institutionnelles, humaines, financières et de ressources de formation pour la DIPE.

Très peu d'évaluations existent des services et des programmes pour le développement des jeunes enfants et les femmes enceintes en Haïti. Les programmes sont rarement conçus avec des évaluations internes, et les données de base sont rarement recueillies avant que les services ne soient lancés.

En conséquence, il a été difficile d'évaluer les résultats qui sont dus aux interventions ou aux autres activités et situations qui se présentent au même moment dans les communautés. Pratiquement aucune évaluation externe, étude de suivi et étude longitudinales dans DIPE n'a été menée en Haïti. Il sera important

d'entreprendre de telles études en vue d'évaluer les réalisations, d'améliorer les services de programmes, et de planifier pour l'avenir.

Actuellement, un effort à grande échelle pour le plaidoyer politique pour DIPE ne existe pas, et par conséquent de nombreux dirigeants à l'échelon national, départemental et local ne sont pas conscients de l'importance du DIPE pour atteindre l'amélioration de la productivité nationale et la réduction des coûts pour la société de services de traitement et d'institutionnalisation des enfants. La connaissance insuffisante des avantages du DIPE, de l'importance d'investir dans le DIPE, et des investissements d'autres pays à un niveau similaire de défis socio-économiques, limite encore la capacité de décision de plusieurs dirigeants haïtiens en ce qui concerne l'expansion des investissements dans les services clés de DIPE.

Enfin, aucun programme national de communication sociale et de mobilisation sociale pour le DIPE existe maintenant. Des campagnes séparées sur des sujets, comme la vaccination, le VIH / SIDA et l'allaitement maternel ont été entreprises récemment, mais il y a besoin d'une approche intégrée pour le développement holistique de l'enfant et les rôles des parents. Les messages à eux seuls ne changeront pas les comportements des parents et enfants, mais ils serviront à renforcer les leçons apprises par le contact direct avec éducateurs de la communauté et autres travailleurs communautaires.

***Les enfants d'Haïti ne peuvent pas attendre ! Et pour cela, le Cadre de Politique DIPE se lancera pour leur donner un meilleur commencement dans la vie.***

### **3. Vision, buts et objectifs du Cadre de Politique**

La vision, le but et les objectifs du Cadre de Politique son basés sur la formation des enfants haïtiens aux valeurs de la liberté et de la démocratie. Cela inclut l'intériorisation des ces valeurs pour permettre à l'enfant haïtien d'apprendre à faire des choix libres, à donner un sens, et à user de son jugement critique.

En somme, promouvoir la compréhension, la tolérance et la solidarité entre les groupes sociaux dont les engagements doivent s'inspirer de la liberté, de l'égalité et de la fraternité en tant que piliers principaux de la démocratie.

#### ***La Vision***

<b>Vision nationale pour le Développement de l'approche Intégrée de la Petite Enfance</b>
<p>Tous les nourrissons et les jeunes enfants de zéro à 6 ans dans les zones rurales et urbaines d'Haïti réaliseront leur plein potentiel de développement mental, physique, spirituel, social et émotionnel. L'enfant haïtien sera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Né d'une mère qui a planifié sa grossesse, qui a reçu en temps opportun et complet des soins et une éducation prénatals, et a accouché dans un établissement de santé ;</li><li>▪ Enregistré officiellement à la naissance ;</li><li>▪ Libre de la malnutrition et bien nourri par ses parents ou tuteurs, qui ont accès équitable à l'éducation et le support parental ;</li><li>▪ Bien stimulé et éduqué à la maison, dans les Centres Communautaires pour les premiers soins et le développement, et dans des établissements préscolaires de qualité ;</li><li>▪ Fort, sain et capable d'avoir accès aux soins de santé préventifs et à l'eau potable et à un environnement hygiénique ;</li><li>▪ Sauf et vivant dans un foyer où il est protégé par sa famille ou par son tuteur ;</li><li>▪ Capable de profiter de tous les droits des enfants dans un pays qui respecte et défend ses droits ;</li><li>▪ Bien équilibré dans la domaine psychosocial avec l'appui des services nécessaires pendant toute son enfance ;</li></ul>

- Soutenu par ses parents ou tuteurs qui peuvent accéder aux services de protection, si nécessaire ;
- Capable d'avoir un respect profond des valeurs nationales de la citoyenneté, la morale, la culture, la religion, et l'importance de contribuer à la productivité nationale et à l'économie basée sur les connaissances ; et
- Vivant en harmonie avec son environnement, ayant la capacité à vivre avec l'autre, et ouvert sur le monde.

### **Les Buts**

La finalité générale de ce Cadre de Politique est la mise en valeur de la Petite Enfance, en tenant compte de son épanouissement comme personne humaine dans la perspective de son progrès tant sur le plan spirituel, moral, social, que celui culturel et économique au sein de la famille et la communauté. L'enfant haïtien devra :

- Respecter la dignité de la vie humaine, en vue de la construction d'une culture de la paix ;
- Se développer dans une vie de famille pleine d'affection ;
- Adopter un mode de vie sain ;
- Protéger l'environnement ;
- Respecter son propre patrimoine et celui d'autrui ;

Les buts prioritaires de l'Etat Haïtien en ce qui concerne le DIPE sont les suivants :

- Améliorer le développement holistique et équilibré de l'enfant haïtien sous tous les aspects de l'éducation, de la santé, de la nutrition, de la protection et de l'assainissement, avec une attention spéciale aux enfants et aux mères les plus vulnérables et les plus défavorisés ;
- Promouvoir cette vision holistique du développement de la petite enfance auprès de l'ensemble des partenaires de tous les secteurs engagés dans la réalisation des programmes touchant la petite enfance ;
- Favoriser une approche intégrée et convergente d'élaboration et d'application des politiques sectorielles et multisectorielles reliées à la petite enfance ; et
- Contribuer à l'amélioration et à la consolidation des réseaux d'appui à la petite enfance au sein des communautés.

### **Objectifs**

Le Cadre de Politique DIPE a les huit objectifs suivants :

1. Augmenter rapidement les investissements par le gouvernement, la société civile et le secteur privé dans le DIPE depuis la grossesse jusqu'à l'âge 6 ans dans les secteurs de l'éducation, la santé, la nutrition, la protection et à l'assainissement et à établir un *Fond Multisectorielle d'Innovation pour le DIPE*, avec une attention spéciale aux mères et enfants affectés et déplacés par le séisme.
2. Améliorer le développement holistique de tous les jeunes enfants de Haïti en mettant l'accent sur la période allant de la grossesse et la naissance à l'âge de 3 ans, à travers des services coordonnés et multisectoriels prénatals, néonataux et post-natals dont l'éducation et le soutien prénatal et parental, et les services de santé, nutrition, protection et assainissement travail ensemble.
3. Augmenter l'éducation préscolaire public pour servir au moins 80% des enfants de 4 à 6 ans, et améliorer la qualité des services éducatifs dans les Centres d'éveil, crèches, orphelinats, les Centres Communautaires pour le DIPE et les préscolaires publics, de la société civile et du secteur privé, avec une attention à la transition des enfants du domicile ou du préscolaire à l'Ecole Fondamentale.
4. Développer ou améliorer les contenus des programmes, les méthodes et les matériels pour les services de DIPE, et établir un système cohérent de formation initiale et continue pour les personnels clés des services de DIPE.
5. Etablir des « Zones de Convergence DIPE » dans des communautés ciblées durant la première phase de mise en œuvre du Cadre de Politique DIPE avec l'objectif de mobiliser et responsabiliser les parents,

de mettre en place des éducateurs communautaires polyvalents et autres facilitateurs communautaires, et de relier efficacement toutes les ressources et services pour jeunes enfants vulnérables et leurs parents dans les zones ciblées.

