



REPUBLIQUE D'HAITI  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION

## Programme National de Lutte contre le Sida

# Déclaration d'Engagement SUR LE VIH/SIDA, UNGASS

RAPPORT DE SITUATION NATIONALE  
HAITI, MARS 2012

## *Table des matières*

<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES .....</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>2. APERÇU DE LA SITUATION .....</b>	<b>8</b>
2.1 PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES AU PROCESSUS DE REDACTION DU RAPPORT .....	9
2.2 SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE .....	11
<b>3. RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE .....</b>	<b>16</b>
3.1 RIPOSTE POLITIQUE .....	16
3.2 RIPOSTE PROGRAMMATIQUE.....	16
3.3 RECAPITULATIF DES INDICATEURS SOUS FORME DE TABLEAU .....	19
<b>4. RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DU SIDA .....</b>	<b>23</b>
4.1 INTERVENTIONS DE PREVENTION ET DE SOINS DIAGNOSTICS .....	24
4.2 INTERVENTIONS EN SOINS ARV ET PTME.....	27
4.3 INTERVENTIONS DE REHABILITATION ET D'APPUI AUX FAMILLES AFFECTÉES ET INFECTÉES .....	29
4.4 CONNAISSANCES ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT .....	29
<b>5. MEILLEURES PRATIQUES .....</b>	<b>31</b>
5.1 INTENSIFICATION DES ACTIVITES DE PREVENTION DE LA FOSREF APRES LE 12 JANVIER 2010.....	31
5.2 VIH ET UN PROJET DE SANTE DANS LE CONTEXTE CARCERAL : DES LEÇONS DE PERSEVERANCE ET UNE VISION COMMUNE .....	33
5.3 PNUD COORDINATION TECHNIQUE DU PNLS, UN PARTENARIAT POUR L'HARMONISATION DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION A L'ÉCHELLE NATIONALE. ....	36
5.4 AMELIORATION DE L'OBSERVANCE CHEZ LES ENFANTS AU CENTRE MEDICAL BERACA.....	37
5.5 RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE : THE HAÏTI MONITORING AND EVALUATION SURVEILLANCE INTERFACE (MESI).....	38
5.6 UNE EXPERIENCE INOUBLIABLE DANS CAPVA DE CITE SOLEIL.....	39
5.7 NOTIFICATION DE CAS VIH : CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE.....	40
<b>6. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....</b>	<b>41</b>
<b>7. SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>42</b>
7.1 CARACTERISTIQUES DU SYSTEME ACTUEL.....	42
7.2 REALISATIONS CLES EN SUIVI ET EVALUATION AU COURS DE JANVIER 2010 A DECEMBRE 2011 .....	43
7.3 DIFFICULTES RENCONTREES DANS LE SUIVI ET EVALUATION .....	44
7.4 MESURES CORRECTIVES ENVISAGEES DANS LE SUIVI ET EVALUATION.....	45
7.5 MISE EN PERSPECTIVE EN MATIERE D'ASSISTANCE TECHNIQUE ET DE RENFORCEMENT DES CAPACITES EN SUIVI ET EVALUATION ...	45
<b>8. RAPPORT DE DEPENSES ENTRE 2009 ET 2011 .....</b>	<b>46</b>
<b>9. CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>1. ANNEXES .....</b>	<b>48</b>
TABLEAU A1.- REPARTITION DES DEPENSES EFFECTUEES DANS LA MISE DU PROGRAMME ENTRE 2009 ET 2009 .....	48

