

Document of
The World Bank
FOR OFFICIAL USE ONLY

Report No: 22720

IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT
(IDA-20850)

ON A CREDIT

IN THE AMOUNT OF SDR 22.2 MILLION
US\$ 28.2 MILLION EQUIVALENT

TO THE REPUBLIC OF HAITI

FOR

HT- FIRST HEALTH PROJECT

09/06/2001

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

CURRENCY EQUIVALENTS

(Exchange Rate Effective)

Currency Unit = Gourdes

1 G = US\$ 0.04

US\$ 1.00 = 23.35 G

FISCAL YEAR

October 1 September 30

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CIDA	Canadian International Development Agency
DOTS	Directly Observed Treatment, Short Course Strategy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICC	International Child Care
IDA	International Development Association
IEC	Information Education and Communication Material
IMR	International Mortality Rate
MSPP	Ministry of Health and Population (Ministère de la Santé Publique et de la Population)
MEF	Ministry of Economy and Finance (Ministère de l'Economie et des Finances)
NGO	Non-governmental Organization
PAHO	Pan American Health Organization
PMU	Project Management Unit
PNLT	National Tuberculosis Program (Programme National de Lutte contre la Tuberculose)
SAR	Staff Appraisal Report
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
WDI	World Development Indicator
WHO	World Health Organization

Vice President:	David de Ferranti
Country Manager/Director:	Orsalia Kalantzopoulos
Sector Manager/Director:	Charles Griffin
Task Team Leader/Task Manager:	Girindre Beeharry

FOR OFFICIAL USE ONLY

HAITI HT- FIRST HEALTH PROJECT

CONTENTS

	Page No.
1. Project Data	1
2. Principal Performance Ratings	1
3. Assessment of Development Objective and Design, and of Quality at Entry	1
4. Achievement of Objective and Outputs	6
5. Major Factors Affecting Implementation and Outcome	10
6. Sustainability	11
7. Bank and Borrower Performance	11
8. Lessons Learned	8
9. Partner Comments	12
10. Additional Information	12
Annex 1. Key Performance Indicators/Log Frame Matrix	13
Annex 2. Project Costs and Financing	14
Annex 3. Economic Costs and Benefits	15
Annex 4. Bank Inputs	16
Annex 5. Ratings for Achievement of Objectives/Outputs of Components	18
Annex 6. Ratings of Bank and Borrower Performance	19
Annex 7. List of Supporting Documents	20
Annex 8. Borrower's Report	23

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

<i>Project ID:</i> P007311	<i>Project Name:</i> HT- FIRST HEALTH PROJECT
<i>Team Leader:</i> Ruth E. Levine	<i>TL Unit:</i> LCSHH
<i>ICR Type:</i> Core ICR	<i>Report Date:</i> January 31, 2002

1. Project Data

Name: HT- FIRST HEALTH PROJECT
Country/Department: HAITI
Sector/subsector: HC - Primary Health, Including Reproductive Health, Chi
L/C/TF Number: IDA-20850
Region: Latin America and Caribbean Region

KEY DATES

	<i>Original</i>	<i>Revised/Actual</i>
<i>PCD:</i> 10/15/1987	<i>Effective:</i> 06/20/1990	08/02/1990
<i>Appraisal:</i> 11/28/1989	<i>MTR:</i> 02/20/1998	02/20/1998
<i>Approval:</i> 01/16/1990	<i>Closing:</i> 06/30/1996	03/31/2001

Borrower/Implementing Agency: GOVERNMENT OF HAITI/MINISTRY OF HEALTH
Other Partners: CANADIAN INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY (CIDA)

STAFF	Current	At Appraisal
<i>Vice President:</i>	David De Ferranti	Shahid Husein
<i>Country Manager:</i>	Orsalia Kalantzopoulos	
<i>Sector Manager:</i>	Charles Griffin	
<i>Team Leader at ICR:</i>	Ruth Levine	Xavier E. Coll
<i>ICR Primary Author:</i>	Ruth Levine; Joelle Dehasse; Girindre K. Beeharry	

2. Principal Performance Ratings

(HS=Highly Satisfactory, S=Satisfactory, U=Unsatisfactory, HL=Highly Likely, L=Likely, UN=Unlikely, HUN=Highly Unlikely, HU=Highly Unsatisfactory, H=High, SU=Substantial, M=Modest, N=Negligible)

Outcome: U

Sustainability: UN

Institutional Development Impact: M

Bank Performance: U

Borrower Performance: U

	QAG (if available)	ICR
<i>Quality at Entry:</i>		S
<i>Project at Risk at Any Time:</i> Yes		

3. Assessment of Development Objective and Design, and of Quality at Entry

3.1 Original Objective:

The original objectives of the US\$33.7 million project were to (a) reduce central administration expenditures of the Ministry of Health (Ministère de la Santé Publique et de la Population, or MSPP); (b) reduce the current ratio of salaries to operating expenditures; (c) improve collection of patient contribution to the cost of medical services and drugs; (d) strengthen key management and technical functions of the MSPP; (e) reduce maternal and child mortality rates; and (f) counter the potentially devastating effects of AIDS and tuberculosis epidemics (Development Credit Agreement, February 2, 1990).

The project's objectives—and particularly those that emphasized structural and budgetary changes at the MSPP (objectives a, b, c and d)—were based on a 1987 IDA sector review. That review revealed that the MSPP had grown to be one of the largest government ministries, accounting for 16 percent of government expenditures by the latter half of the 1980s. Central administration expenditures, including salaries, absorbed nearly one-quarter of the budget; overall, salaries accounted for up to 90 percent of the MSPP budget, crowding out virtually all complementary inputs. Ministry staffing was top-heavy, with a critical shortage of nurses, technicians and auxiliaries. Health personnel were concentrated in Port-au-Prince and other urban areas, while in rural areas there was less than 1 physician per 10,000 inhabitants.

The sector review concluded that the deteriorating health conditions in Haiti could be countered most effectively by addressing underlying financial, organizational and managerial imbalances that characterized the health system. The review called for reallocating public resources in favor of primary health care through increased financing of non-salary operating expenditures; decentralization of management, including delegation of operational responsibility to the district level; and greater participation of non-governmental organizations in primary health care.

Additional objectives that were more directly related to health outcomes (objectives e and f) reflected a recognition that Haiti's health conditions were by far the worst in the hemisphere. It was decided that the Bank had a role to play in improving basic MCH services by providing badly needed financing for non-salary inputs (both capital and recurrent), and in strengthening the government's ability to address the threat of AIDS and TB.

The objectives were based on the analysis of sector priorities, and were consistent with the Bank's overall country strategy. At the same time, the objectives reflected optimistic assessments of the quality of governance, readiness for organizational change, future political stability, and institutional capacity. They were overly ambitious, given Haiti's weak track record in implementation.

3.2 Revised Objective:

The project objectives and closing date were revised three times. Overall, the changes resulted in a major increase in the duration of the project, and a shift in emphasis away from large-scale institutional change toward a strengthening of specific, high-impact elements of public health and basic health service delivery.

In September 1991, about a year after implementation began, Haiti experienced a *coup d'état*, a subsequent three-year international embargo and suspension of all IDA activities. When the project resumed in March 1995, the Credit Agreement was amended (effective November 1995) to streamline project implementation, set up a Special Account, and update provisions for disbursement and procurement. The closing date was extended by two years, to June 30, 1998.

In February 1998, after three consecutive years of operation, a midterm review concluded that the

development objectives were unrealistic, given the Haitian context. The closing date was extended by 18 months, to December 31, 1999. The objectives and targets were simplified to reflect what had been attained to date, and what—in the view of the Bank—could be achieved during the remaining life of the project. The modifications also took into account the activities of other development organizations, including U.S., Canadian and other bilateral donors. The revised objectives de-emphasized large-scale changes in Ministry organization and budgeting, and were to: (a) contribute to strengthening of the MSPP's cost recovery mechanisms and service delivery strategies and standards; (b) improve access to and utilization of basic health services, with particular emphasis on maternal and child health care; and (c) support interventions to increase utilization of tuberculosis treatment services and expand awareness of the AIDS epidemic.

In December 1999, within days of the project closing, the objectives and closing date were once again revised. At the time, Bank staff and management recognized that it would be desirable to close the project and initiate design of a new operation. However, the political context of the time—and particularly the absence of a functioning Parliament—made it impossible to foresee negotiation and ratification of a new loan. Therefore, the Bank decided to extend the project to maintain a presence in the sector, and to address critical health needs—particularly in the area of TB—that required some bridge financing until new donor relationships could be established.

Bank management extended the project for 15 months, to March 31, 2001, on the understanding that the remaining funds (roughly US\$4 million) would be used for essential drugs, maternal and child health, and preventive and treatment activities related to tuberculosis, HIV/AIDS and other sexually-transmitted infections (STIs). It was agreed that the project would no longer finance civil works. Reflecting areas in which the project had demonstrated some successes, revised objectives were to: (a) improve maternal and child health; (b) reduce infections related to AIDS/STIs and TB; and (c) improve the administration and supply of essential drugs.

3.3 Original Components:

Originally, the project consisted of three components: (a) Institutional Development; (b) Health Services Delivery; and (c) Epidemic Prevention and Control. Project activities were to be implemented by a Project Management Unit (PMU), which operated outside of the rules and procedures of the Ministry, and was physically separate from the Ministry.

Institutional Development (estimated at US\$4.1 million). This component sought to provide support for restructuring the MSPP to rationalize and decentralize staff. It promoted the development of simple budget allocation indicators to monitor and improve the effectiveness of the use of public resources. Health personnel—most of whom were in Port-au-Prince—were to be redeployed to rural areas in the Western Health Region, covering 2.1 million people in four districts (Port-au-Prince, Croix des Bouquets, Jacmel and Petit Goave). This component also was designed to strengthen the Ministry's capacities to recover costs for medical services and drugs, manage civil works, and procure and distribute drugs. Most of the inputs financed under this component fell into the category of technical assistance.

Services Delivery (estimated at US\$21.2 million). This component was designed to improve the delivery of health services at the local level, under a decentralized regime in the Western Health Region. The four-part strategy included: (a) creating 30 *commune*-based local health systems; (b) supporting 7 priority service delivery areas (maternal and child health care, family planning, nutrition, immunizations, control of diarrheal diseases, TB prevention and treatment, malaria control, and HIV/AIDS prevention); (c) promoting the delivery of standard, basic health services in periodic community gatherings; and (d) integrating the private sector in basic health service delivery. Inputs financed included upgrading of the

health center/dispensary network, medical equipment and supplies, vehicles, training, essential drugs, per diem for sanitary officers and technical assistance.

Epidemic Prevention and Control (estimated at US\$8.5 million). This component, implemented on a nationwide basis, focused exclusively on the development of an integrated tuberculosis control program, and support for HIV/AIDS prevention activities. The TB control program comprised: (a) conversion of the treatment regime to a multiple-drug short course; (b) expansion of treatment coverage; (c) maintenance of BCG immunization at a 60 percent rate; (d) expansion of professional and para-professional training; and (e) provision of expert supervision and evaluation. Major inputs included drugs, training, and diagnostic materials and equipment. Inputs financed to support to HIV/AIDS prevention included laboratory testing equipment; information, education and communication materials; protective equipment and supplies for health personnel; and an AIDS-TB conference.