6. Placer la priorité sur la protection des droits des mères, nourrissons et jeunes enfants avec une attention particulière aux enfants affectés par le séisme et autres catastrophes naturelles ; infectés ou affectés par VIH/SIDA ; aux enfants abandonnés ; aux crèches et orphelinats ; aux enfants victimes d'abus et de la violence ; et aux enfants avec des problèmes psychosociaux.
7. Assurer que tous les jeunes enfants et leurs familles peuvent avoir accès à l'eau potable, l'assainissement et à une bonne hygiène dans leurs maisons, Centres Communautaires DIPE et écoles préscolaires.
8. Préparer un Plan de Communication pour la promotion du Cadre de Politique, la communication sociale et la mobilisation sociale pour le DIPE.

#### 4. Les Axes stratégiques et les Activités principales de chaque Stratégie

Le Cadre de Politique DIPE a une stratégie pour chacun des huit objectifs déjà annoncé. Sous chaque stratégie, les activités de première priorité sont mises en avant.

De nombreuses autres stratégies et activités auraient pu être sélectionnées. Les stratégies et les activités énumérées ci-dessous reflètent les demandes reçues plusieurs fois au cours des ateliers de consultation qui ont eu lieu dans les régions en 2009, le forum national sur DIPE tenu en février 2009, et plusieurs politiques, plans, études et documents liés aux domaines inclus dans le DIPE. Ils sont aussi sensibles aux besoins résultant du séisme de janvier 2010.

Comme telles, les stratégies constituent des priorités plutôt qu'une liste exhaustive des activités qui pourraient être entreprises. On espère par ce moyen d'une part annoncer les activités prioritaires, et d'autre part créer une synergie entre elles, surtout au niveau des communautés, par la création de Zones de Convergence (voir Stratégie 5). Nous serons ainsi mieux à même d'atteindre la vision, les buts et les objectifs du Cadre de Politique DIPE.

##### 4.1. Stratégie 1

<b>Stratégie 1 :</b> <b>Augmenter et maximiser les Investissements dans le DIPE</b>
<b><i>Le gouvernement, en étroite liaison avec la société civile, le secteur privé et les partenaires internationaux, augmentera les investissements dans le DIPE, de la phase prénatale à six ans, dans les secteurs de l'éducation, la santé, la nutrition, la protection, et l'eau et assainissement, et établira un Fond Multisectoriel d'Innovation pour le DIPE, avec une attention spéciale aux mères et enfants affectés et déplacés par le séisme.</i></b>

4.1.1. Avec l'appui du Ministère des Finances et du Ministère de la Planification et de la Coopération externe, chaque ministère impliqué dans le DIPE, à savoir le MENFP et son Bureau de Gestion pour l'Éducation Préscolaire (BUGEP), le MSPP (Divisions de Santé Materno-Infantile et de Nutrition), le MAST (Divisions pour les services de protection aux mères et jeunes enfants), le MJSP (la protection juridique), le MCFDF, le MTPTC, et le Ministère de l'Environnement, Eau et Assainissement et leurs partenaires, augmenteront leurs budgets et dépenses pour les services multisectoriels, sectoriels et intégrés destinés aux mères enceintes et aux enfants de la naissance jusqu'à six ans, avec une attention spéciale aux populations vulnérables.

4.1.2. Dans les stratégies de reconstruction, revitalisation et réforme d'après le séisme de janvier 2010, tous les ministères du DIPE mettront une priorité sur l'augmentation substantielle de l'investissement dans le DIPE. Ces investissements seront sectoriels ou multisectoriels, selon la stratégie et le programme. C'est-à-dire, que le DIPE sera toujours inclus dans toutes les politiques, plans et budgets publics relatifs aux mères et enfants affectés par le séisme et ses conséquences.

4.1.3. Avec l'appui technique et financier des plusieurs partenaires internationaux de développement, un **Fond Multisectoriel d'Innovation pour le DIPE en Haïti** sera établi avec l'objectif de développer des initiatives prioritaires dans le Cadre de Politique, de donner une priorité aux mères et enfants affectés et/ou déplacés par le séisme ou autre catastrophes naturelles ou violence communautaire, et de planifier des programmes et services pilotes qui dès leur conception et leur mise en place seront managés pour passer à l'échelle aussi tôt que possible.

4.1.4. Etablir une taxe sur la masse salariale des corporations, établissements et organisations nationales et internationales de 3% afin de disposer d'un fond national durable pour les services et programmes multisectoriels du DIPE. Les règlements du fond seront inclus dans le Plan Stratégique du DIPE.

4.1.5. Le gouvernement se dotera de la capacité permanente de mener des Etudes financières sur le DIPE, notamment sur les coûts du DIPE, l'offre et la demande, le « mapping » et les projections et simulations en relation avec les résultats des programmes pour mieux planifier les services DIPE à l'avenir.

## 4.2. Stratégie 2

<b>Stratégie 2 : Développer les services prénatals et pour les enfants de zéro à trois ans</b>
<b><i>Le gouvernement, en étroite coordination avec l'ensemble des acteurs non publics, offrira des services coordonnés au niveau communautaire pour l'éducation et les soins prénatals, néonataux et postnatals, pour la santé et la nutrition combinés avec l'éducation et le soutien parental pour atteindre le développement intégral du jeune enfant, avec emphase sur la période allant de la naissance à trois ans.</i></b>

4.2.1 En étroite liaison avec le MSPP, le MAST, et le MCFDF, le MENFP assurera la coordination des services à base communautaire pour **les soins prénatals, l'éducation parentale et l'éducation du jeune enfant**. Ces **Centres et Services Communautaires DIPE** travailleront en liaison étroite avec les Centres de santé et les autres services pour les familles de la communauté. Ils auront au moins un travailleur social, une auxiliaire, et des agents polyvalents pour l'éducation parentale et les premiers soins en santé, nutrition, hygiène et protection. Ces agents effectueront des visites de DIPE à domicile et animeront des séances d'éducation parentale dans les centres. (Le plan général des Centres et Services Communautaires DIPE sera inclus dans le Plan Stratégique DIPE.)

4.2.2 Le MSPP assurera les soins de santé et de nutrition des jeunes enfants et des mères enceintes ou allaitantes. Le MTPTC et ses partenaires contribueront à l'assainissement et fourniront aux communautés tout autre service relevant de leurs compétences. **Les communautés** seront habilitées à aider, coordonner, développer et améliorer les ressources existantes. Elles pourront aussi aider à la mise en place de nouveaux services pour remplir les vides existant et combler les lacunes, comme l'éducation parentale intégrée. (Voir Stratégie 5 pour les contenus de base du « Paquet Complet pour le DIPE ».)

4.2.3 Le MSPP améliorera les services intensifs d'intervention pour la petite enfance existant actuellement et renforcera la formation des personnels y affectés. En outre, **un nouveau système de services intensifs d'intervention pour la petite enfance** (IIFE) sera mis en place rapidement par le MSPP afin d'améliorer le développement des nourrissons avec un poids insuffisant à la naissance ainsi que celui

des enfants de zéro à trois ans avec des retards de développement, souffrant de malnutrition ou présentant des handicaps. Le MSPP sera chargé de la coordination du système IPE, avec l'appui du MENFP et du MAST.