## Liste des Acronymes

<b>ARV</b>	<b>Anti RétroViral</b>
<b>BM</b>	<b>Banque Mondiale</b>
<b>CAP</b>	<b>Connaissances Attitudes et Pratiques</b>
<b>CCC</b>	<b>Communication pour le Changement de Comportement</b>
<b>CCM</b>	<b>Country Coordination Mechanism</b>
<b>CDC</b>	<b>Center for Diseases Control and Prevention</b>
<b>CELADE</b>	<b>Centre Latino Américain de Démographie</b>
<b>CONASIS</b>	<b>Comité National d'appui au Système d'Information</b>
<b>DHS</b>	<b>Demographic Health Survey</b>
<b>DRO</b>	<b>Disease Reporting Officer</b>
<b>DSD</b>	<b>Direction Sanitaire Départementale</b>
<b>DSF</b>	<b>Direction de Santé de la Famille</b>
<b>FHI</b>	<b>Family Health International</b>
<b>FOSREF</b>	<b>Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille</b>
<b>GHESKIO</b>	<b>Groupe Haïtien d'Etude du Syndrome de Kaposi et d'Infections Opportunistes</b>
<b>HARSAH</b>	<b>Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes</b>
<b>HASS</b>	<b>HIV-AIDS Surveillance System</b>
<b>HTW</b>	<b>Health Trough Walls</b>
<b>HUEH</b>	<b>Hôpital de l'Université d'État d'Haïti</b>
<b>LNSP</b>	<b>Laboratoire National de Santé Publique</b>
<b>MAST</b>	<b>Ministère des Affaires Sociales et du Travail</b>
<b>MC</b>	<b>Mobilisation Communautaire</b>
<b>METH</b>	<b>Monitoring and Evaluation Team of Haïti</b>

<b>MSH</b>	<b>Management Sciences for Health</b>
<b>MSP</b>	<b>Ministère de la Santé Publique et de la Population</b>
<b>NASTAD</b>	<b>National Alliance of State Territorial Aids Directors</b>
<b>OEV</b>	<b>Orphelins et Enfants Vulnérables</b>
<b>OIM</b>	<b>Organisation Internationale sur la Migration</b>
<b>ONUSIDA</b>	<b>Programme Commun des Nations Unies sur le Sida</b>
<b>PHARS :</b>	<b>Travailleuses du sexe et Hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes</b>
<b>PSI</b>	<b>Programme Santé Information</b>
<b>PVVIH</b>	<b>Personnes Vivant avec le VIH</b>
<b>RCC</b>	<b>Rolling Continuation Channel</b>
<b>RDC</b>	<b>République Démocratique du Congo</b>
<b>SIPSE</b>	<b>Système Intégré de Planification et de Suivi Évaluation</b>
<b>SDSH</b>	<b>Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti</b>
<b>SSG</b>	<b>Surveillance de Seconde Génération</b>
<b>TAR</b>	<b>Traitement Anti Rétroviral</b>
<b>TB</b>	<b>Tuberculose</b>
<b>UNFPA</b>	<b>United Nations Fund Population Agency</b>
<b>USAID</b>	<b>United States Agency International Development</b>
<b>VIH</b>	<b>Virus de l'Immunodéficience Humaine</b>

## Liste des tableaux et des figures

<b>Figure 1.-</b> Présentation graphique de l'Espérance de vie à la naissance avec et sans SIDA pour certains pays de la Caraïbe en 2010.....	11
<b>Tableau 1.-</b> Répartition des résultats des enquêtes sérosentinelles chez les femmes enceintes en CPN 1 selon le regroupement de sites dans le temps.....	12
<b>Tableau 2.-</b> Répartition des résultats des enquêtes sérosentinelles (prévalence) chez les femmes enceintes vues en CPN 1 selon le milieu de résidence dans le temps.....	13
<b>Tableau 3.-</b> Répartition du nombre cumulé de cas de VIH/SIDA notifiés selon l'âge en 2010 et 2011.....	14
<b>Tableau 4.-</b> Répartition du nombre cumulé de cas de VIH/SIDA notifiés selon le sexe en 2010 et 2011.....	14
<b>Tableau 5.-</b> Estimation de la prévalence du VIH chez les 15-49 ans et les nouveaux cas de VIH pour les adultes et les enfants de 2009 à 2012.....	14
<b>Tableau 6.-</b> Présentation des résultats détaillés de l'enquête auprès groupes spécifiques réalisés en 2011.....	15
<b>Tableau 7 :</b> Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012.....	20
<b>Tableau 8.-</b> Répartition du nombre de condoms vendus et distribués de 2006 à 2011.....	26
<b>Tableau 9.-</b> Répartition du nombre de tests effectués selon le service de 2006 à 2011.....	26
<b>Figure 2.-</b> Représentation graphique de l'évolution du nombre de tests réalisés en CDV et en PTME entre 2006 et 2011.....	27
<b>Figure 3.-</b> Couverture ARV et PTME au cours de la période 2006-2011.....	28
<b>Tableau 10.-</b> Répartition du nombre de personnes actives sous ARV et du nombre de femmes enceintes traitées entre 2006 et 2011.....	28
<b>Figure 4.-</b> Représentation graphique du nombre de patients actifs sous ARV au cours de la période 2006-2011.....	29
<b>Tableau 11.-</b> Récapitulatif des indicateurs selon le service pour la période 2006-2011.....	29
<b>Tableau 12.-</b> Indicateurs de comportement relatif aux jeunes et certains groupes spécifiques clés.....	30
<b>Tableau 13.-</b> Répartition des montants dépensés dans le cadre de la mise en œuvre du programme selon les rubriques entre 2009 et 2011.....	46