Many of the aims of the project were in line with the then-government's goals and capacities, and thus had a reasonable chance for success, given the initial knowledge base. The largest share of project investments—for improvement of basic health services—closely followed the stated government programmatic intentions, supporting the basic services that were identified by the Ministry as high priority. In contrast, the institutional strengthening activities, although seen by the Bank as essential to long-term effectiveness and sustainability of public health work in Haiti, did not fit well with the underlying capacity or political will. Many of the fiscal reforms, for example, depended not on the Ministry of Health but also on the Ministry of Economy and Finance, which did not have the commitment to follow through.

3.4 Revised Components:

Revisions across all components generally represented a scaling-down of the project's ambitions, in light of political turbulence and weak governance; an increasing recognition of the institutional limitations of the Ministry of Health; and a reorientation toward core public health activities.

In November 1995, the first amendment to the Credit Agreement specified the following revisions:

The *Institutional Development* component was narrowed to reinforce a set of specific capacities within the MSPP, including: (a) developing and implementing policies for public health, public safety, health emergencies and health technology; (b) setting priorities for health spending and research; (c) determining standards for service delivery and ensuring compliance; (d) maintaining a national health information system; and (e) setting norms for the training and licensing of health workers (Credit Agreement, Amendment 2).

In November 1998, the second amendment to the Credit Agreement specified the following revisions:

In *Institutional Development*, the component was further narrowed to strengthen the MSPP's capabilities in the design and implementation of (a) cost recovery strategies, starting with basic analytic work on health service financing and costs; and (b) service delivery strategies and standards for essential drugs, quality control of pharmaceutical products, medical emergencies and control of TB and AIDS/STIs. Inputs include technical assistance, staff training and establishment of norms and protocols.

In *Services Delivery*, support remained similar to the original conception, but was more highly specified under six objectives and several sub-objectives. For most of these, the objectives were expressed in terms of the inputs to be provided rather than as objectives in the traditional sense (e.g., the provision of medical equipment, radio communications systems and related training to health personnel and community representatives in the South-Eastern Health Region).

Under *Epidemic Disease Prevention and Control*, the component was modified to take advantage of up-to-date global knowledge, and support the MSPP's (a) Integrated National Tuberculosis Control Program, including the introduction of the Direct Observed Therapy Short-term (DOTS) strategy, following the WHO protocol; and (b) AIDS/STIs Program through implementation of social marketing and information, education and communication (IE&C) strategies.

In December 1999, the third amendment was issued, with the agreement that, as of January 2000, the remaining project funds (roughly US\$4 million) would be used for public health programs of the highest priority for the sector: essential drugs, maternal and child health (including immunization campaigns), TB and AIDS/STIs. No civil works were to be financed. The closing date was extended to March 2001.

3.5 Quality at Entry:

Marginally satisfactory. While the project objectives fit well with the prevailing understanding of issues in the Haitian health sector, and the Bank's emphasis on social sector investments in very poor countries, several shortcomings in the design can be identified. First, as noted earlier, there was insufficient national commitment to institutional restructuring. The Ministry of Economy and Finance, whose cooperation was essential for reorganizing the budget, did not have a sense of ownership of the program. Second, the design assumed that certain changes in personnel changes could be made within the sector, when they in fact required a government-wide transformation. Third, the Ministry's capacity to implement multiple activities was overestimated. Fourth, the design reflected a conceptual confusion between inputs and objectives. Fifth, judged by current standards, the project was excessively supply-oriented, with little attention to dimensions of demand and community participation.

4. Achievement of Objective and Outputs

4.1 Outcome/achievement of objective:

Unsatisfactory. The project failed to achieve most of its major relevant objectives. Overall, public health in Haiti today cannot be said to have improved over the course of the past ten years, and there is no evidence that the project ameliorated a significant share of the health problems associated with general political, economic and social upheaval. If measured by the original health outcomes that the project sought to achieve (per the Staff Appraisal Report)—reducing maternal, infant and child mortality by 40 percent by 1995—then the project was unsatisfactory. In addition, virtually all the institutional development objectives were abandoned during implementation. However, the project did have some important successes after design revisions were made to strengthen core public health functions, particularly in provision of essential drugs and in certain elements of Epidemic Prevention and Control (see details in Section 4.2).

4.2 Outputs by components:

Institutional Development: Unsatisfactory. Failures are seen in each of the major elements of this component, as it was originally conceptualized. First, at the start the project sought to promote the reallocation of the MSPP budget away from salaries, and toward complementary inputs—correcting a distortion of long-standing. Soon after the project's launch, political events in fact led to an *increase* in spending on salaries. By 1998, the likelihood of achieving a better balance between spending among administration, personnel and other inputs within the health sector was seen as so remote that a covenant calling for reduced salary ratios and central administration expenses was dropped from the Credit Agreement. It is interesting to note, however, that in 1999, staff salaries were brought down to 79 percent of the budget (from 90 percent in 1987), when the government launched a national public sector reform program. This implies that the transformation required government-wide action, and could not be realized

within the health sector alone.

Second, although a study was conducted on cost recovery options, the recommendations were found to be overly ambitious. Several additional minor steps were taken to strengthen cost recovery, such as some consultancies, but there is no evidence of impact.

Third, redeployment of personnel to rural areas was never stimulated by the project, despite the original intentions. Recognizing the low probability of success, the covenant related to salary expenditures for staff at health centers outside of Port-au-Prince was later dropped.

Although the institutional restructuring component was reduced in scale and scope during the multiple project revisions, the reorientation toward core public health functions did have positive spill-over effects at the institutional level. For example, progress was made in applying standardized therapeutic protocols in the national tuberculosis program, and in introducing drug treatment protocols for the essential drugs program. The public-private partnerships developed under the TB program increased institutional capacity to participate in contractual relationships. Modest improvements were also ultimately made in the Ministry's introduction of cost recovery measures. The essential drugs program relied on revenues generated at the health facility level to finance the availability of drugs at the peripheral level.

Services Delivery. **Unsatisfactory.** Crudely, the project can be judged by comparing its original outcome targets with current health conditions reported in the 2001 *World Development Indicators* and elsewhere. While changes in indicators such as infant mortality are the result of many factors outside the health system, and cannot be attributed to the successes or failures of the project, it is clear that health conditions have not consistently improved (and that measurement problems continue to exist). For infant mortality, the SAR target was a decrease by 15 percent by the end of the third year of the project; and 35 percent by the end of the sixth year (i.e., from 119 per 1,000 live births in 1987 to 78 per 1,000 by 1995). Haiti's IMR was estimated at 70 per 1,000 in 1999, suggesting that improvements have been made. For child mortality, the story is quite different. The project was to contribute to a reduction by 15 percent by the end of the third year; and 40 percent by the end of the sixth year (from 22 per 1,000 in 1987 to 14 per 1,000). Haiti's under-five mortality was estimated in 1999 at 118 per 1,000, indicating either a very rapid deterioration in health conditions or very poor measurement, or both. For maternal mortality, the project was designed to contribute to a reduction of maternal mortality by 15 percent by the end of the third year; and 40 percent by the end of the sixth year (from 267 per 10,000 live births to 220 per 10,000). The rate of maternal mortality in 2000 is estimated by the MSPP at 523 per 10,000. Again, this implies some combination of worsening health conditions and measurement error.

Looking at output measures, which can be more directly attributed to project implementation, results are disappointing. Of the 28 health facilities to be constructed (5 health centers and 6 dispensaries) and rehabilitated (16 health centers and 1 dispensary), 3 health centers were constructed and 2 were rehabilitated. Three of the seven planned shelters/housing were completed. Half of the 10,000 planned latrines were built; however, 3,250 additional latrines were built in areas for which they had not originally been planned. Thus, including both planned and unplanned works, construction of latrines reached an 83 percent completion level relative to the original figures. The rehabilitation of 10 drug warehouses and 4 community centers not originally planned brings the total of completed civil works to 8,272 out of the 10,036 originally planned (or 82 percent of the works).

The quantity of civil works fell short of expectations primarily because per-facility costs were higher than expected. Facilities were found to be in worse shape than anticipated at appraisal (about six years earlier), and in several cases had to be replaced instead of rehabilitated.

Whether the physical improvements supported by the project had a health impact remains an open question. A 1999 evaluation study found that upgraded facilities were not utilized more than other facilities. In spite of commitments made to the Bank, the MSPP had difficulties recruiting and retaining staff to work in remote areas, and thus the facilities often operated below capacity. Bank supervision missions attempted to persuade Ministry authorities to delegate responsibility for the management of these facilities to non-governmental organizations, which have a better track record in operating health centers, but these efforts were unsuccessful.

Procurement and distribution of drugs and medical supplies was unsatisfactory during much of the project's implementation. Chronically, Haiti has suffered (and continues to suffer) from a lack of coordination and poor assessment of health centers' needs, resulting in inadequate distribution and wastage. In some instances, inexperienced health staff simply do not know how to use the materials; in other instances, a lack of storage space and/or missing installation equipment has meant that drugs or equipment have not been put into service. The project did not successfully address these systemic problems.

The project can take credit for some notable improvements in the essential drug supply after the design revisions, however. There is documentary evidence of: (i) increased availability of drugs at affordable prices; (ii) improved management of patient care at the peripheral level; and (iii) introduction of basic cost recovery measures. An external evaluation conducted in 1999 found that essential drugs were available in a high percentage of health facilities (95 percent of dispensaries; 80-90 percent of health centers; and all hospitals). Field visits conducted during supervision missions confirmed that drugs were available even in remote areas. Similarly, spot checks confirmed that prices of essential drugs distributed through the national program (PROMESS) were dramatically lower than in private pharmacies (i.e., two- to seven-fold differentials). The achievements in the essential drugs program, which was essentially managed as a project of PAHO, were found nationwide, and were not limited to the project areas.

At least in quantitative terms, training and technical assistance was satisfactory, with more than 800 health care staff taking training in medical and administrative topics.

Epidemic Prevention and Control. **Satisfactory**. The success of this component is due to the partnerships between the public sector and non-governmental organizations (NGOs) that implemented the activities, even under difficult circumstances. In addition, this component benefited from constructive coordination with PAHO/WHO, CIDA and USAID, all of whom were involved in various ways and agreed to support the interventions after project closing.

The TB Control component had a very satisfactory outcome. As planned in the SAR, the project contributed to the establishment of a renewed National TB Control Program, based on the WHO-recommended DOTS model. The program successfully involved various partners and operated within the primary health care infrastructure. Detection of smear-positive cases increased from 5,493 cases in 1997 to 6,828 in 1998. The proportion of smear-positive cases treated under DOTS rose from 0 in 1996 to more than 30 percent in 2000. Treatment success for smear-positive cases detected in 1998 reached 79 percent for those treated under DOTS, compared to 63 percent in non-DOTS areas. Even in areas where the DOTS strategy is not yet used, success rates have improved. In addition, a quality control system has been established for laboratories that diagnose TB.

Despite progress, the TB control results are relatively fragile. More than 50 percent of estimated TB cases are not detected, reported and treated, and the epidemic is worsening due to its association with HIV/AIDS. The success to date has resulted in large part from the formal collaboration among MSPP staff, facilities

and NGOs. This relationship was complicated by the short contract periods provided under the project between the NGOs and the MSPP, the delays frequently experienced in renewing the contracts during the course of the project, and long delays in obtaining reimbursement for expenses. Due to limited access to vehicles provided to departmental-level authorities during the project, adequate field supervision was inhibited. On the positive side, the objectives, work products and indicators utilized in the contracts improved over time, and technical staff in the Ministry and PMU staff worked closely in communicating with NGO partners. The public-private collaboration supported by the project offers a useful model for future public health interventions. Under Haiti's difficult conditions, developing the necessary administrative and personal relationships to generate successful collaboration was and will continue to be time- and resource-intensive.