- 4.2.4 Une **Analyse de la Situation** sur les niveaux de développement des enfants de zéro à 3 ans souffrant de retards de développement, de malnutrition et de handicaps sera conduite par l'Agence DIPE (voir Chapitre 5) chaque 4 ans pour évaluer l'état des enfants, pour préparer un « *mapping* » des besoins des jeunes enfants, pour mieux cibler les services intensifs d'intervention, et pour mesurer les résultats des interventions à l'avenir. Plusieurs outils et manuels de programme pour la surveillance, l'identification, l'évaluation, les services, la gestion des cas, le dépistage et le suivi des nourrissons et familles à haut risque seront développés, testés sur le terrain, et diffusés à tous les services concernés.
- 4.2.5 La priorité sera également donnée à l'expansion des services de la **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)** pour améliorer la santé et la nutrition de tous les enfants et leurs familles.
- 4.2.6 Les services de **Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME)** pour les mères, jeunes enfants et adolescents (de 13 à 24 ans) affectés par le VIH / SIDA seront aussi l'objet d'une attention prioritaire avec la cible de servir aux 100% des femmes et enfants séropositifs.
- 4.2.7 Le Cadre de Politique renforce les stratégies pour les femmes enceintes et les jeunes enfants annoncées dans la Politique nationale de Santé et la Politique nationale de Nutrition en cours de développement, avec une attention particulière aux points suivants.
- 4.2.8 Des services d'éducation avant la conception seront développés afin d'aider les parents à planifier pour une grossesse de meilleure qualité et améliorer les résultats à la naissance surtout en termes d'enfants nés à faible poids ou avec des handicaps.
- 4.2.9 A cause des hauts taux de fécondité en Haïti et des forts taux d'abandon des enfants, l'éducation familiale et la contraception recevront une haute priorité dans les services d'éducation parentale et d'éducation pour les adolescents.
- 4.2.10 Les communautés doivent assurer dès que possible que les femmes enceintes commencent les visites prénatales durant le premier trimestre de grossesse, et qu'elles reçoivent 1) un paquet des micronutriments essentiels (acide folique, fer, sel iodé, vitamine A, zinc et autres à désigner) et 2) bénéficient de formation en matière de santé, de nutrition et d'éducation parentale, ainsi que de préparation à l'accouchement. Les femmes enceintes ou allaitantes souffrant de malnutrition ou de risque de malnutrition seront l'objet d'un programme de suppléments nutritionnels depuis le commencement de la grossesse.
- 4.2.11 Les Centres de santé doivent assurer que dès que possible les femmes enceintes effectuent au moins 4 à 9 visites prénatales dans un Centre de santé, selon le niveau de risque et les besoins de chaque femme. Les femmes à haut risque auront besoin de plus de visites de contrôle.
- 4.2.12 Les Centres de santé doivent assurer le plus tôt possible et avant 2015, que 90% des femmes enceintes accouchent avec l'assistance d'accoucheuses qualifiées et 80% dans des Centres de santé ou des Hôpitaux.
- 4.2.13 Le MSPP, les communautés et les Centres de santé doivent veiller à ce que les mères allaitantes, les nourrissons et les jeunes enfants vulnérables reçoivent des suppléments alimentaires et des micronutriments à travers un paquet nutritionnel (Vitamine A, fer, sel iodé, et autres selon besoin).
- 4.2.14 Le MSPP, les communautés et les Centres de santé doivent renforcer leurs services pour assurer l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, et une alimentation équilibrée complémentaire par la suite avec allaitement maternel pour plus ou moins 2 ans.
- 4.2.15 La réhabilitation nutritionnelle des enfants malnutris devrait toujours inclure une stimulation psychosociale adaptée au niveau de développement de chaque nourrisson et jeune enfant.



- 4.2.16 Dans la mesure du possible, des micronutriments pour les femmes enceintes et les jeunes enfants devraient être fournis dans les programmes intégrés du DIPE en vue d'éviter les coûts élevés des systèmes de distribution distincts.
- 4.2.17 Une liste des visites essentielles de soins de santé prévues devrait être établie pour les nourrissons et les enfants de zéro à trois ans et jusqu'à six ans, avec un carnet de soins de santé pour chaque enfant. Le carnet de santé devrait comprendre une liste des vaccinations pour chaque enfant dès la naissance, entre autre thèmes.
- 4.2.18 Un système national de suivi, comportant notamment l'enregistrement des naissances et le suivi des soins de santé, de nutrition, d'éducation et de soutien parental, serait développé et rattaché à tous les autres services concernant les nourrissons et les parents.
- 4.2.19 Au cours de la deuxième phase de l'application du Cadre de Politique DIPE, les services de l'éducation et le soutien parental seront étendus aux parents d'enfants de 3 à 6 ans.

### 4.3. Stratégie 3

**Stratégie 3 :**  
**Planifier les Centres d'éveil, crèches, orphelinats, écoles préscolaires et Centres Communautaires DIPE**

***Le gouvernement augmentera considérablement le nombre de classes et écoles préscolaires publiques et travaillera en partenariat avec les Centres d'éveil, les crèches, les orphelinats, les écoles préscolaires et les Centres Communautaires DIPE de la société civile et du secteur privé pour améliorer la qualité des services et assurer une bonne transition à l'école fondamentale.***

- 4.3.1. Étant donné le grand nombre des **Centres d'éveil** (garderies) non réglementées, un travail par étapes sera entrepris par le MENFP pour aider à les convertir en Centres pour les soins et le développement de la petite enfance de qualité acceptable au regard de la formation, la supervision, la surveillance (monitoring), et la mise en place des normes et règlements.
- 4.3.2. En coordination étroite avec le MAST, le MENFP et le MSPP assisteront les **crèches** et les **orphelinats** dans la délivrance de services intensifs d'éducation précoce en direction des enfants vulnérables et des jeunes enfants qui en ont besoin pour améliorer leur développement. Ces services seront planifiés dans la Phase 1 et mis en place dans la Phase 2 de la mise en œuvre du Cadre de Politique.
- 4.3.3. En coordination étroite avec le MSPP et le MAST, le MENFP assistera crèches et orphelinats dans l'obtention de suppléments nutritionnels et l'accès aux soins de santé pour les nourrissons et les jeunes enfants.
- 4.3.4. L'accent sera mis sur l'expansion des investissements dans **l'éducation préscolaire publique de qualité** pour les enfants de 3, 4 et 5 ans, afin d'élargir toutes les formes de l'éducation préscolaire parrainées par des organismes publics, privés et civils. La Cadre de Politique DIPE appelle à la promotion de partenariats solides entre les préscolaires publics, privés et de la société civile, et d'autres établissements communautaires pour le développement des enfants.
- 4.3.5. L'admission des enfants dans les établissements préscolaires sera strictement limitée à la tranche d'âge de 3 à 5 ans, sans redoublement. Les enfants surâgés (de 6 ans ou plus) seront inscrits dans les écoles fondamentales, où ils seront bénéficiaires d'un programme d'apprentissage accéléré pour l'éducation fondamentale. Au besoin on procédera à la mise en place de nouvelles écoles fondamentales dans certaines communautés où elles n'existent pas. Les enseignants de l'école primaire qui encadrent les enfants surâgés seront l'objet d'une formation spéciale, initiale et continue.