## Remerciements

L'élaboration du rapport de progrès sur l'évolution de l'épidémie en Haïti a été une grande opportunité de réfléchir sur le chemin parcouru, les difficultés actuelles, les attentes de la population, les défis et les stratégies à mettre en place pour le renouvellement et le renforcement des partenariats qui soutiennent la mise en œuvre du PNLS.

Ce rapport a fourni des informations sur les résultats obtenus au cours de la période janvier 2010 à décembre 2011 et a mis en évidence nos forces, nos faiblesses et nos succès. Nous sommes tous conscients que nos efforts doivent viser un seul but, celui de l'amélioration des conditions de vie de la population en général et des PVVIHs en particulier car nos devoirs envers le peuple haïtien et notre engagement au sein de la Riposte Nationale nous interpellent et nous obligent à aller de l'avant en mettant en place de nouvelles stratégies afin de rendre l'accès universel une réalité.

La mise en œuvre du processus d'élaboration du rapport de progrès a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers du PNLS dont les contributions ont été déterminantes. Nous disons un grand merci à tous ceux qui ont accepté de remplir les formulaires, les représentants de Ministères, d'association de PVVIH, d'universités, de donateurs, d'ONG, des églises catholique, protestante et du vodou, etc. Qu'ils soient à nouveau remerciés pour leur participation à la rencontre de restitution et de validation des données collectées.

Un merci spécial à l'ONUSIDA, à l'Unité de Gestion du Projet MSPP/PEPFAR et à l'équipe suivi et évaluation de la coordination technique du PNLS, qui grâce à leur apport, ont rendu possible le processus d'élaboration du présent rapport.

Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce document trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Dr Joelle Deas VAN ONACKER**  
**Coordonnatrice**

## 1. INTRODUCTION

La République d'Haïti, depuis la création des Nations Unies, a signé des traités et des protocoles importants sur la santé et le développement durable, en particulier les Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Déclaration politique sur le VIH/sida. En 2001, la Réunion Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida a demandé aux États signataires de soumettre un rapport de progrès tous les 2 ans. A partir de 2004, la République d'Haïti soumet son rapport UNGASS de façon régulière sur l'état de l'évolution de l'épidémie du sida. La République d'Haïti peut affirmer, en dépit des difficultés de toutes sortes, que la Riposte Nationale a maintenu un progrès continu dans la majorité des domaines d'intervention depuis 2002.

La mise en œuvre du Programme National de Lutte contre le Sida et les IST a été effectuée au cours de la période couverte par le présent rapport, janvier 2010 à décembre 2011, dans un environnement très difficile. Cet environnement a été marqué par la survenue du séisme du 12 janvier 2010 avec plus de 300.000 morts, d'innombrables cas de blessures et de traumatisés psychologiques, des destructions importantes d'immeubles, d'infrastructures de production et ses conséquences catastrophiques sur les plans économique, social et psychologique entraînant une détérioration majeure de la qualité de vie des haïtiens. Au cours de cette période ont été réalisées des élections qui ont permis au pays d'avoir un nouveau président, le remplacement du tiers du sénat et de la 48<sup>e</sup> législature. Suite à la survenue du séisme du 12 janvier 2010, Haïti a été mis sous « Additional Safeguard Policy » par le Fonds Mondial et subséquemment a été amorcé une période de transition laborieuse de réformes structurelles en matière de la gestion des subventions accordées à Haïti par le Fonds Mondial qui est un des bailleurs de fonds important pour le pays après le PEPFAR. Sur le plan sanitaire, le choléra a fait son apparition en Haïti, peu de temps avant la tenue des élections et a causé environ 7.000 décès<sup>1</sup>.