With respect to AIDS/STI prevention activities, results are more difficult to quantify and have not been formally evaluated, but are generally viewed positively. NGOs conducted wide-ranging awareness-raising activities (conferences, seminars, workshops, outreach to youth, caravans, community meetings, condom distribution and so forth), testing and counseling. Observers note that the project contributed to enhanced HIV screening capabilities, with the establishment of five departmental screening centers; and improved access of vulnerable groups to condoms through the social marketing program.

4.3 Net Present Value/Economic rate of return:

N/A

4.4 Financial rate of return:

N/A

4.5 Institutional development impact:

Modest. While some 800 health care personnel received project-funded training, there is little evidence that the new skills were applied systematically. The strong management skills of the PMU, though invaluable for the implementation of the project, were not formally transferred to the MSPP.

NGOs participating in the TB control and HIV/AIDS activities under the project were able to increase their capacity as contractors, in both technical and administrative terms. Although NGOs have for many years played a critical role in operation of health facilities—and often have outperformed the government in this area—the project further strengthened their ability to contribute to sectoral goals.

5. Major Factors Affecting Implementation and Outcome

5.1 Factors outside the control of government or implementing agency:

This project—as the whole Haiti portfolio—was strongly affected by instability, civil unrest and political crises. Project implementation was brought to a halt about a year after implementation began, following the September 1991 *coup d'état*, which was followed by an international embargo and a three-year suspension of the IDA program. The *coup* and embargo devastated the economy, with grave repercussions throughout society—from households to government agencies.

In 1997, two years after the project resumed, the resignation of the Prime Minister further strained the political climate and distracted the administration's attention from development issues. The political crisis became still more pronounced after the May 2000 elections, when procedures for establishing winners of legislative and local elections were seen by many as unconstitutional and fraudulent. Presidential elections went ahead in November 2000, despite an opposition boycott; a new administration came into power in February 2001, headed by President Jean Bertrand Aristide and Prime Minister Jean Marie Charestal. The political crisis persisted and new international assistance to Haiti remained on hold.

Throughout these events, the government has proven unable to fulfill core public health functions, not adequately financing the provision of public goods (e.g., vector control) and goods with externalities (e.g., immunizations). The breakdown of the health system, coupled with the high level of poverty, has made the Haitian population extremely vulnerable to the emergence, re-emergence and rapid spread of infectious diseases. Haiti has become an incubator of diseases for the region; the situation is especially worrisome for vaccine-preventable diseases, HIV/AIDS, and multi-drug-resistant TB.

5.2 Factors generally subject to government control:

A lack of commitment on the part of the Government, in particular the successive Ministers of Health and Ministers of Finance, undermined the project from the outset. This factor, coupled with the high turnover of administrations and ministers (3 administrations, 4 Ministers of Health), meant that priorities were frequently being reevaluated. The First Health Project was unable to garner full ownership of successive administrations.

During project implementation, the culture and institutional incentives present in the MSPP were rarely conducive to efficient execution. Ministry officials faced a series of natural and human-made emergencies (e.g., measles epidemics, drug shortages, hurricanes, strikes), and viewed the project as a pot of money to be used to resolve some of these problems. In such a context, insufficient attention was devoted to systemic issues affecting implementation, and to the long-term goals of the project. This situation was exacerbated by a lack of a tradition of programming and monitoring project activities.

On several occasions, the Government of Haiti failed to fulfill basic responsibilities. For example, during calendar year 2000, the government frequently fell into arrears with IDA repayment, resulting in several suspensions of IDA disbursements. These portfolio-wide suspensions permitted exceptions for the procurement of drugs for maternal and child health, TB and AIDS/STIs. From November 2000 through February 2001, an overdue audit report—largely the result of lack of performance by a private auditing firm—led to the suspension of disbursements for activities under the project, causing several activities to stall. As a result, many of the potential benefits of the final extension were not realized.

5.3 Factors generally subject to implementing agency control:

In the midst of the political turmoil affecting Haiti, the PMU was able to maintain a relatively high degree of efficiency and effectiveness. Strong management skills and remarkable continuity in key personnel insulated the project, to some degree, from a general environment of chaos during several periods. The PMU Coordinator proved able to work across political divisions, which benefited implementation tremendously. And, by working with NGOs, the PMU was able to achieve impressive successes in TB prevention and control activities. The PMU was isolated physically and institutionally from the Ministry—a situation that simultaneously helped and hindered its effectiveness—and therefore had limited capacity to ensure that the project was integrated into the Ministry's core functions.

5.4 Costs and financing:

The total cost of the project was estimated to be US\$33.7 million, of which US\$28.2 million equivalent (SDRs 22.2 million) would be financed by the IDA credit; the government was to allocate the equivalent of US\$3.1 million (in salaries). CIDA was to co-finance on a parallel basis the equivalent of US\$2.4 million.

The base costs to be supported by the project were estimated at US\$28.7 million, with contingencies of US\$5 million. The foreign exchange component (for imported materials) were estimated at US\$22.4 million, or 66 percent of total project cost. The costs also included the refinancing of a project preparation

facility of US\$560,000, approved in October 1987; and increases of US\$190,000, approved in April 1989, and of US\$150,000, approved in November 1989.

The original allocation of project resources was modified along with the changes in project content. The Institutional Development component, originally programmed to absorb US\$4.1 million, eventually used about US\$1 million. The Services Delivery component was originally budgeted at US\$21.1 million, and ultimately used about US\$17 million. For the Epidemic Prevention and Control component, which was budgeted at US\$8.5 million, approximately US\$10 million was expended by the close of the project.

Final disbursements under the project amounted to US\$29.1 million equivalent (SDRs 21.1 million), resulting in a cancellation of US\$1.3 million undisbursed. (Due to a change in the US\$/SDR exchange rate, the total disbursed amount in US\$ exceeds the commitment amount.) Thus, in the end, 11 years after the start of the project, the project had disbursed 95.2 percent of the original credit amount.

6. Sustainability

6.1 Rationale for sustainability rating:

Unlikely. The many activities that were initiated under the project—and particularly the institutional development interventions, civil works, stocking of health centers—are not sustainable without government support. That support is unlikely due to both the government's on-going fiscal crisis, and lack of institutional commitment.

6.2 Transition arrangement to regular operations:

Several of the project activities constituted one-time investments that can be appropriated by the government with no further outlays. Others, which require maintenance, additional salary support, and other recurrent expenditures, are currently on shaky ground. There are no plans for project activities to be part of the Ministry's regular operation. However, certain project components—in particular, the TB and AIDS work—are expected to continue at some level with external support.

IDA currently is disengaged from Haiti and will likely remain so until the pending issues related to governance and arrears have been resolved. The Bank is processing a number of grants that will allow it to capitalize on the achievements of the First Health Project despite the current IDA disengagement. A first grant of US\$50,000 from the Japanese government has been approved. This grant will serve to assist the preparation of the National HIV/AIDS Strategic Plan, which will provide the framework for all future donor operations in HIV/AIDS in Haiti. A second grant of US\$250,000 from the World Bank's Post-Conflict Fund also has been approved. This grant will assist the efforts of several agencies to contain the recent polio outbreak in Haiti. A third grant request (for an approximate amount of US\$1 million) in support of HIV/AIDS prevention and related activities that will be implemented by NGOs will be submitted shortly to the Post-Conflict Fund. In addition to these grants, the Bank has sought to maximize the benefits of the First Health Project by seeking alternative sources of financing to maintain the key activities. In collaboration with WHO, the Bank has thus successfully negotiated relay financing from other donor agencies to maintain support to the National Tuberculosis Program. The U.S. Agency for International Development and the Canadian Government have developed projects to support the Tuberculosis Program beginning this year. All fundamental functions of the Program that were formerly financed from the First Health Project, including drug supply, will be maintained and/or further developed. It is expected that the Tuberculosis Program will continue to expand its tuberculosis case detection and its improvements in cure rates.

7. Bank and Borrower Performance

Bank

7.1 Lending:

Satisfactory. After more than 11 years, in the light of sweeping changes in Haiti's political landscape, it is extremely difficult to judge the Bank's lending performance in health. It met the minimum criteria of identifying priority issues for the sector. However, the Bank overestimated institutional capacity for financial management and procurement. In addition, in retrospect it is clear that the political risks were far greater than had been anticipated during project design.

7.2 Supervision:

Unsatisfactory. Projects in high-risk countries such as Haiti require intense supervision, yet unrest or political upheavals frequently prevent timely supervision missions and/or field visits. As shown in Annex 4, there were several significant gaps in supervision due to security concerns; those supervision missions that did occur often were restricted to Port-au-Prince. Thus, judging supervision performance against a "gold standard" for timeliness is difficult, but it is clear that the Bank supervision teams made every effort to conduct missions as regularly as possible..

Supervision missions adequately reported on project implementation progress, made impressive efforts to mobilize technical collaboration from other agencies (WHO, UNAIDS and PAHO), and quickly pointed out design flaws and implementation problems. On occasion, follow-up on recommendations was weak, due in part to frequent changes in ministerial leadership, as well as the lack of integration of the PMU into the Ministry. In addition, there were several changes in project task managers (six), sector managers, resident representatives and country directors—as well as the Bank's project management structure and processes—over the life of the project.

Despite the supervision teams' satisfactory performance in the face of very difficult country conditions, questions can be raised about the wisdom of the decisions taken by the Bank regarding the orientation and extension of the project. Specifically, several observers question whether the decision to focus project resources on public health activities, and to minimize attention to institutional reforms, was a correct one. If it was clear that the political will for institutional change was absent, then even the most pro-poor and urgently needed public health activities—such as those supported by the project in its later phases—could not be expected to be sustained. In addition, given that Bank management was aware of the lack of Borrower commitment and the low probability of sustainability, it is reasonable to ask whether an extension to the closing date should have been granted.

7.3 Overall Bank performance:

Unsatisfactory. The Bank made a concerted effort to design and supervise the project well, in the face of severe limitations. However, the Bank demonstrated questionable judgment the change in orientation of the project and the extension of the closing date.

Borrower

7.4 Preparation:

Satisfactory. Documents indicate a relatively high degree of Borrower involvement during the design phase.

7.5 Government implementation performance:

Unsatisfactory. Throughout the project, political turbulence, lack of continuity among key personnel within the Ministry, uneven commitment to project aims, and isolation of the PMU from the Ministry's line operations contributed to the operation's poor performance.

7.6 Implementing Agency:

Highly Satisfactory. The PMU possessed strong management capabilities, had a strong commitment to the aims of the project, and was responsive to Bank rules and regulations. Within the Haitian context, the PMU stood out as a remarkably effective management team. While compliance with substantive covenants was poor—and, in fact, many of the key covenants related to institutional strengthening were dropped as the project was revised—compliance with most routine administrative covenants was adequate.

7.7 Overall Borrower performance:

Unsatisfactory. Many positive aspects of the implementing agency's performance were dwarfed by the overwhelming constraints associated with the political and economic upheaval affecting Haiti during the 1990s.