- 4.3.6. Pour parvenir à un accès équitable à l'éducation préscolaire de qualité formelle et non formelle dans le but de permettre l'accès universel à tous les enfants de 4 et 5 ans à l'éducation préscolaire d'ici à 2020, l'enseignement préscolaire sera élargi par étapes (voir le Plan Stratégique DIPE), avec une attention particulière accordée à la qualité des curricula, méthodes et matériaux préscolaires et une priorité accordée aux enfants les plus vulnérables. Les enfants de 3 ans seront pris en charge selon le besoin et la demande familiale ainsi que la disponibilité des classes pour ces enfants.
- 4.3.7. Un programme pour la reconstruction des établissements préscolaires existants et la construction de nouveaux établissements préscolaires publics sera mis en place. Les nouveaux établissements préscolaires doivent être placés à proximité des habitations familiales parce que les jeunes enfants ne peuvent pas marcher sur des longues distances.
- 4.3.8. Un système de « coupons » sera établi pour assurer que les enfants les plus démunis peuvent accéder à l'éducation préscolaire ou aux Centres Communautaires avec services intégrés de DIPE.
- 4.3.9. Lorsque cela est possible, des préscolaires gratuits pour les enfants de 4 et 5 ans d'âge seront offerts comme centres indépendants ou comme classes rattachées à des écoles fondamentales. Chaque école fondamentale aura au moins 2 classes de niveau préscolaire pour les enfants de 4 et 5 ans, avec le souci d'utiliser les méthodes d'éducation actives appropriées au développement des enfants. Dès que possible, chaque district aura au moins un psychopédagogue avec l'objectif d'améliorer l'enseignement en relation avec les niveaux de développement des enfants. Il sera essentiel d'avoir une dotation en équipements, fournitures, matériels de base et un espace récréatif distinct de celui des enfants du fondamental.
- 4.3.10. L'accent sera mis aussi sur les Centres Communautaires DIPE pour fournir les services d'éducation parentale et de l'éducation préscolaire de qualité pour les enfants de 4 et 5 ans d'âge, afin de permettre leur développement intégré et à les préparer à la réussite scolaire. Un plan relatif aux Centres Communautaires DIPE sera inclus dans le Plan Stratégique DIPE.
- 4.3.11. Si un système de transferts monétaires conditionnels est développé en Haïti, la participation des mères et des jeunes enfants dans les services de DIPE pour la santé, la nutrition, l'éducation parentale et l'éducation préscolaire devrait être une condition familiale pour recevoir les fonds.
- 4.3.12. En ce qui concerne les langues, dans les Centres Communautaires DIPE et les préscolaires, la primauté du créole comme langue d'enseignement est établie, puisque c'est la langue parlée par la majorité de la population. L'apprentissage d'autres langues, comme la seconde langue nationale (le français) ou d'autres langues de la région (anglais et espagnol) seront introduites selon les méthodes modernes d'apprentissage des langues étrangères.
- 4.3.13. En étroite coordination avec le Programme national de Cantines Scolaires et le Ministère de l'Agriculture, le MENFP assurera que chaque Centre Communautaire de DIPE et les classes ou écoles préscolaires auront accès aux petits-déjeuners et aux déjeuners nutritifs dans les cantines préscolaires. Selon le besoin, la communauté sera mise en mesure de pouvoir assurer les achats locaux garantissant la qualité nutritive de la cuisine destinée aux enfants. Chaque Centre Communautaire DIPE et préscolaire aura un jardin potager avec l'appui d'un agronome de la zone. Les enfants repérés comme souffrant de malnutrition recevront des services individualisés et intensifs de réhabilitation et stimulation.
- 4.3.14. En étroite coordination avec le MSPP, le Programme Alimentaire Mondiale et les autres partenaires, le MENFP s'assurera de la bonne santé scolaire grâce à la mise en place dans les écoles d'une auxiliaire de premiers soins et la référence d'enfants malades ou blessés aux Centres de santé ou aux services mobiles de santé. De même, il y aura une trousse de premiers soins dans chaque Centre Communautaire DIPE et dans chaque classe de préscolaire et, si possible, une infirmerie dans chaque école. Chaque année, les Centres Communautaires DIPE et les classes préscolaires recevront des services de vaccination, déparasitage et micronutriments.

- 4.3.15. En liaison avec le MTPTC et ses partenaires, tous les établissements du DIPE et de l'éducation préscolaire auront progressivement accès à l'eau potable et à des latrines séparées pour les jeunes filles et les garçons. Le programme sera l'objet d'une évaluation annuelle.
- 4.3.16. Un réseau de directeurs d'écoles d'éducation fondamentale sera établi, et ils recevront une formation pour les aider à intégrer les classes d'âge préscolaire de bonne qualité dans leurs établissements et à éviter l'utilisation des méthodes d'éducation formelle pour les classes d'âge préscolaire et les deux premières années de l'école fondamentale.
- 4.3.17. Afin d'améliorer la qualité de l'enseignement préscolaire et l'éducation des enfants dans les Centres Communautaires DIPE, une série d'initiatives seront menées par le MENFP afin de coordonner l'amélioration de la qualité dans tous les établissements publics et non publics. Les services des préscolaires publics et non publics seront harmonisés au regard de la pédagogie, de curricula flexibles et adaptés aux régions et communautés, aux matériaux éducatifs et aux media, ainsi qu'aux méthodes d'enseignement et d'apprentissage.
- 4.3.18. Un système de réglementation des Centres d'éveil, des services éducatifs des crèches et orphelinats, et des préscolaires sera élaboré par le MENFP, couvrant notamment la définition des normes, des standards, les outils d'assurance de qualité (par exemple, les grilles de supervision, de surveillance (*monitoring*) et de comptes rendus), l'enregistrement et l'octroi de licences annuelles aux établissements d'enseignement préscolaire, la certification des enseignants, et des critères pour les aides-enseignants.
- 4.3.19. La liste des standards de service minimum de la CARICOM sera utilisée comme base pour assurer le bon développement de chaque enfant. Les standards devraient mettre l'accent sur les environnements intégrés, y compris l'inclusion des enfants avec handicaps, difficultés d'apprentissage ou retards de développement, et la participation des parents avec les enseignants dans le développement de leurs enfants.
- 4.3.20. Un système de salaires et des bénéfices sociaux, comme le prêt et l'assurance, pour les enseignants et autres professionnels et paraprofessionnels dans le DIPE sera établi. On s'assurera que les enseignants des classes préscolaires auront un paiement équivalent aux salaires des enseignants de l'éducation fondamentale et tous bénéficieront d'un plan de carrière et d'une grille de salaires permettant d'atteindre des niveaux supérieurs de salaire grâce à l'excellence dans le service.
- 4.3.21. Tous les établissements préscolaires devront pratiquer l'inclusion. Tous les enfants présentant des retards de développement, des difficultés d'apprentissage, souffrant de la malnutrition ou de handicaps devront avoir un accès équitable à tous les services DIPE et aux services préscolaires de qualité sauf si les parents, en collaboration avec un équipe des médecins, infirmières et / ou thérapeutes, jugent que l'enfant ne peut pas bénéficier de tels services pour des raisons médicales ou fonctionnelles. Il y aura une étroite liaison entre les services intensifs d'intervention et les préscolaires de qualité pour assurer qu'il y a une bonne transition aux préscolaires et que ces services ont la préparation nécessaire pour mettre en place la planification individuelle pour chaque enfant avec des besoins spéciaux.
- 4.3.22. Les châtiments corporels seront exclus dans les préscolaires et dans tous les services de DIPE. L'Etat définira des règles qui permettront aux directeurs d'écoles de prendre des sanctions disciplinaires contre les personnels des établissements de DIPE qui abuseraient des enfants.
- 4.3.23. Le système d'Inspecteurs préscolaires sera modifié afin d'établir un nouveau cadre officiel d'agents pour le développement du DIPE qui va assurer la supervision, la formation en cours d'emploi, et les services de surveillance (*monitoring*). Ils auront un diplôme de formation universitaire plus une année de préparation post-universitaire avec un examen et un entretien avant d'avoir un poste dans la nouvelle entité. Le nombre de ces agents pour le Développement du DIPE sera augmenté de 1 à 5 postes par département, et ensuite, dans la Phase 2, leur effectif sera élargi dans chaque cellule départementale, communale ou locale pour l'éducation préscolaire en fonction du nombre d'établissements et classes préscolaires à couvrir. Ces équipes enverront leurs rapports au BUGEPE, et elles auront en charge tous les préscolaires et les Centres Communautaires du DIPE dans leurs zones de responsabilités.