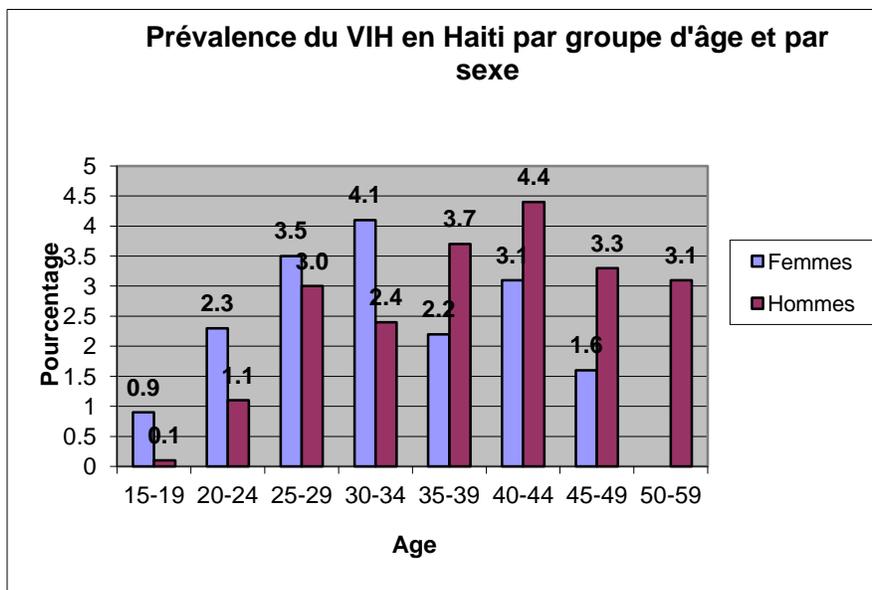
Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST a tout de suite, après le tremblement de terre, élaboré un plan intérimaire d'urgence fixant de nouvelles priorités pour la période post séisme tout en restant à l'intérieur du cadre global du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 – 2012. Ce plan opérationnel a indiqué les orientations d'interventions au niveau des camps de réfugiés, des objectifs de disponibilité d'intrants médicaux et de médicaments ARV et IO pour répondre aux besoins des PVVIH et des populations déplacés, et a suggéré des services de fourniture d'appui psychologique et économique aux prestataires victimes. Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST a pu s'adapter et a assuré une continuation de la mise en œuvre des différentes interventions de prévention, de soins diagnostiques et de traitement, de soins palliatifs et de réhabilitation, malgré une conjoncture difficile de transition et de catastrophes au cours des années 2010 et 2011.

---

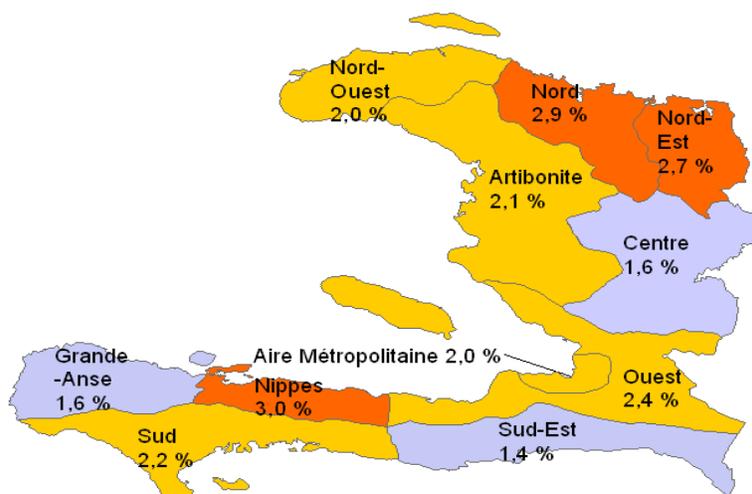
<sup>1</sup> Source: OCHA/MSPP, bulletin du 15 mars 2012

## 1. Aperçu de la situation

La prévalence moyenne du VIH dans la population de 15-49 ans est de 2.2%. L'épidémie est donc généralisée affectant tous les groupes d'âge comme le montre le graphique 1. La prévalence moyenne dépasse 2% dans presque tous les groupes. Elle varie entre 3,5 et 4% chez les femmes de 25 à 34 ans, entre 3,5 et 4,5% chez les hommes de 35 à 44 ans<sup>2</sup>. (EMMUS IV-2005-2006).