Table 1: History of Status of Legal Covenants

Agreement /Section	Covenant Type	Present Status	Original Fulfillment Date	Revised Fulfillment Date	Description of Covenant	Comments
2.03	5	After Delay Complied with	06/30/96	03/31/01	Closing Date	Requested for Haiti's Public Health needs
2.06	2	Partially Complied with	01/15/91	To be determined	Commitment and Services Charges	Lack of payment and arrears occasioned during project's implementation
3.01 (b)	5	After Delay Complied with	09/20/2000	06/08/2001	Project Management Unit Completion Report	Delay due to data collection within the PMU
3.01(c) (i)	10	Complied with	08/02/1990		Coordinating unit	
3.01 (e)	03	Complied with	6/20/1990		Maintain an account in Gourdes and make adequate deposits in the Project Account, so as to maintain an average quarterly balance not less than the equivalent of \$250,000 or such other balance as agreed upon between the Borrower and the Association	
3.03 (a)	12	After Delay Complied with	04/30/1991	12/31/1997	Undertake a study for purposes of Part A.2 of the Project and ensure that such study is completed in a timely fashion	Due to the 1991 suspension of all IDA's activities in Haiti
3.03 (b)	12	Not Complied with	09/30/1991	01/31/1999	Put into effect recommendations of the above study as agreed upon with the Association	Due to 1991 suspension of all IDA's activities in Haiti, and subsequent change in project focus
3.04	11	Partially Complied with	06/1/1991	07/18/1997	Submit to the Association the public sector health budget and the plan of Project expenditures for the following year	Due to the 1991 suspension of all IDA's activities in Haiti
4.01 (a)	01	Complied with	09/01/1991		The Borrower shall have the Records and Accounts (including Special Accounts) for each fiscal year audited by independent auditors acceptable to the Association	
4.01 (b) (ii)	01	Complied with	03/01/1991		The Borrower shall furnish to the Association no later than 6 months after the end of each fiscal year, a certified copy of the audit by said auditors	
6.02	5	After Delay Complied with	06/20/1990	08/02/1990	Effective Date	Due to delays in establishing Special Account and because of change of authorities due to change of Government

Covenant Type: 1: Accounts/audit; 2: Financial performance/generate revenue from beneficiaries; 3: Flow and utilization of Project Funds; 4:Counterpart Funding; 5: Management aspects of the Project or of its executing agency; 6: Environmental covenants; 7: Involuntary resettlement; 8: Indigenous people; 9: Monitoring, review and reporting; 10: Implementation; 11: Sectoral or cross-sectoral budgetary or other resource allocation; 12: Sectoral or cross-sectoral regulatory/institutional action; 13: Other

8. Lessons Learned

8.1 Under the right conditions, public-private partnerships can help to mitigate institutional constraints. The TB program owes much of its singular success to the structured partnership between the public sector and committed non-governmental organizations, which were contracted to carry out well specified tasks. Through partnership with the NGO sector, the program was able to engender rapid change and scale-up to a more effective model of TB prevention and control. Key elements of this success were (a) the development of contracts with outputs that could be monitored well, and verified; (b) recognition and reinforcement of the role of the Ministry of Health in managing national programs; and (c) continuity and stability of funding for NGO activities.

8.2 Supply-driven public sector projects cannot overcome systemic constraints. Time and again, investments made under this project failed to yield the expected benefits because of the limited management and financing capacity of the public sector. Specifically, the physical improvements in the primary health facilities were never matched by additional or better trained personnel, and thus the ultimate benefits on health conditions had little chance of being realized. In retrospect, it might have made more sense to promote demand-side financing, which would permit use of health care providers outside of the public system.

8.3 Basic implementation capacity is essential. Throughout its implementation, the project suffered from the lack of fundamental management skills within the public sector. Baseline data were not collected; targets often were not set, or not set appropriately; activities were not programmed in a consistent manner; and sound monitoring systems were not established. Development and maintenance of these skills, which requires time, financial resources and institutional commitment, is a basic prerequisite to successful lending.

8.4 Governance of acceptable quality and basic implementation capacity are essential for the success of a Bank operation. Throughout its implementation, the project suffered from the lack of fundamental management skills and rules of accountability within the public sector. Baseline data were not collected; targets often were not set, or not set appropriately; activities were not programmed in a consistent manner; and sound monitoring systems were not established. Prerequisites for future lending should include: (a) at least a minimally acceptable quality of governance; and (b) a commitment to developing and maintaining project implementation skills.

8.5 Small, simple and well-defined operations will work better than more wide-ranging projects. Given Haiti's well known human resource constraints, the persistent budgetary shortages, and the political and other risks, future lending should focus on well-defined operations, perhaps of a pilot nature.

8.6 Changes in the nature of public sector employment may only be realized on a government-wide basis, rather than within one sector. In Haiti, as in most other countries, the "rules of the game" under which health workers are employed are set by government-wide civil service laws and regulations, and cannot be modified only within the sector. Making changes in the size, distribution and/or remuneration of public sector workers requires the participation and commitment of a wide range of actors outside of the

health sector, and may not be best addressed through health sector operations.

8.7 Supply-driven public sector projects cannot overcome systemic constraints. Several times, investments made under this project failed to yield the expected benefits because of the limited management and financing capacity of the public sector. Specifically, the physical improvements in the primary health facilities were never matched by additional or better trained personnel, and thus the ultimate benefits on health conditions had little chance of being realized. In retrospect, it might have made more sense to promote demand-side financing, which would permit use of health care providers outside of the public system.

9. Partner Comments

(a) Borrower/implementing agency:

The Borrower was given the opportunity to comment on two versions of this report. With respect to the first version, the Borrower stated that the Government agreed with the substance of the report. The second version differed from the first only in the overall ratings of Bank and Borrower performance -- downgraded from "Satisfactory" to "Unsatisfactory." The Borrower provided no additional comments on that version, after a four-month comment period.

(b) Cofinanciers:

N/A

(c) Other partners (NGOs/private sector):

World Bank consultation with the non-governmental organizations that worked in partnership with the government under this project to implement TB and HIV/AIDS prevention and control programs yielded the following insights:

(a) Shortcomings in the capacity of NGOs cannot be faulted for relative lack of success in implementing HIV/AIDS prevention programs, because the same NGOs implemented TB program successfully.

(b) NGO success in TB prevention and control (compared to HIV/AIDS) can be traced to (i) strong leadership in the national TB program; (ii) better contract specification and ability to monitor results. A key element of success in the TB programs was the relative ease of monitoring performance and identifying specific output measures.

(c) NGOs became frustrated because payments took a long time to materialize, and often arrived after activities were completed, reports remitted and all expenditures justified. NGOs would have preferred a pure output/performance-based contract, rather than the existing arrangement of a contract that included both output-based elements and a requirements that all expenditures be justified.

(d) For planning purposes, NGOs prefer that the term of the contract be at least one-year, on a renewable basis.

(e) Some NGOs reported that the contracts with the project tended to be too small; others that they do not have (and do not have the means to hire) the human resources to implement the activities for which they were contracted.

(f) NGOs are strongly interested in future partnerships, particularly if the suggestions for improvements in the terms of the contract are taken into consideration.

10. Additional Information

N/A

Annex 1. Key Performance Indicators/Log Frame Matrix

Outcome/Impact Indicators

Infant Mortality: Decrease of 15% of the current rate (119/1,000) by the end of the third year of the project, and of 35% of the current rate by the end of the sixth year of the project to achieve a rate of at most 78/1,000 in the project area	N/A	70/1,000
Child Mortality: Decrease of 15% of the current rate (22/1,000) by the end of the third year of the project and of 40% of the current rate by the end of the sixth year of the project to achieve a rate of 14/1,000 in the project area	N/A	118/1,000
Maternal Mortality: Decrease of 15% of the current rate (367/100,000) by the end of the third year of the project and of 40% by the end of the sixth year to achieve a rate of at most 220/100,000 in the project area	N/A	523/100,000

Output Indicators

Indicator/Matrix	Projected in last PSR	Actual/Latest Estimate
From Staff Appraisal Report		
Number of pregnant women to be seen at least three times per year by trained personnel	N/A	N/A
Number of pregnant women to be immunized against TB	N/A	N/A
Number of all recorded births to be attended by nurse midwife or physician	N/A	N/A
Number of sterilizations performed on (a) men and (b) women	N/A	N/A
Number of women in reproductive age immunized against tetanus	N/A	N/A
Number of families with children to receive information about oral rehydration	N/A	N/A
Number of preschool children to be complete vaccinated	N/A	N/A
Number of preschool children to be surveyed for nutritional status (weight/age)	N/A	N/A
Number of preschool children identified to be at risk of xerophthalmia to receive vitamin A	N/A	N/A
Number of persons (a) screened; and (b) treated for TB	N/A	N/A
Number of persons (a) screened; and (b) treated for malaria	N/A	N/A
Number of blood donors screened for HIV infection	N/A	N/A
Number of persons at risk to be screened for HIV infection	N/A	N/A
Number of latrines built	N/A	Approx. 8,250
Number of water sources sanitized	N/A	N/A
From other sources (aide-memoires, PSRs)		
Availability of essential drugs		Greater than 60% nationally
Health facilities constructed or rehabilitated		5
Health facilities equipped		38
Staff trained in medical and administrative topics		800
Smear-positive TB cases detected		6,828
Proportion of detected cases treated under DOTS		63-79%

Note: The lack of information about process indicators reflects incomplete monitoring systems

Annex 2. Project Costs and Financing

Project Cost by Component (In US\$ million equivalent)

Project Cost by Component	Appraisal Estimate (US\$ million)	Actual/Latest Estimate (US\$ million)	Percentage of Appraisal
Institutional Development	3.6	1	28%
Service Delivery	17.6	17	97%
Epidemic Control	7.5	10	133%
Total Baseline Cost	28.7	37	129%
Physical Contingencies	1.1		
Price Contingencies	3.9		
Total Project Costs	33.7	37	
Total Financing Required	28.2	26.3	93%

Note: CIDA was to provide US\$2.4 million. The Government of Haiti was to provide US\$3.1 million.

Note: Due to the change in the US\$/SDR exchange rate, the total disbursed amount in US\$ exceeds the commitment amount

Project Costs by Procurement Arrangements (Appraisal Estimate) (US\$ million equivalent)

Expenditure Category	Procurement Method				Total Cost
	ICB/IS	NCB	Other	NBF	
Works	0.0 (0.0)	3.5 (3.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	3.5 (3.5)
Equipment, Furniture, Medical Supplies, Drugs	10.3 (10.3)	0.6 (0.6)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	11.0 (11.0)
Vehicles, Motorcycles	3.5 (3.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	3.5 (3.5)
Technical Assistance	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.9 (1.9)	0.0 (0.0)	1.9 (1.9)
Training	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	4.3 (1.9)	0.0 (0.0)	4.3 (1.9)
Salaries and Operational Costs (including PMU)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	4.5 (4.5)	4.1 (1.0)	8.6 (4.5)
PPF refinancing	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.9 (0.9)	0.9 (0.0)
Total	13.8 (13.8)	4.1 (4.1)	10.8 (8.4)	5.0 (1.9)	33.7 (28.2)

Project Costs Financed by IDA (Appraisal Compared to Actual/Latest Estimate) (US\$ million equivalent)

Expenditure Category	Appraisal (US\$ million)	Disbursed (US\$ million)	Disbursed/Appraisal Estimate (%)
Works	3.5	5.7	162.9
Equipment, Furniture, Medical Supplies, Drugs	11.0	10.0	90.9
Vehicles, Motorcycles	3.5	1.1	31.4
Technical Assistance	1.9	2.7	142.1
Training	1.9	1.9	100.0
Salaries and Operational Costs (including PMU)	5.5	4.1	74.5
PPF refinancing	0.9	0.8	
Total	28.2	26.3	93.3

Annex 3. Economic Costs and Benefits

N/A

Annex 4. Bank Inputs

(a) Missions:

Stage of Project Cycle	No. of Persons and Specialty (e.g. 2 Economists, 1 FMS, etc.)		Performance Rating		
Month/Year	Count	Specialty	Implementation Progress	Development Objective	
Identification/Preparation					
	June 1987	N/A			
	November 1987	N/A			
Appraisal/Negotiation					
	June 89	6	Health Specialists, Family Planning Specialist, Operation Assistant, Procurement Specialist, Consultants		
	November 1989	3	Health Specialist, Lawyer		
Supervision					
	May 1990	2	Health Specialist, Financial Analyst	S	
	June 1990	4	Health Specialist, Financial Analyst	S	HS
	November 1990	2	Financial Analyst, Project Assistant	S	HS
	March 1991	2	Financial Analyst, Health Specialist	S	HS
	October 1993	2	Operations Assistant, Division Chief	S	
				S	
				S	
	January 1995	3	Economists, PAHO Representative	S	
	June 1995	3	Economist, Consultants	S	S
	August 1995	4	Portfolio Analyst, Operation Analyst, Public Health Specialist, Consultant	S	S
	October 1995	5	Public Health Specialists, Economist, Procurement Analysts	S	S
	March 1996	2	Public Health Specialist, Public Health Consultant	S	U
	July 1996	3	Health Specialist, Lead Health Specialist, Public Health Consultant	S	U
	Fevrier 1997	1	Health Specialist	S	U
	April 1997	3	Project Coordinator, Procurement Coordinator	S	
			Administrative Assistante		
February 1998	3	Two Health Specialists, Project Advisor	S	S	
June 1998	6	Two Health Specialist,		S	

ICR			Nutritionist, Project Advisor, Project Assistant, USAID Specialist	
	October 1998	5	Project Advisor, Health Specialist, Pharmaceutical Specialist, Sector Leader, World Bank Resident Mission Representative,	S
	10/2000	6	Economist, Health Specialists, Resident Mission Representative, Procurement Specialist, ONUSIDA Advisors	
	April 2001	4	Economist, Health Specialists, Operation Analyst	
	June 2001	4	Economist, Operation Analyst, Health Specialist, ONUSIDA Specialist	

(b) Staff:

Stage of Project Cycle	Actual/Latest Estimate	
	No. Staff weeks	US\$ ('000)
Identification/Preparation	115.5	523,000.00
Appraisal/Negotiation	56.3	115,900.00
Supervision	114.76	869,698.27
ICR	13.12	38,689.20
Total	299.68	1,508,598.27

Annex 5. Ratings for Achievement of Objectives/Outputs of Components

(H=High, SU=Substantial, M=Modest, N=Negligible, NA=Not Applicable)

	Rating				
☐ <i>Macro policies</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☐ N	☒ NA
☐ <i>Sector Policies</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☒ N	☐ NA
☐ <i>Physical</i>	☐ H	☐ SU	☒ M	☐ N	☐ NA
☐ <i>Financial</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☒ N	☐ NA
☐ <i>Institutional Development</i>	☐ H	☐ SU	☒ M	☐ N	☐ NA
☐ <i>Environmental</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☐ N	☒ NA
 <i>Social</i>					
☐ <i>Poverty Reduction</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☒ N	☐ NA
☐ <i>Gender</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☐ N	☒ NA
☐ <i>Other (Please specify)</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☐ N	☒ NA
☐ <i>Private sector development</i>	☐ H	☐ SU	☒ M	☐ N	☐ NA
☐ <i>Public sector management</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☒ N	☐ NA
☐ <i>Other (Please specify)</i>	☐ H	☐ SU	☐ M	☐ N	☒ NA

Annex 6. Ratings of Bank and Borrower Performance

(HS=Highly Satisfactory, S=Satisfactory, U=Unsatisfactory, HU=Highly Unsatisfactory)

6.1 Bank performance

Rating

☐ Lending

☐ HS ☒ S ☐ U ☐ HU

☐ Supervision

☐ HS ☐ S ☒ U ☐ HU

☐ Overall

☐ HS ☐ S ☒ U ☐ HU

6.2 Borrower performance

Rating

☐ Preparation

☐ HS ☒ S ☐ U ☐ HU

☐ Government implementation performance

☐ HS ☐ S ☒ U ☐ HU

☐ Implementation agency performance

☒ HS ☐ S ☐ U ☐ HU

☐ Overall

☐ HS ☐ S ☒ U ☐ HU

Annex 7. List of Supporting Documents

Staff Appraisal report: Haiti First Health Project (November 28, 1989)

Development Credit Agreement (February 2, 1990)

Rapport de Clôture-Premier Projet Santé, MSPP/IDA (MSPP, June 2001)

Reflexions: Premier Projet de Santé (Daniel Henrys, June 2001)

Aide-Memoire (1989-2001)

Project Status Reports (1989-2001)

Amendments to the Credit Agreement

Citation: 'Evaluation du Projet MSPP/IDA,' vol. 1 & 2. Institut Haïtien de l'Enfance. December 1999

Additional Annex 8. Borrower's Report

Rapport de Clôture-Premier Projet Santé MSPP/IDA

I. Introduction

Le présent rapport contient une analyse finale du Premier Projet de Santé MSPP/IDA. Il répond à l'obligation de présenter un rapport de clôture de projet devant servir à évaluer les écarts éventuels entre les résultats escomptés et ceux qui ont été obtenus par cet effort conjoint du Gouvernement Haïtien (GH) et des bailleurs de fonds, dont principalement la Banque Mondiale (BM).

L'analyse couvre -d'une part-les modalités et stratégies d'exécution du projet, en mettant en perspective les difficultés rencontrées vers l'accomplissement de son objectif principal et de ses objectifs spécifiques. A ce titre, les hypothèses de base portant sur les contextes politique, et socio-économique peuvent revêtir une importance toute particulière par rapport à certains objectifs initiaux du projet. D'autre part, une évaluation des ressources humaines, et financières disponibles au projet par rapport aux résultats obtenus, permettra d'apprécier l'efficacité des dépenses consenties.

Le rapport est ainsi structuré. La section II trace un bref historique du projet, et s'inspire d'un côté des documents d'élaboration du projet, et de l'autre côté des différents rapports et aide-mémoire, de même que des documents d'amendement du projet. La section III se penche sur l'évaluation du projet le plaçant dans sa perspective historique. A la lumière des aspects saillants qui se dégagent de la section précédente, la section IV offre une appréciation générale du projet, de même que des appréciations particulières portant sur les diverses composantes du projet. Celles-ci utilisent les indicateurs de performance retenus lors de l'élaboration du projet tout en tenant compte des objectifs révisés. C'est aussi dans cette quatrième section que le rapport aborde de façon synthétique le thème des facteurs clés ayant influencés le déroulement et les résultats du projet. Ceci se fait obligatoirement à partir d'une convergence d'informations, incluant l'analyse des objectifs et moyens du projet. Une dernière et cinquième section comprend des recommandations susceptibles de bénéficier à l'élaboration d'autres projets dans le secteur.

II. Analyse Rétrospective

En prélude de l'évaluation à suivre, cette sous-section tente de retracer l'historique du projet à la lueur des risques émanant du contexte difficile de sa mise en œuvre, et les changements d'objectifs et d'orientation que de tels développements ont pu occasionner.

L'instabilité politique comptait parmi un des risques majeurs identifiés dans le SAR. Les répercussions de cette instabilité sur le projet devaient provenir des remaniements ministériels éventuels, puisque de nouveaux responsables prendraient du temps à assimiler, et à s'engager dans la voie des profondes réformes proposées par le projet.

Le projet a en effet subi plusieurs secousses politiques depuis son articulation initiale. Son lancement a eu lieu sous le Gouvernement Pascal-Trouillot en juillet 1990. Est venu en février 1991, un nouveau gouvernement, celui de Jean-Bertrand Aristide, puis est survenu le coup d'état de septembre 1991. Le projet devait redémarrer en mars 1995 à la faveur du retour de Jean-Bertrand Aristide, et 11 mois avant l'installation d'un nouveau président, René Garcia Préval.

Chacun de ces développements politiques impliquait un nouveau gouvernement avec de nouvelles urgences et de nouvelles priorités, un nouveau cabinet ministériel, et donc un nouveau Ministre de la santé, un nouveau Directeur Général, et potentiellement un remue-ménage au niveau même des cadres impliqués directement dans le projet. Durant la période d'exécution effective du projet, le MSPP a connu jusqu'à six ministres, et autant de Directeurs Généraux. Il est opportun de signaler ici que Bijou (avril, 1993) a rapporté que la «standardisation et le redéploiement du personnel débutés à la fin de 1989...ont été discontinués au départ du Ministre Pintro ...des techniciens transférés à des postes importants sont automatiquement retournés à leurs anciens postes ». De plus, quelques six années plus tard l'IHE (décembre, 1999) a pu compter « Les changements fréquents des directeurs départementaux » parmi les contraintes importantes ayant pesés lourdement sur l'exécution du projet.

L'Unité de Gestion du Projet (UGP) établi en 1990 constituait, l'élément de stabilité essentiel pour la continuation du projet. Cette dernière a survécu jusqu'en 1992, bien après la suspension du financement de l'IDA en 1991, et a joué un rôle déterminant dans la coordination des activités durant la période de crise. Il importe de souligner ici que la stabilité de l'UGP est imputable aux procédures (organisation, gestion, et supervision) établies au sein de l'institution, aux liens étroits entre cette entité et la BM, et à la clarté de ses attributions. Un fait important demeure cependant, **l'UGP n'est pas un organe d'exécution**. Son rôle qui se limitait à la gestion des fonds du projet, et à l'émission d'avis techniques ne pouvait lui permettre de protéger le projet complètement contre les troubles sociaux et politiques, et les dérapages administratifs, procéduriers ou autres du Ministère chargé de l'exécution du projet. Ce point est important puisque le SAR cite la création de l'UGP comme un facteur d'atténuation des risques identifiés.

Les nombreux remous politiques n'ont pas été vides de conséquences économiques. Lors de l'élaboration initiale du projet, le taux de change était fixé à cinq gourdes pour un dollar américain. Déjà en 1991, la Banque de la République d'Haïti (BRH) passait officiellement du régime de taux de change fixe (5gourdes/dollar américain) à un régime de taux de change flottant, et du même coup la gourde s'échangeait à 7,5 gourdes/dollar américain, soit une décote de 50% par rapport à l'hypothèse de départ.

En 1995, au redémarrage du projet, la gourde s'échangeait à plus de quinze gourdes pour un dollar. Par conséquent, la contribution financière du GH au projet, évaluée à quelques trois millions de dollars en 1990 ou 15 millions de gourdes, devait passer du fait de la dépréciation de la monnaie nationale à plus de 45 millions de gourdes. De plus, des taux d'inflation se situant au-dessus de la barre de 20% causèrent un déséquilibre important entre le budget prévisionnel et les coûts de réalisation des projets. Dans l'enveloppe budgétaire initiale, les contingentements ne s'élevaient qu'à 11,5% du budget prévisionnel, soit US \$3,9 millions d'un montant total de 33,7 millions de dollars américains, et 30% des dépenses totales du projet devaient être exécutées localement.

Ces changements économiques importants En 1995, le Produit Intérieur Brut ne constituait, en termes réels, pas plus de 81% du niveau estimé en 1991, l'année de suspension de l'apport financier de l'IDA au projet. De plus, le taux de croissance annuelle de la population estimée à 2.08% pour les années 90 était de 30% supérieur à celui de 1.6% retenu dans le SAR de 1989. Ces changements démographiques et économiques importants ont probablement occasionné des mouvements migratoires tout aussi importants avec des conséquences immédiates sur la population ciblée par le projet, et une difficulté accrue quant à l'analyse de son impact. , qui auraient pu constituer une base de remise en question et de renégociation du projet, ont occasionné plusieurs amendements à ce dernier lors du redémarrage en mars 1995. Certains amendements apportés au projet initial sont reproduits ci-dessous. Ces amendements font suite aux missions effectuées par la BM en Haïti aux lendemains de la résolution de la crise politique, et après consultation avec les autorités haïtiennes, et les responsables de la Santé. Le chemin des amendements a

été préféré à celui de la remise en question formelle, et de la renégociation d'un autre accord.