#### 4.4. Stratégie 4

**Stratégie 4 :**  
**Augmenter et améliorer la formation DIPE initiale et continue**

***Le gouvernement assumera le leadership en collaboration avec les institutions de formation, notamment les universités, les Écoles normales et les programmes de formation des organisations non gouvernementales, pour l'élaboration des plans en vue d'établir un système cohérent de formation initiale et continue des différents acteurs intervenant tous les initiatives clés du Cadre de Politique de DIPE.***

- 4.4.1. Avant de préparer les programmes de formation, la pédagogie, les curricula, les manuels, les matériels, les méthodes et les supports nécessaires seront développés et testés sur le terrain sous la direction du MENJS. Cela inclura le « Paquet Complet pour le DIPE ». Ces éléments seront ensuite diffusés auprès des universités, des Écoles normales et des autres services de formation chargés l'exécution des programmes de DIPE. Afin de contribuer à assurer la qualité requise, ces éléments devraient être conformes aux normes de la CARICOM relatives aux services de DIPE.
- 4.4.2. Des termes de référence seront établis pour chaque type de travailleur des services de DIPE, avec une attention particulière à leurs qualifications, les exigences d'entrée, leur formation, les règles de formation continue, la certification et les méthodes afin d'améliorer leur statut professionnel dans l'emploi et la formation.
- 4.4.3. Des programmes de formation initiale et continue seront fournis pour les professionnels, les para-professionnels (comme les mères éducatrices et les autres éducateurs communautaires polyvalents) et les volontaires du DIPE, y compris : les directeurs des écoles et préscolaires ; les agents départementaux pour le DIPE ; les enseignants préscolaires ; les aides-enseignants ; les éducateurs communautaires polyvalents ; les éducateurs communautaires chargés de l'éducation parentale ; les éducateurs en santé communautaire, en nutrition et hygiène ; les « responsables d'interventions pour la petite enfance » (pour les nourrissons et enfants vulnérables, avec un retard de développement ou des handicaps) et les thérapeutes ; les travailleurs sociaux ; les psychologues ; et autres.
- 4.4.4. Les jardiniers seront statutairement désignés « enseignants professionnels de la petite enfance ». Ils auront le Baccalauréat plus au moins 3 ans d'étude dans une École normale ou Université avec un diplôme de spécialisation en éducation préscolaire et le DIPE multisectoriel. Ils auront au moins une année de travail sur le terrain sous la supervision d'un spécialiste en éducation préscolaire. Les auxiliaires des préscolaires auront le Baccalauréat plus 3 à 6 mois de formation avant l'entrée en service et 8 heures mensuelles de formation en service dans un endroit proche de leurs écoles. Cette formation en service sera offerte par l'agent de Développement DIPE (voir Stratégie 4.3).
- 4.4.5. Les Écoles normales qui forment les enseignants des écoles préscolaires et des écoles fondamentales, donneront la priorité à l'enseignement des méthodes d'apprentissage actives aux enseignants affectés aux enfants âgés de 4, 5, 6 et 7 ans, afin d'améliorer la transition pour les enfants et les parents de la maison et du préscolaire à l'école primaire.
- 4.4.6. Les Écoles normales aideront progressivement, avec le concours des spécialistes en formation des secteurs de la santé, la nutrition, la protection et l'assainissement, à former les formateurs des Centres Communautaires DIPE et les agents communautaires polyvalents pour les services DIPE, particulièrement dans les Zones de Convergence pour le DIPE (voir Stratégie 5). Ils utiliseront le « Paquet Complet pour le DIPE » relatif à l'éducation parentale.
- 4.4.7. Sur une base progressive, un **Centre de Ressources, Formation et Appui Pédagogique pour le DIPE** sera installé dans chaque Département. Ces Centres seront consacrés à la démonstration en salles de classe, l'observation par les spécialistes, la démonstration et l'utilisation des méthodes et les

pratiques de terrain. Une section de matériel éducatif sera incluse pour démontrer et promouvoir les techniques et méthodes locales de fabrication manuelle de jouets didactiques dans les foyers et les Centres. Un réseau des Centres de Ressources, Formation et Appui Pédagogique DIPE sera établi, avec une forte coordination horizontale pour l'échange des innovations, les bonnes pratiques et les leçons apprises.

#### 4.5. Stratégie 5

<b>Stratégie 5 : Etablir les Zones de Convergence DIPE</b>
<b><i>Le gouvernement, en partenariat avec les communautés et les services de la société civile et du secteur privé, développera des « Zones de Convergence DIPE » en Phase 1 pour mettre en réseau toutes les ressources et services des zones ciblées pour la réalisation des expériences pilotes, avec une forte implication et participation des parents.</i></b>

- 4.5.1. A base des expériences positifs et les leçons tirées dans les Zones de Convergence dans le Nord Ouest, Leogane et des zones de Port-au-Prince de 1980 à 2000, des Zones de Convergences pour le DIPE seront établit au niveau communautaire.
- 4.5.2. Pendant la Phase 1, 3 à 4 groupes de communautés ou sous-régions seront choisis pour planifier et mettre en œuvre des « Zones de Convergence DIPE ». (Voir Annexe 1 : Zones de Convergence pour le DIPE) Ils serviront de «sites de démonstration» pour leur Département, et ensuite pour les autres Départements. Au cours de la Phase 2, le nombre de Zones de Convergence DIPE sera rapidement élargi.
- 4.5.3. Chaque Zone de Convergence DIPE aura plusieurs « portes d'entrée » pour les services, tels que les Centres de santé, les services de nutrition, les Centres Communautaires DIPE, les préscolaires, les écoles, et les services de protection. Chaque porte d'entrée réfèrera les mères et les enfants aux autres services selon besoin, et ensemble ils maintiendront un système unifié de services et d'activités de suivi.
- 4.5.4. Dans les Zones, en même temps qu'ils aideront à fournir certains services DIPE, les membres de chaque communauté effectueront la collecte des données, la planification, la supervision, et la préparation des rapports d'activités.
- 4.5.5. Un « Paquet Complet pour le DIPE » sera préparé, testé sur le terrain, et finalisé pour utilisation dans les Zones de Convergence DIPE, notamment pour la formation relative à la période précédant la conception, pendant la grossesse et l'éducation parentale pour le développement des nourrissons et des jeunes enfants. Le Paquet comprendra les contenus, les manuels, les méthodes, les matériels et les media sur la santé, la nutrition, le développement de l'enfant, la sécurité des enfants, les droits et protection des enfants et de la mère, l'hygiène, l'eau potable, l'assainissement, la résolution des conflits, la réconciliation, le soutien psychologique en cas de traumatismes, et la préparation communautaire aux catastrophes naturelles et la violence.
- 4.5.6. Après la période pilote, le Paquet Complet pour le DIPE sera révisé et utilisé dans toutes les communautés d'Haïti.
- 4.5.7. Pour mener telles activités, les membres de la communauté seront invités à participer à des activités de formation avant et pendant la mise en œuvre des Zones de Convergence DIPE. Une stratégie de formation sera élaborée. Une attention particulière sera accordée à la formation singulièrement des maires, des autorités et des autres dirigeants formels et leaders informels locaux ; des éducateurs de parents ; des travailleurs communautaires polyvalents ; des travailleurs des soins de santé ; des travailleurs des services de nutrition ; des enseignants des écoles et des établissements préscolaires ;

des agents de protection de la petite enfance et des mères; des travailleurs sur le terrain des autres services ; et des volontaires communautaires.

#### 4.6. Stratégie 6

<b>Stratégie 6 : Assurer les Droits et la Protection des mères et enfants</b>
<b><i>Le gouvernement, en étroite liaison avec les programmes de la société civile et du secteur privé, améliorera la protection juridique et les services pour la protection des mères et des enfants, avec une attention spéciale pour les enfants affectés par le séisme ou autre catastrophe naturelle ; pour les enfants infectés ou affectés par VIH / SIDA ; pour les enfants abandonnés ; pour les crèches et orphelinats ; pour les enfants victimes d'abus et de violence ; et pour les enfants avec problèmes psychosociaux.</i></b>

- 4.6.1. Dans la protection des mères et enfants, un intérêt particulier sera accordé aux services de prévention, particulièrement aux services de « préservation de la famille », afin de réduire le nombre des nourrissons et jeunes enfants extrêmement vulnérables placés dans les crèches et orphelinats. Le Cadre de Politique DIPE sera articulé au Plan National de Protection dès que celui-ci sera adopté.
- 4.6.2. Les enfants affectés par les séquelles du séisme, des autres catastrophes naturelles et par la violence bénéficieront d'une priorité importante. Les enfants souffrant des impacts psychosociaux seront l'objet du support psychologique approprié pendant toute leur enfance. À cette fin, les programmes d'appuis psychosociaux devront fonctionner pendant plusieurs années après les temps de crise. Leurs parents, leurs enseignants et les personnels des programmes de services d'éducation, santé, nutrition, protection et autres dans les communautés devront tous être préparés dans les méthodologies d'appui psychosocial.
- 4.6.3. Tout enfant haïtien a besoin d'être enregistré à la naissance. Afin d'assurer cet enregistrement à la naissance, toutes les communautés d'Haïti seront sensibilisées sur les Droits et l'importance pour chaque enfant d'avoir une identité légale. Tous les hôpitaux et groupes de cliniques auront un bureau de l'état civil pour faire l'enregistrement immédiatement après la naissance. De même, tous les services sociaux communautaires veilleront attentivement à l'enregistrement des enfants nés à la maison.
- 4.6.4. Dans le cadre du MAST, concernant les autres nourrissons et les jeunes enfants qui auront été abandonnés ou qui vivent dans une extrême pauvreté, des services spéciaux seront conçus et mis en œuvre aussi rapidement que possible pour la préservation de la famille et le soutien, les transferts conditionnels d'argent et le placement familial.
- 4.6.5. Une étude d'évaluation des coûts et de la situation des enfants dans les crèches et orphelinats sera réalisée chaque 4 ans pour pondérer le coût de l'institutionnalisation des enfants par rapport aux services de préservation de la famille, et des transferts monétaires conditionnels pour permettre aux familles de nourrir et de soutenir leurs enfants.
- 4.6.6. Un plan pour le recensement des acteurs et de structures impliquées dans l'institutionnalisation des nourrissons et jeunes enfants sera préparé chaque 4 ans, avec attention aux options et stratégies alternatives pour faire baisser rapidement le taux d'institutionnalisation.
- 4.6.7. Dans le cadre du MJSP et du MAST, le « Code relatif aux Enfants » sera complété et mis en œuvre, en s'attachant aux besoins d'une législation additionnelle, pour mieux assurer qu'Haïti répondra aux exigences de la Convention internationale des Droits de l'enfant (CDE) et le Commentaire Général numéro 7 de la CDE, qui traite les droits relatifs au développement de la petite enfance.

- 4.6.8. En plus de la fourniture des services la santé et de nutrition pour les mères et les enfants infectés ou affectés par le VIH / SIDA, une attention prioritaire sera accordée au soutien de la famille, au placement familial, et en dernier recours, aux institutions d'accueil pour les nourrissons, les jeunes enfants orphelins, ceux qui ont été abandonnés ou qui vivent dans la pauvreté extrême.
- 4.6.9. Les rapports font état de nombreux enfants victimes d'abus physiques, psychologiques ou sexuels, notamment de châtiments physiques pénibles. Par conséquent, un effort particulier est nécessaire pour inclure la discipline positive dans les services d'éducation prénatale et parentale et pour développer une campagne de communication sociale. Les personnes en charge soins aux enfants, les agents de police et les enseignants du préscolaire, des crèches et orphelinats recevront une formation spéciale pour identifier les signes de maltraitance, pour préparer les rapports relevant de tels abus, et pour aider au suivi de ces enfants dans le temps.
- 4.6.10. Les enfants et les mères souffrent particulièrement durant les épisodes de violence dans les communautés et les catastrophes naturelles, et pour cette raison, un effort particulier sera déployé pour aider les communautés à planifier pour protéger les enfants et leurs services lors de tels événements, traitant notamment de : les premiers secours ; l'hygiène, la santé et la nutrition ; l'assurance de la sécurité des écoles et des hôpitaux ; la prévention de la séparation des enfants de leurs familles ; les méthodes pour la réunification ; la mise à disposition des services d'hébergement alternatifs ; la prise en charge des traumatismes ; la résolution des conflits ; et la réconciliation, le cas échéant.
- 4.6.11. Les communautés qui ont souffert des catastrophes naturelles ou de la violence cyclique seront prioritaires pour recevoir des services à base communautaire pour le DIPE.
- 4.6.12. Le MAST, en coordination étroite avec le MENFP (BUGEP), révisera, améliorera et établira les normes, standards et règlements pour les crèches et les orphelinats pour assurer les soins, le bon développement et l'éducation précoce des nourrissons et des jeunes enfants (Voir Stratégie 3).
- 4.6.13. Le MAST, en étroite coordination avec le MENFP (BUGEP) et l'Institut du Bien-être Social et de Recherche (IBESR), mettra en œuvre des programmes de formation continue, de supervision et de surveillance (*monitoring*) sur le développement des enfants, les soins et l'éducation pour les auxiliaires maternelles dans les crèches et les orphelinats pour assurer les bons soins, le développement, et l'éducation des nourrissons et des jeunes enfants institutionnalisés.
- 4.6.14. La Loi sur l'Adoption sera finalisée, adoptée et appliquée, une attention particulière étant accordée pour éviter le trafic d'enfants et la "vente" des nourrissons et des enfants aux parents adoptifs. De même, les documents et délais administratifs devraient être l'objet d'une attention spéciale.
- 4.6.15. Une Loi pour Prévenir le Trafic de Nourrissons et d'Enfants devrait également être finalisée, adoptée et mise en œuvre rapidement.

#### 4.7. Stratégie 7

<p><b>Stratégie 7 :</b>  <b>Améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène</b></p>
<p><b><i>Le Ministère des Travaux Publics, Transports et Communications, le Ministère de l'Environnement, le Service National d'Eau Potable, la Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau Potable, les Comités d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement, et les organisations non gouvernementales associées aux Ministères, collaboreront étroitement avec les communautés, et en particulier les communautés des Zones de Convergence DIPE, pour s'assurer que tous les jeunes enfants et leurs familles peuvent accéder à l'eau potable, à l'assainissement, et à une bonne hygiène dans leurs</i></b></p>

**maisons, Centres Communautaires DIPE et écoles préscolaires.**

- 4.7.1. Pendant la Phase I, le MTPTC et ses partenaires procéderont à un exercice de cartographie des ressources et des besoins en eau potable et assainissement dans les zones prioritaires pour la DIPE, avec une attention particulière aux maisons avec de jeunes enfants, les Centres Communautaires DIPE, les préscolaires, les Centres d'éveil, les crèches et les orphelinats.
- 4.7.2. Sur une base progressive et une approche par phases et avec la forte mobilisation communautaire, l'accès à l'eau potable, aux latrines, et à la bonne gestion des déchets sera fourni dans les Zones de Convergence DIPE et autres communautés prioritaires.
- 4.7.3. Une attention particulière sera accordée pour s'assurer dans une approche progressive que tous les Centres Communautaires DIPE, préscolaires, Centres d'éveil, crèches et orphelinats peuvent se procurer de l'eau potable, accéder à des latrines et bénéficier de cours de récréation saines et sécurisés, et que leurs personnels et les parents sont formés aux bonnes pratiques de l'hygiène et de l'assainissement.
- 4.7.4. L'éducation aux pratiques hygiéniques sera incluse dans toutes les activités d'éducation communautaire et d'éducation parentale, y compris dans le « Paquet Complet pour le DIPE » pour les travailleurs communautaires polyvalents.