Amendements : objectifs révisés

Un amendement daté septembre, 1995 prévoyait la réduction des centres de santé à construire ou à réhabiliter. En effet, une des provisions de cet amendement stipulait l'annulation de l'annexe 2 de l'accord de crédit. Cette annexe contenait la liste exhaustive des centres à construire ou à réhabiliter.

Le plus important amendement apporté au projet est survenu en décembre 1998. Ce dernier renvoyait sa date de clôture au mois de décembre 1999, et en modifiait l'envergure de façon substantielle. Le renforcement institutionnel ne se résumait plus qu'à deux initiatives : 1) Recouvrement des coûts de prestations de soins de santé ; 2) Appui technique au Ministère en ce qui a trait à la conceptualisation des stratégies de prestations de soins de santé, des standards de distributions de médicaments essentiels, et l'établissement de normes et standards pour les soins d'urgence, et le contrôle de la Tuberculose, du SIDA, et des maladies sexuellement transmises. Dans le volet Prestation des Soins de Santé les Médicaments Essentiels réapparaissaient, et le programme devait désormais s'étendre à l'échelle nationale. De plus, le programme de construction des centres de santé ne couvrait plus que 10 au lieu des 29 initialement prévus, soit une réduction de près de 2/3 de l'effort. Les composantes structurelles du volet Contrôle et Prévention des Epidémies étaient éliminées. Il n'était plus question de restructuration du MSPP ou d'Unités Communales de Santé. De plus, l'implication des ONGs initialement prévue dans les seuls domaines de la Tuberculose et du SIDA étaient désormais admise pour le volet « Prestation des Soins de Santé ». Autant dire que, par rapport aux objectifs initiaux, le projet s'est trouvé du fait de ces changements importants, complètement dénaturé, et on pourrait même aller jusqu'à penser que cet amendement constitue un constat d'échec de la formulation du projet initial. Au moins cette mesure confirmait la nécessité ressentie par la BM d'adapter les objectifs du projet aux résultats jugés atteignables, ou déjà atteints. Cependant, on ne peut écarter l'hypothèse que cet amendement reflète une tentative de mesures correctives par rapport aux défaillances conceptuelles notées plus haut dans l'élaboration du projet. Il faut remarquer que ces changements apportés au projet sont encore compatibles avec la matrice de l'annexe 3.

Toujours est-il que des contraintes émanant de l'environnement politique instable pesaient encore lourdement sur le projet: La démission du Premier Ministre Rosny Smarth en juin 1997 entraînerait celle de plusieurs membres de son cabinet, et cet événement a été suivi d'une longue période de crise tant au niveau du Parlement qu'à celui de l'Exécutif. Plus particulièrement, l'intérimat du Ministère de la Santé serait pendant longtemps assuré par le Ministre de l'Intérieur.

III. Evaluation de la Performance, et Impact du Projet

L'historique dressé ci-dessus permet de distinguer trois grands moments du projet. Le premier s'étend de juillet 1990 à septembre 1991, le second débute en mars 1995 pour finir en décembre 1998. Finalement, le dernier couvre l'intervalle janvier 1999-mars 2001. La structure générale du projet reste inchangée durant les deux premiers moments, alors que des changements radicaux au niveau de tous les objectifs marquent la dernière. L'évaluation de l'impact et de la performance suit ces trois moments.

III.1 Les résultats intermédiaires : Juillet 1990-Septembre 1991

A ce stade (seulement un peu plus d'un d'exécution) du déroulement du projet, il serait prématuré de baser l'évaluation sur l'objectif principal ou même les objectifs spécifiques. Par contre, il sied de tenir compte des résultats escomptés, et des activités prévues selon l'échéancier retenu dans l'Accord de Crédit, et le

SAR. Le rapport de la Directrice de l'UGP de l'époque, le Docteur Josette Bijou, renseigne valablement sur les réalisations de cette période.

III.1.1 Résultats Escomptés

Au niveau des résultats escomptés, un dérapage majeur touchant l'augmentation de la pondération de la masse salariale dans les dépenses totales du MSPP (hausse à 95.5/5.5 du ratio salaires/dépenses de fonctionnement au lieu de la réduction à 84.5/15.5) devait aboutir à une suspension du financement de l'IDA, en novembre 1990, seulement trois mois après le lancement du projet. La suspension ne devait être levée qu'en décembre 1990, après certaines assurances de la part du GH.

Il est bon ici de rappeler que dans la structure d'un « cadre logique », les résultats escomptés constituent une assise ou un intrant pour les objectifs spécifiques qui à leurs tours déterminent l'accomplissement de l'objectif principal. La restructuration du MSPP, rappelons-le ici, représentait un résultat escompté d'une grande importance. Ici le projet se heurte de plein fouet aux problèmes conceptuels: l'insistance de la BM sur un intrant qui n'était pas nécessairement déterminant pour l'objectif principal, et les objectifs spécifiques.

Par contre, bien que quelques délais aient été enregistrés et quelques ajustements encore nécessaires, des progrès avaient été réalisés en ce qui a trait à d'autres aspects.

Plusieurs cadres, et techniciens avaient reçu une formation en gestion, et d'autres avaient bénéficié d'une formation sur le contrôle des infections. Par ailleurs, les outils de gestion, et le processus de diagnostic vers la mise en place des AP avait été achevé, et le régime de traitement courte-durée contre la tuberculose avait été introduit. L'étude pour la mise en oeuvre du processus de rationalisation des coûts allait aussi bon train.

III.1.2 Activités

Le projet avait, à ce stade, finalisé le processus d'appel d'offres pour 47 véhicules, et des contrats avaient été signés pour la réhabilitation de trois centres de santé, et la construction de trois autres. De plus, des dossiers d'étude étaient bien avancés pour sept autres centres. Il faut encore mentionner que dans le cadre des volets Tuberculose et SIDA, plusieurs centres de traitement avaient été approvisionnés en médicaments, que les processus de procurement du matériel de laboratoire et d'acquisition de véhicules étaient très avancés.

L'analyse des dépenses consenties (voir annexe 4) montre que —hormis salaires et coûts opérationnels— les deux plus fortes pondérations (exprimées en pourcentage du budget prévisionnel correspondant par poste) sont imputables à l'assistance technique, et à la formation : 13,31%, 10,72%, respectivement. A ce stade, seulement 8,24% du budget global avait été dépensé.

III.1.3 Synthèse : Objectif principal et objectifs spécifiques

En résumé, ce premier moment du projet se distingue surtout par la prépondérance des activités de formation, de réalisations d'études, et de mise en place des structures préalables aux prochaines étapes.

Avant même le coup d'état de septembre 1991, un événement significatif devait remettre tous ces acquis en question. Il s'agit de la réforme administrative du MSPP introduite en juillet 1991 et qui aboutit à la fermeture des structures administratives du Ministère. Cette dernière créa des mouvements de personnel,

néfastes au projet, et des cadres importants pour le suivi, la gestion, et la planification étaient déplacés. Cet événement, à l'avant veille de celui de septembre 1991, jetait le doute sur l'engagement réel de l'Etat dans la voie du type de réformes (administration centrale) prônées par le projet. Jusqu'ici donc, le projet était encore loin (volet Tuberculose mis à part) des objectifs spécifiques, et de l'objectif principal.

Il est opportun de répéter ici que les résultats touchant les allocations budgétaires du MSPP semblaient déjà hors des capacités du projet. Le dérapage enregistré plus haut le démontre d'ailleurs. Cette initiative ne pourrait être menée à bon port-surtout dans un contexte d'urgence budgétaire, et d'instabilité. La remise en question formelle de la provision de l'Accord de Crédit portant sur les allocations budgétaires du MSPP viendra sous la forme d'une réforme administrative générale administrée par la création du Conseil National pour la Réforme Administrative (CNRA). Cette entité était chargée d'analyser, de valider, et d'harmoniser tous les plans sectoriels de réformes administratives. Ce n'est qu'en août 1999 que la réforme administrative de l'administration publique dans son entier fut lancée.

III.2 Les résultats intermédiaires : Mars 1995-Décembre 1998

A l'encontre de la période précédente, cet intervalle (trois années d'exécution) est suffisamment grand pour mériter que l'évaluation prenne compte de l'objectif principal et les objectifs spécifiques du projet.

Dans les circonstances difficiles déjà décrites, le projet devait donc redémarrer en mars 1995, et il fallait au préalable dresser un état des lieux. Cet état des lieux devait révéler la nécessité de rendre l'UGP opérationnel, d'activer la mise en place des UCS, la réhabilitation des infrastructures et l'acquisition d'équipements, le besoin de dresser un inventaire des ressources humaines du projet et de relancer les programmes de formation, et de financer l'obtention des médicaments essentiels. En mars 1995, une programmation sur tous ces points avait été faite couvrant 9 mois: avril-décembre 1995. Haïti est à ce jour en pleine période électorale, un nouveau gouvernement sera installé le 7 février 1996...l'histoire se répète. A ce titre, il faut prendre note des commentaires d'une mission de la BM ayant séjourné à Port-au-Prince entre les 11 et 15 mars, 1996: "les progrès réalisés [depuis octobre, 1995] ont été plus modestes que prévues. Ceci est dû surtout [à] la non-reconduction des contrats de l'équipe de l'UGP et aussi [à] la non-approbation par la nouvelle administration du MSPP des activités prévues, liés en partie à la décision de restructurer le Ministère et de réévaluer les stratégies."

III.2.1 Activités

Si la période précédente avait été marquée par la prépondérance du programme de formation et de l'assistance technique, celle-ci s'était révélée être celle des travaux d'infrastructures et du capital physique du projet (voir annexe 4). En effet, les acquisitions d'équipements médicaux et de médicaments essentiels, et l'achèvement des chantiers de construction et de réhabilitation des centres de santé absorbaient près de 77%, et 63% des allocations budgétaires prévues pour ces postes, respectivement. Il importe de souligner aussi que 43% de l'enveloppe budgétaire prévue pour l'acquisition de véhicules avait été consommé.

Par ailleurs, le taux de consommation du programme de formation avait à peine atteint 19%, mais celui de l'assistance technique s'était élevé à 40% à peu près, soit plus du double.

III.2.2 Résultats Escomptés

La restructuration du secteur santé se faisait encore attendre. En particulier, même le concept des UCS faisait encore l'objet de controverses, et des confusions quant à leurs modalités de fonctionnement persistaient. Bien que des progrès aient été enregistrés en ce qui a trait à l'aspect infrastructure physique et logistique de la décentralisation (construction/réhabilitation et meilleur approvisionnement de centres), des retards ou carences se faisaient encore sentir au niveau de la disponibilité des ressources humaines dans ces derniers.

L'annexe 5 présente le budget exécuté par le MSPP entre 1997 et 1999. Une différence significative dans la pondération des salaires dans le total des dépenses du Ministère n'apparaît qu'en 1999, alors que cet objectif ne devait plus être poursuivi par le projet à partir de 1999. En 1999, la proportion des salaires dans le total des dépenses était passé à 79%, un changement notoire par rapport aux 84%, et 85% enregistrés en 1997 et 1998, respectivement. Il importe de souligner que cette réduction ne s'explique nullement par une diminution de la masse salariale. Celle-ci est passée de 310,7 millions de gourdes en 1998 à 348,3 millions de gourdes en 1999, soit une augmentation de 12% en termes nominales et, vu le taux d'inflation de 9,9% entre septembre 1998 et septembre 1999, cette montée correspond à une croissance réelle d'environ 2%.