**4.8. Stratégie 8**

**Stratégie 8 :  
Développer le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale**

***En étroite collaboration avec tous les secteurs et les organisations impliquées dans la DIPE, l'agence chargée de veiller à la mise en œuvre d'actions coordonnées pour atteindre les buts et les objectifs du Cadre de Politique préparera un Plan de Communication pour la promotion de la Politique, pour le plaidoyer, la communication sociale et pour la mobilisation sociale.***

- 4.8.1. Pour promouvoir le Cadre de Politique DIPE, des ateliers de plaidoyer seront organisés pour les dirigeants nationaux et régionaux sur les bénéfices du DIPE et les contenus du Cadre de Politique.
- 4.8.2. Un Forum National pour le DIPE sera planifié et mis en place avec les dirigeants nationaux et des représentants de toutes les régions d'Haïti pour introduire le Cadre de Politique, commencer sa mise en œuvre, et lancer une mobilisation sociale.
- 4.8.3. Sera créée une Association pour le DIPE, avec la participation des enseignants des écoles préscolaires et des autres travailleurs professionnels dans des projets DIPE. Cette association tiendra une assemblée annuelle.
- 4.8.4. Un Réseau de Centres Communautaires du DIPE et de Zones de Convergence DIPE sera développé, et une coordination horizontale sera combinée avec l'utilisation de la technologie de téléphonie mobile, les sites Web et une liste assortie afin d'assurer l'échange des pratiques optimales et des enseignements tirés.
- 4.8.5. Dans le cadre du Plan de Communication Sociale pour le DIPE, une série de messages clés sur la DIPE seront émis chaque année par la radio, la télévision, la presse, les banderoles et les affiches. Une forte priorité sera accordée pour les messages sur les droits des mères, des nourrissons et des jeunes enfants ; sur l'éducation parentale, la santé, la nutrition, l'hygiène, la protection, l'importance de l'éducation préscolaire pour chaque enfant et sur la micro-économie et développement social de la



famille. Avec le temps, les Zones de Convergences seront l'objet d'une attention particulière pour mieux diffuser les méthodologies et résultats des premières Zones développées.

- 4.8.6. Un programme d'émission radio éducative sera établi pour renforcer les messages d'éducation parentale qui seront transmis lors des visites à domicile et des séances de formation dans les Centres Communautaires DIPE.
- 4.8.7. La Commission multisectorielle assurera que les voix des enfants, des parents et de la jeunesse auront priorité en ce qui concerne la préparation des plans pour les campagnes de la mobilisation et la sensibilisation pour le DIPE.

## 5. Structures et mécanismes pour mettre en œuvre le Cadre de Politique DIPE

Pour mettre en œuvre le Cadre de Politique DIPE et son Plan Stratégique, le gouvernement mettra au point un système multisectoriel de coordination et promouvra un élément «moteur» pour le leadership, l'innovation, la coordination, la gestion, la formation, la communication sociale, la surveillance, l'évaluation et le suivi des activités du DIPE.

Les rôles et les responsabilités détaillées du système et de chaque entité seront présentés dans le Plan Stratégique du Cadre de Politique DIPE.

Le **système multisectoriel de coordination** inclura : (voir le Cadre dans l'Annexe 3)

- **Le Chef de la Commission Multisectorielle du DIPE**
  - Le Chef sera le Président, le Premier Ministre, le Ministre de Planification ou le Ministre du MENFP (choisir la meilleure option pour le DIPE).
- **La Commission Multisectorielle pour le DIPE**, avec le « Moteur d'action » pour le DIPE
  - La Commission inclura les ministres et les dirigeants des autres agences du gouvernement impliqués dans la petite enfance, et les directeurs des institutions communautaires, des organisations non gouvernementales, des organisations religieuses, des associations professionnelles, des autres entités de la société civile, et des établissements privés pour l'éducation, la santé, la nutrition, la protection et l'assainissement.
- **Le Comité Technique du DIPE**
  - Les membres du Comité seront les spécialistes techniques des entités membres de la Commission Multisectorielle et d'autres groupes, par invitation.
  - Le MENFP établira une **Direction du Préscolaire et de l'Éducation Initiale** pour remplacer et améliorer le BUGEPE. Les rôles et responsabilités de la Direction seront développés dans le Plan Stratégique de DIPE.
- **10 Comités Multisectoriels Départementaux du DIPE**
  - La création de ces Comités Multisectoriels Départementaux du DIPE se fera au cours de la deuxième phase.
- **Les Zones de Convergence et les Comités du DIPE municipal et communautaire**
  - Certaines Zones de Convergence et des comités municipaux ou communautaires seront créés durant la première phase ainsi que les structures au niveau national.
  - Les Comités Communautaires du DIPE seront placés au sein des Mairies et composés de cadres des secteurs éducation, santé, nutrition, protection et assainissement ; de parents, de représentants de la société civile et du secteur privé organisé et travaillant en synergie avec les agents de Développement DIPE et les Directions départementales de l'éducation, la santé, la nutrition, la protection et l'assainissement.
  - Les Comités Communautaires auront un budget annuel et un guide pour la planification communautaire DIPE dans tous ses domaines d'éducation, santé, nutrition, protection et assainissement. Ils se réuniront tous les mois, pour des activités travaux de planification, surveillance et évaluation (*oversight*). Ils présenteront des rapports trimestriels et annuels de leur gestion aux niveaux départemental et de l'agence central pour le DIPE.

Pour atteindre les objectifs du Cadre de Politique, il est essentiel d'avoir une **Agence Nationale DIPE**, un moteur pour mettre en œuvre tous les stratégies et activités prioritaires. Ce « Moteur pour l'Action » sera relié directement à la Commission Multisectorielle et au Comité Technique du DIPE. L'Agence Nationale DIPE assumera les tâches suivantes :

- Secrétariat de la Commission Multisectorielle
- Coordination des activités prioritaires relatives à la Politique
- Coordination horizontale et verticale (de haut en bas et de bas en haut) avec les entités publiques et non publiques
- Contribution à la création des partenariats et accords pour le DIPE
- Planification et mise en place des innovations intégrées et multisectorielles pour mieux assurer leurs réussite sur le terrain
- Surveillance (*monitoring*), évaluation, comptes rendus et suivi
- Plaidoyer pour le Cadre de Politique et pour la communication et la mobilisation sociale
- Planification annuelle détaillée.

Le plaidoyer et la coordination des investissements des partenaires internationaux au développement du DIPE, se feront sous la tutelle du Gouvernement au sein de la Commission Multisectorielle pour le DIPE. Un panel de partenaires inclura la Banque de Développement des Caraïbes, le CARICOM, l'Open Society Institute, l'UNICEF, l'UNESCO, la Banque mondiale, la Banque Inter-Américaine pour le Développement, le Plan, Save the Children, le Catholic Relief Services et autres.

## 6. Plan Général d'Investissement en DIPE

Dans la Stratégie 1, il est annoncé que les ministères seront chargés d'augmenter sensiblement leurs investissements dans la petite enfance. Cela se fera en étroite coordination avec les Ministères de la Planification et des Finances. Ils auront les cibles suivantes pour l'investissement dans le DIPE d'ici 2015 :

- L'expansion des budgets et dépenses sera accomplie par phases, avec l'objectif d'atteindre un investissement dans le DIPE atteignant en totalité 1% du PIB en 2015.
- Les Ministères MENFP, MSPP et MAST augmenteront leurs investissements par phases, pour arriver à au moins 6% de leurs budgets annuels dans le DIPE en 2015.<sup>1</sup>

Avec l'appui des partenaires internationaux pour le développement, un **Fond d'Innovation Multisectoriel pour le DIPE** en Haïti sera établi avec l'objectif de développer des initiatives prioritaires dans le Cadre de Politique et de planifier des programmes pilotes qui seront conçus pour se développer à l'échelle. Le fond donnera son appui aux programmes d'innovation, à l'évaluation interne et externe, au développement de curricula, medias et méthodes, à la formation initiale et continue et à la communication sociale. Le leadership, la localisation institutionnel, les critères, le système de responsabilité (*accountability*) transparent, les processus de management, et le système de surveillance (*monitoring*), évaluation et suivi seront présentés dans le Plan Stratégique DIPE.