L'annexe 6 montre l'évolution de la part relative des départements sanitaires de l'Ouest et du Sud-Est dans le total des dépenses du MSPP entre 1996 et 1999. Il est évident, que l'évolution de l'exécution du budget dans ces départements ne reflète pas une allocation prioritaire des ressources financières du MSPP. De plus, l'annexe 6 fait ressortir que entre 1997, et 1998, les allocations salariales des départements n'ont pas augmenté de façon significative, reflétant très probablement le non-redéploiement des ressources humaines vers les centres concernés par le projet.

En ce qui a trait aux réalisations de travaux d'infrastructure, le point suivant mérite d'être soulignée. Alors que 77% des prévisions budgétaires avaient été épuisés, seulement 6 centres avaient été érigés ou réhabilités au lieu des 28 initialement identifiés, et quelques cinq mille latrines avaient été construites, un effectif bien en deçà des 10,000 envisagés au début. Cependant, plusieurs dépôts périphériques (10) avaient été réhabilités, des salles communautaires avaient été construites, et un total de 3.250 latrines-non prévues par le projet- avaient été érigées dans le Nord.

Bien que l'on pourrait classer toutes ces réalisations de très positives, la concentration des résultats positifs dans deux secteurs du projet (Tuberculose, et Médicaments Essentiels) sans la décentralisation du MSPP (non-implantation des UCS, non-redéploiement des ressources humaines), faisait encourir au projet le risque de ne pas atteindre son objectif principal ou ses objectifs spécifiques clés. Point n'est besoin d'être grand clerc pour se rendre compte qu'il existe une correspondance presque parfaite entre les réalisations enregistrées jusqu'à cette date, et l'amendement de décembre 1998.

III.2.3 Objectif spécifiques

Les aide-mémoire et rapports préparés antérieurement montrent que les objectifs spécifiques les mieux satisfaits se concentrent dans le volet "Médicaments Essentiels" et "Tuberculose". L'introduction de la stratégie de courte durée pour le traitement de la tuberculose était effective, et avait remporté des succès tel qu'en témoigne des taux de guérison augmentés. Encore en butte à des problèmes de ruptures de stock, le système d'approvisionnement des médicaments essentiels était nettement amélioré, un fait dû en partie à l'implantation des dépôts périphériques.

III.2.4 Synthèse : Objectif principal

L'analyse d'impact se heurte à deux obstacles. Premièrement, les statistiques permettant de discerner l'impact du projet à partir des indicateurs de performance retenus lors de l'élaboration du projet ne sont pas toujours disponibles pour les zones du projet. Il semble opportun de souligner ici que la disponibilité d'une base de données avait été envisagée dans le cadre du projet, mais que cette activité n'a pas été menée à bon port. Deuxièmement, il semble important de signaler dans ce contexte, que le passage du découpage administratif en régions, puis en départements, puis à la tentative échouée de l'implantation des UCS n'était pas apte à conduire à des indicateurs de performance précis ou à des mécanismes de collecte d'information adéquats.

Toujours est-il que le consultant rejoint l'opinion de l'IHE (décembre 1999) selon laquelle il n'est pas permis de penser à une amélioration sensible de la situation sanitaire en Haïti. A ce commentaire, le consultant ajoute qu'il n'est même pas permis de chérir, dans un contexte institutionnel dégradé et dans un environnement de crise économique et de constantes remises en question, l'illusion de résultats durables dans ce domaine, en conformité avec l'esprit du projet.

III.4 Dernier moment : Janvier 1999-Mars 2001

En 1998, la date d'échéance du projet avait été reculée à décembre 1999. En 1999, cette échéance fut encore repoussée à mars 2001.

L'année 1999 marque un tournant important quand on admet l'hypothèse d'une remise en question tacite de certains objectifs clés du projet initial. Ainsi, il était admis que la plupart des résultats substantiels à obtenir à travers cette initiative étaient déjà acquis. Il s'agissait donc, autant que l'on puisse en juger, de consolider les succès relatifs du projet: "Tuberculose" et "Médicaments Essentiels". Répétons-le ici, le projet ne focalisait plus sur la restructuration du MSPP, et l'emphase sur les UCS avait été abandonnée, et la décentralisation se résumait à assurer que les quelques centres de santé, dans l'Ouest et le Sud-Est, avaient le personnel et le matériel requis pour leurs bons fonctionnements. De plus, en 2000 le projet apportait un appui financier au Programme Elargi de Vaccination (PEV), et de nouvelles initiatives étaient prises dans le cadre de la Santé reproductive.

Puisque la portée du projet avait été réduite aux deux initiatives sus-mentionnées, le rapport MSPP-ONGs (élargi des suites de l'amendement de 1998) venait à revêtir un plus haut niveau d'importance. Cette collaboration a constitué un appui logistique important accompagné d'un apport en ressources humaines nécessaires. Il faut ajouter à cette liste la contribution des ONGs dans les activités IEC.

Parmi les réalisations importantes de cette dernière étape du projet, on peut compter:

- 1) Le renforcement des activités de dépistage de la tuberculose,

- 2) Le renforcement des activités de lutte contre le SIDA (disponibilité des tests) et les MST,
- 3) L'appui (produits pharmaceutiques) à certains centres hospitaliers (Cap-haïtien, Jacmel, Gonaïves, Hinche, Cité Soleil) dans le domaine de la Santé Reproductive,
- 4) L'amélioration sensible de la disponibilité des Médicaments Essentiels',
- 5) L'appui à l'école des « Sages Femmes », et
- 6) L'Appui au PEV.

IV. Evaluation

L'évaluation de la performance du projet présentée ci-dessous offre d'abord une appréciation générale des modalités de son exécution et de l'envergure de son impact. De l'avis de consultant, cette démarche permet une mise en contexte appropriée des résultats spécifiques observés. Une description analytique de ceux-ci fait l'objet d'une deuxième sous-section : appréciations particulières.

IV.1 Appréciation Générale : facteurs clés, et viabilité du projet

L'instabilité socio-politique couplée du manque d'engagement soutenu et cohérent du GH dans la voie de la réforme du secteur explique en grande partie l'évolution du projet. L'objectif principal de ce dernier visait l'**amélioration durable du statut de santé** de la population. Pour ce faire, une stratégie spécifique avait été retenue dont l'un des aspects clés aurait dû déboucher sur la décentralisation effective, et le renforcement tout aussi durable des institutions ayant pour mission, de réguler le secteur, et d'offrir des services de santé.

La "durabilité" constitue un critère d'évaluation élevé, mais nécessaire, puisque des notions tout aussi importantes telles la continuité, et la cohérence dans le temps, aboutissant à l'effet cumulé des efforts la sous-tendent. Un projet forme un tout, et il n'est pas possible (ou recommandable), pour les besoins d'une évaluation conforme, de s'en tenir à quelques résultats positifs, aussi importants qu'ils soient ou et quels que soient leurs impacts ponctuels (voir annexe 7). Par conséquent, dans la mesure où les circonstances socio-politiques difficiles sus-mentionnées ne se sont pas soldées par une amélioration sensible des capacités de gestion ou le redressement notoire des défaillances organisationnelles des structures du Ministère, le consultant ne peut que constater le degré de succès très limité, dans sa globalité, du Premier Projet de Santé MSPP/IDA. Cette opinion se justifie au moins de deux manières. Premièrement, les redressements organisationnels aptes à préserver/sécuriser les investissements consentis dans le cadre du projet ne sont pas encore en place. Pour plus de spécificité, des équipements (y compris véhicules) ont été acquis, des bâtiments ont été construits, et il n'existe pas l'ébauche d'un plan d'entretien pour ce capital physique précieux, voire, des procédures ou provisions (voire disponibilités) budgétaires en visant le maintien. En ce qui a trait au capital humain, la dépravation des cadres occasionnée par les nombreux événements politiques est encore à craindre. Le consultant ne possède aucune évidence de l'acceptation du principe de l'implantation des UCS ou de quelque autre modèle de déploiement des ressources humaines.

La viabilité du projet reposait sur la bonne compréhension de son objectif principal, et de ses objectifs spécifiques, mais aussi de la stratégie d'ensemble. A ce titre, il est regrettable que des instruments de suivi de projets, tel le cadre logique n'aient pas été disponibles, d'une part, et qu'une ventilation peu judicieuse des ses composantes ait été faite au départ, d'autre part.

IV.2 Appréciations Particulières

La méthodologie retenue pour cette section s'assied d'une part sur l'exécution du budget pour chacune des composantes du projet, et sur les réalisations observées d'autre part.

Il faut noter dès le début que le budget présenté dans le SAR ne constitue pas un instrument d'analyse. Plus spécifiquement, **les rubriques présentées dans le budget prévisionnel ne sont pas ventilées par composante programmatrice** (voir annexe 4). En l'absence d'une telle programmation, il est difficile de juger (par volet) l'exécution du budget par rapport aux anticipations selon le canevas de l'annexe 3. Plutôt, la totalité des postes budgétaires peuvent être regroupés sous la rubrique « Renforcement Institutionnel », ce qui ne permet qu'une appréciation limitée des différents aspects du programme. Une analyse plus fine ne devient possible qu'à partir de l'année 2000 quand une programmation budgétaire détaillée (voir Annexe 8) a été réalisée couvrant l'intervalle janvier 2000 - mars 2001 pour chaque volet du projet.

IV.2.1 Génie Civil (satisfaisant)

Quelques 5,7 millions de dollars américains auraient été décaissés au titre de cette rubrique. Ce montant représente environ 92% l'enveloppe budgétaire prévue, alors que seulement 50% des travaux originellement programmés (voir annexe 9) ont été exécutés. Toutefois, un menu assez consistant de chantiers ont été entrepris. Ainsi, en ajoutant les travaux non prévus (latrines dans le Nord, salles communautaires, et dépôts périphériques) on arrive à un taux d'achèvement de 82%. La note (satisfaisant) s'explique du fait de la portée des réalisations observées (importance des dépôts périphériques) en dépit d'un cadre macroéconomique dégradé (inflation, dépréciation de la gourde). De plus, l'écart entre les prévisions et les réalisations en ce qui a trait au nombre de centres construits et réhabilités s'explique par le changement d'orientation du projet (plus de focalisation sur le modèle UCS) noté plus haut, un développement qui n'est pas imputable à la mauvaise gestion ou l'incapacité d'exécution. En d'autres termes, l'équipe en charge des activités de génie civil a su répondre aux demandes des décideurs quand celles-ci ont été formulées.

IV.2.2 Equipements & Matériels Médicaux (non satisfaisant)

Il existe une liste assez impressionnante de matériels médicaux (voir annexe 10) achetés mais non complètement distribués. Cet état de chose déplorable s'explique par un manque de coordination d'une part, et par une mauvaise évaluation des besoins des établissements sanitaires, d'autre part. En ce qui a trait à certains matériels distribués, ils sont restés inutilisés dans plusieurs cas soit parce qu'il n'y avait pas de techniciens pour les installer, soit par manque d'espace dans les centres, soit par cause d'absence du personnel qualifié pour les utiliser. De plus, un grand nombre de besoins en matériels et équipements ont été formulés par diverses institutions sanitaires alors que du matériel reste entreposé: un gaspillage inacceptable des ressources mises à disposition par le projet. Le matériel et les équipements ont été achetés sur demande des responsables du MSPP.

Des 75 véhicules tout-terrain prévus, quarante-sept (47) ont été acquis et distribués. Ainsi, à peu près 42% du montant prévu été dépensé pour l'acquisition de véhicules. Il a été rapporté au Consultant que ces véhicules n'ont pas toujours été utilisés aux fins pour lesquels ils ont été achetés (moyen logistique pour la supervision, et les visites de terrain). De plus des disponibilités budgétaires ne se sont pas matérialisées au MSPP pour satisfaire aux besoins d'entretien ou de réparations. Il en a résulté que l'UGP a du pourvoir à bon nombre de requêtes pour combler ces lacunes.

IV.2.3 Médicaments Essentiels (satisfaisant)

En bute à des problèmes de rupture de stock au début du projet, ce volet du programme a su résoudre ces problèmes, et a contribué par l'entremise des ONG et, grâce à l'implantation des dépôts périphériques au bon approvisionnement des institutions sanitaires.

Le volet ME et l'acquisition d'équipements et de matériels ont consommé près de 91% de l'enveloppe prévisionnelle, soit \$9,97 millions des \$10,96 millions prévus.

IV.2.4 Assistance Technique et Formation (satisfaisant)

L'assistance technique et le programme de formation ont coûté \$4,6 millions au projet. Ces deux activités visaient l'amélioration de la qualité des ressources humaines soit par dissémination de nouvelles techniques sanitaires, soit par l'introduction de nouvelles procédures. Une bonne partie du personnel sanitaire (plus de 800) a bénéficié (voir annexe 11) d'une formation. Cette formation a couvert tant le domaine médical (Tuberculose, et le SIDA) que le domaine administratif.

Certaines réserves pourraient cependant être formulées quand à la durabilité de tels efforts si ils ne sont pas intégrés dans la programmation du MSPP de façon continue. On se rappellera ici que la dépravation des cadres formés a constitué un des problèmes dont a souffert l'exécution du projet.

L'assistance technique et la formation ont consommé \$2,7, et \$1,9 millions, respectivement. Alors que l'enveloppe prévue pour l'assistance s'élevait à \$3,6 millions, celle de la formation se chiffrait à \$1,1 millions. Ainsi ces deux activités ont consommé 74%, et 181% de leurs allocations budgétaires respectives.

IV.2.5 Renforcement Institutionnel (non satisfaisant)

Les activités sus-citées représentent l'essentiel du « Renforcement Institutionnel ». Cet effort aura coûté un total de \$21,5 millions, soit 77,4% des \$27,7 millions décaissés au titre du projet. L'absence de preuves tangibles de la durabilité des effets d'un tel effort explique l'insatisfaction avec ce volet du projet, particulièrement en regard des résultats pas toujours probants du côté des priorités sanitaires ciblées. Les résultats des trois priorités sanitaires sont discutés dans les sous-sections suivantes.

IV.2.5 Soins de Santé de Base (Très insatisfaisant)

La santé materno-infantile était particulièrement ciblée par le projet. Une nette détérioration du statut de santé des mères et des enfants apparaît dans les statistiques présentées dans l'annexe 13. Le taux de mortalité maternelle aurait plus que doublé en 2000 (523/100.000 naissances vivantes) comparé à celui du SAR (220/100.000). Par ailleurs, le taux de mortalité infantile serait passé de 77,4/1.000 à 80/1.000. L'annexe 12 montre aussi des statistiques alarmantes sur le taux de mortalité maternelle : 1.067/100.000 à l'Hôpital St. Michel de Jacmel. Parmi les raisons citées pour ce taux élevé, on retrouve le manque de matériels adéquats, et du personnel qualifié. Des trois hôpitaux identifiés, seules les statistiques de l'Hôpital Justinien du Cap se trouvent en dessous de la moyenne nationale.

On pourrait ajouter, vu les causes de décès, l'insuffisance dans la fourniture de soin avant la naissance, ce qui laisse supposer un nombre insuffisant d'interactions des femmes enceintes avec le milieu médical.

Comparés à l'ensemble des femmes enceintes du pays, seules les femmes du Sud-Est se portent mieux, jugées au travers du taux de séroprévalence, et de la prévalence de la Syphilis parmi les femmes enceintes. Celles de l'Ouest ont un taux de séroprévalence inférieur à la moyenne nationale. Ces deux départements étaient ciblés par le projet.

Entre 1996 et 1999, l'annexe 12 montre une légère hausse du taux de séroprévalence, alors que le taux d'infection à la Syphilis s'est amélioré de façon sensible. Il incombe de souligner que le groupe d'âge

particulièrement à risque est constitué par les moins de vingt ans en milieu rural,

IV.2.6 SIDA/MST (satisfaisant)

Avec celui de la Tuberculose, le volet SIDA/MST représentait une composante importante de la lutte contre les endémies majeures. Six ONG ont été engagés pour aider le MSPP à mener cette lutte contre la séroprévalence et les MST. L'annexe 13 présente la liste complète des ONG impliquées de même que les actions entreprises par elles. On notera que des rapports sont disponibles pour seulement quatre ONG sur six.

On rappelle ici que l'apport de ces organisations a été considérable dans les activités IEC, l'approvisionnement, et le dépistage. Pour les ONG dont les rapports sont disponibles, on peut avancer, qu'en général, elles se sont bien acquittées de leurs tâches. Le volet ONG-SIDA/MST a coûté un peu moins de \$100.000 au projet.

Bien qu'un effort considérable ait été consenti (Caravane des Jeunes, formation, conférences, rencontres communautaires, distribution de préservatifs) la lutte est loin d'être terminée. L'annexe 14 montre que la grande majorité de la population est sensibilisée sur le problème du VIH/SIDA. Toutefois, seulement 14% des hommes, et 6% des femmes ayant eu (en 1999-2000) des rapports sexuels durant les douze derniers mois rapportent avoir utilisé des préservatifs, soit un taux d'utilisation effectif des préservatifs d'à peu près 10%.

IV.2.7 Tuberculose (Très satisfaisant)

Le volet Tuberculose a connu un grand succès. Des objectifs spécifiques majeurs ont été atteints : des taux de succès supérieurs à 70% ont été observés en 1999, et le dépistage des cas frottis positifs a beaucoup augmenté (voir annexes 15 et 16). De plus le taux d'abandons serait passé de plus de 45% à moins de 20%, soit une réduction de plus de 100%.

Ici encore, l'action des ONG en support d'un BPCLT dynamisé explique ces bons résultats. Les trois ONG retenus pour mener cette lutte sont la ICC/CAT, le CDS, et la CCH. Le financement leur a permis de mobiliser un nombre appréciable de ressources humaines additionnelles (voir annexe 17) pour la lutte anti-tuberculose. Hormis la formation, ces ONG ont été impliquées dans le dépistage et le traitement. Elles ont bien rempli leurs mandats. Le financement des ONG par le projet s'est élevé à quelques 577 mille dollars américains.

IV.2.8 Coût-Efficacité

Tenant compte des limitations décrites ci-dessus, le calcul du ratio coût-efficacité se base exclusivement sur les résultats obtenus pour les programmes prioritaires : Soins de Santé de Base, et Endémies Majeures (Tuberculose, SIDA/MST). Le calcul du ratio est expliqué à l'annexe 19. Selon les critères retenus, le projet aurait été effectif à 47%, un résultat peu satisfaisant.

V. Conclusions et Recommandations

Conformément à son statut, et dans un contexte stratégique de "Lutte contre la Pauvreté" le secteur social représente un domaine prioritaire pour l'IDA. En dépit du niveau de succès peu élevé de ce projet, l'implication de l'IDA dans le secteur ne sera pas probablement remise en question. Cependant, des leçons importantes peuvent être tirées de cette première expérience.

Premièrement, un des risques identifiés lors de l'élaboration du projet était la relative inexpérience du secteur avec les programmes financés par l'IDA. Un impact positif de l'exécution de ce projet a été la formation de l'UGP, et à travers elle, la familiarisation avec les modalités, et procédures de l'IDA.

Deuxièmement, l'insistance sur la restructuration de l'administration centrale du MSPP a probablement été une erreur stratégique. Le projet a obtenu de meilleurs résultats pour les programmes (Tuberculose, et Médicaments Essentiels) clairs. Ce bénéfice peut probablement être étendu à d'autres domaines prioritaires de la santé, si la programmation s'efforce de cibler des problèmes de santé tout aussi spécifiques que la Tuberculose.

Troisièmement, les ONG se sont révélés être un appui logistique important, et de plus ces entités offrent (l'expérience de 1992 l'a montré, de même que les résultats qu'elles ont pu obtenir) des opportunités pour la continuation des activités en cas de troubles politiques. Haïti n'est peut-être pas aux lendemains de la stabilité politique, et des stratégies qui tiennent compte de ce facteur déterminant doivent être envisagées.

Quatrièmement, Il est recommandé d'une part que l'IDA continue son support des domaines prioritaires spécifiques à travers des centres de santé identifiés. Cette initiative pourra bénéficier des compétences et expertises acquises par l'UGP, qui en outre de son rôle de gestionnaire financier, a pu au moment opportun se transmuter en organe d'exécution. De l'avis du consultant, forte de son expérience, l'UGP devrait jouer un rôle clé dans l'élaboration d'un second projet.

Cependant, **l'UGP devrait jouer un rôle de supervision effective, et de suivi.** Pour que cette tâche soit accomplie, il faudra penser à intégrer une unité spécialisée en collecte d'informations (inclues toutes les statistiques du projet), et en rédaction de rapports de suivi. A ces fins, l'UGP pourra bénéficier de l'appui technique d'une firme ou d'un groupe de professionnels. Dans ce contexte, il faudra absolument préparer des formulaires de collecte de données en focalisant sur les indicateurs de performance, et les conditionnalités. L'échéancier des collectes devrait servir les besoins de supervision, d'évaluation, et de prises de décisions (mesures rectificatives, décaissements, etc..).

Sans des formulaires de suivi et d'évaluation établis au préalable, la tâche de supervision se réduit à une simple politique de constats.

En conséquence, il est fortement recommandé que la partie haïtienne soit appuyée techniquement par un consultant ou une firme lors de la préparation du prochain projet. Cette assistance technique devra porter sur tous les instruments de suivi.

Cinquièmement, le budget devrait être formulé sous une forme analytique, tel qu'il l'a été durant la dernière année du projet. La présentation du budget exécuté sous une forme autre que celle-là, infirme l'analyse coût-efficacité.

Sixièmement, des conditionnalités spécifiques, associées à des activités devant aboutir à chacun des résultats escomptés devraient être formulés. Les moments importants du projet devraient être spécifiés au préalable, et la supervision devrait permettre au projet de respecter un « chemin critique » pré établi. Ces conditionnalités devraient portées seulement sur les besoins opérationnels du projet, et ne pas s'aventurer dans un remaniement institutionnel de trop grande envergure.

Septièmement, avant le lancement du projet, on devrait prévoir une campagne de communication pour divulguer la portée et la teneur du projet à l'ensemble de la communauté médicale, et aussi auprès des

utilisateurs. Si un effort particulier est consenti ceux qui en sont responsables (même indirectement devraient en être informés), et les bénéficiaires éventuels devraient aussi en être imbus.

Finalement, pour plus d'efficacité dans la distribution des matériels et équipements, il est recommandé que toutes les conditions soient remplies pour leurs pleines utilisations (ressources humaines, courant électrique, programmation des interventions médicales à accomplir, espace physique, etc..). Les activités d'acquisition d'équipements et de matériels ont été marquées par trop de gaspillages.