Avec et séparément du Fond, la Commission Multisectorielle pour le DIPE mettra en place des **Protocoles d'Entente** avec leurs partenaires internationaux de développement afin de créer une « mosaïque » de soutien financier pour le DIPE liée aux investissements clés nationaux.

Une Taxe sur les salaires de 3% dans les établissements nationaux et internationaux sera officiellement établie. La taxe sera collectée directement sur un compte bancaire pour être utilisée uniquement par l'entité de la DIPE pour les services aux enfants vulnérables et leurs mères. Les règlements de cet fond sera inclus dans le Plan Stratégique DIPE.

Tous les partenaires internationaux au développement, bilatéraux, multilatéraux ou ONG, feront l'objet d'un large plaidoyer pour accroître leurs investissements dans le DIPE. Le gouvernement suggérera un pourcentage d'accroissement selon l'agence et ses possibilités. L'objectif sera d'utiliser le Cadre de Politique et le Plan Stratégique DIPE comme un chemin de planification pour créer une « mosaïque » de support pour le DIPE.

---

<sup>1</sup> Les pays sont encouragés de rechercher les moyens pour investir 1% du PIB et de 6% à 14% de leurs budgets d'éducation et de santé dans la prime enfance (Bennett 2008, Vargas-Baron 2009).

Pour mesurer les résultats de toutes ces initiatives, une étude annuelle sera conduite sur les budgets et les dépenses rapportées au PIB, dans les trois ministères de base, le Fond d'Innovation Multisectoriel pour le DIPE, la Taxe sur les salaires, et les investissements des partenaires internationaux en relation avec leurs plans de financement et support en matériels.

## **7. Mécanismes de surveillance, évaluation, rapports et suivi**

L'agence pour la mise en œuvre du Cadre de Politique DIPE appuiera toutes les initiatives d'instauration d'un système simple mais efficace de contrôle interne, de surveillance (*monitoring*) et d'évaluation des processus de programmation, des intrants, des extrants et des résultats.

Chaque programme sera encouragé à collecter des données de référence (*baseline data*) afin d'être en mesure d'évaluer les résultats du programme. Les directeurs et coordonnateurs des programmes DIPE seront formés aux concepts de base et aux systèmes et méthodes de surveillance et d'évaluation interne des programmes.

Dans la mesure du possible, l'agence encouragera la mise en place d'évaluations inter sectorielles pour mieux étudier les résultats des initiatives multisectorielles et intégrées. L'agence aidera à développer les outils standardisés de surveillance et d'évaluation, de compilation et d'analyse de données et le système de « *tracking* » des services et de l'état des enfants et leurs familles. Ces outils seront utilisés pour les programmes publics et non publics. Un système unifié pour mesurer les résultats et bénéfices des investissements dans le DIPE sera aussi mis en place.

Le Plan Stratégique du DIPE fournira la liste complète des indicateurs de la Politique, avec leurs définitions, mesures et cibles. Ce système de suivi inclura des rapports trimestriels pour la Commission Multisectorielle, et les résultats seront utilisés pour préparer le Rapport et le Plan d'Action annuels concernant le DIPE.

Avec l'appui de l'aide financière internationale, un petit nombre d'évaluations externes seront menées sur les programmes et services innovants qui sont considérés comme ayant le meilleur potentiel de passage à grande échelle pour atteindre le but et les objectifs de cette politique.

Des sites sentinelles seront sélectionnés pour réaliser des études de suivi des enfants et des mères bénéficiant de programmes de DIPE. En outre, avec un financement extérieur, une ou deux études longitudinales utilisant des groupes de contrôle seront menées afin d'évaluer des impacts majeurs des services DIPE clés en Haïti.

## **8. Conclusion**

La conclusion sera rédigée plus tard.

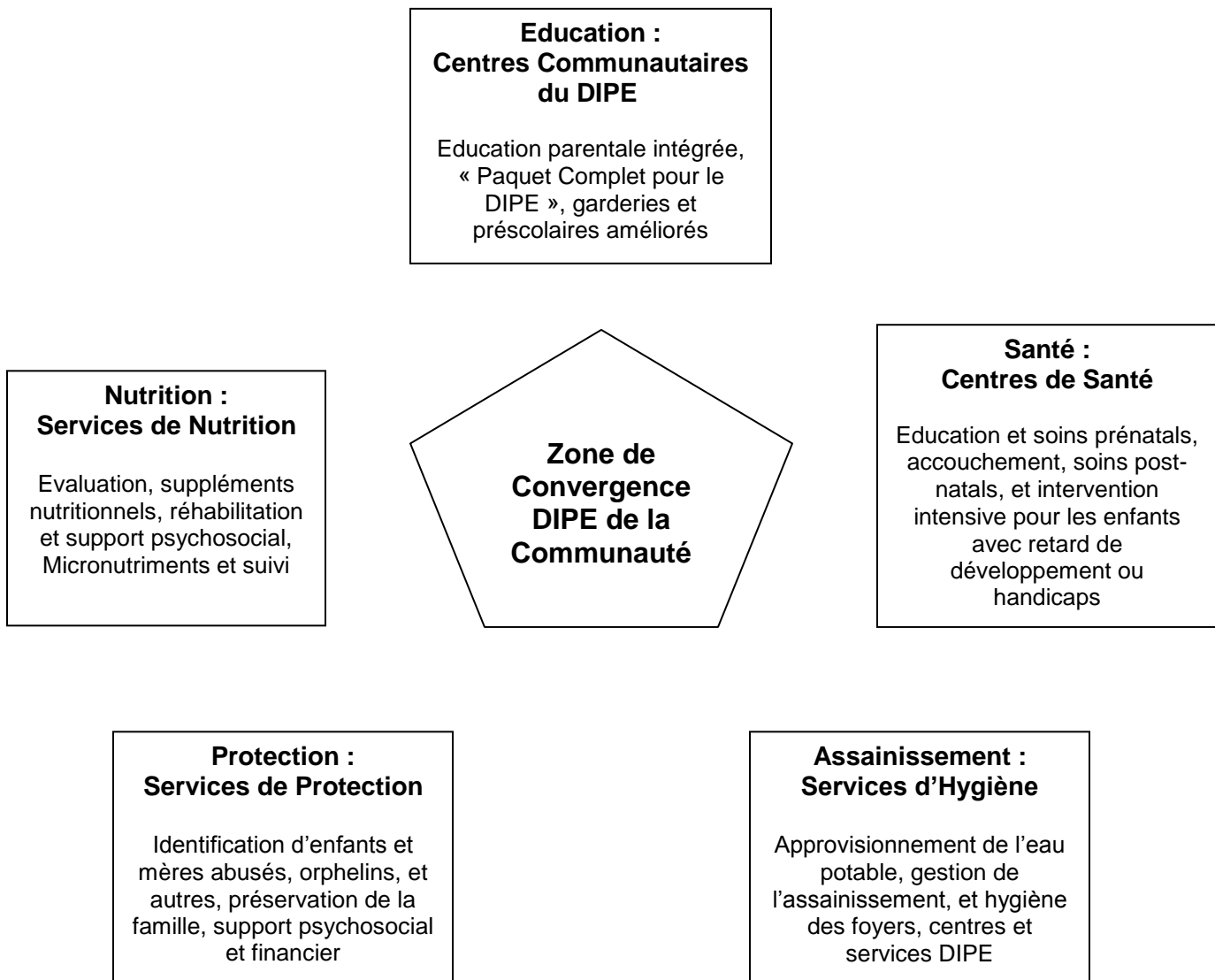
## **Annexe 1**

### **Bibliographie**

La bibliographie sera ajoutée plus tard.

## Annexe 2

### Zones de Convergence pour le DIPE et les cinq Portes d'Entrées pour utiliser tous les services publics et non publics valables pour le DIPE dans chaque communauté



## Annexe 3

## Structure du Système Multisectoriel DIPE d'Haïti