La séroprévalence varie entre 1,4%(Sud-est) et 3,0% (Nord) au niveau des départements comme le montre la carte suivante.



SOURCE: MSPP/IHE/MACRO INTL, EMMUS IV, 2006

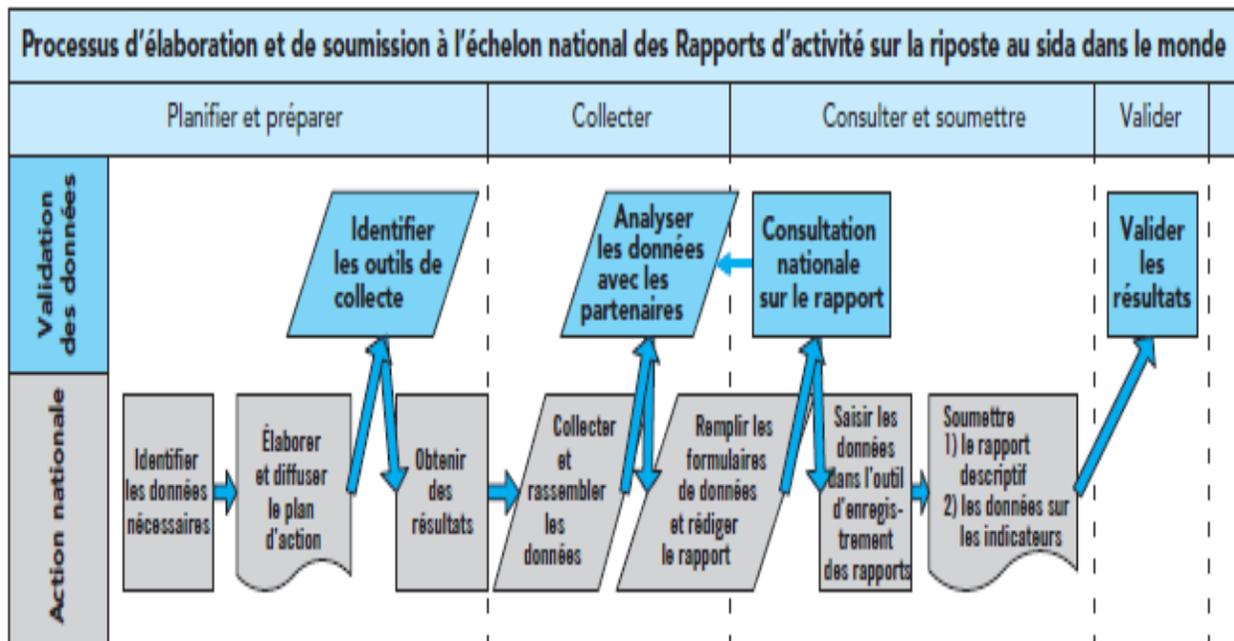
<sup>2</sup> EMMUS IV, 2005-2006

La Transmission verticale s'élève à 9 % en 2011 selon MESI (Banque de données du PNLS). Le nombre de PVVIH en Haïti, selon les projections épidémiologiques mises à jour au premier trimestre 2012, est estimé à 114,000 (94.000-131.000)

### 2.1 Participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Le lancement véritable du processus d'élaboration de ce rapport a eu lieu à la fin du mois de janvier 2012 lors d'une rencontre des sous bénéficiaires de la subvention VIH/sida accordée par le Fonds Mondial. Bien avant, au cours des mois de décembre 2011 et de janvier 2012, le service Suivi et Evaluation de la coordination technique a rencontré de façon séparée les partenaires sur l'importance de leur participation dans le processus d'élaboration de ce rapport. La coordination technique du PNLS a fait de son mieux pour respecter les directives de l'ONUSIDA et le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2012, tel que décrit dans le tableau ci-dessous qui fournit un résumé des différentes étapes.

## LES ÉTAPES D'ELABORATION ET DE SOUMISSION DES RAPPORTS



Le plan d'action de l'élaboration a été communiqué aux différentes parties prenantes de la Riposte Nationale présentes à cette rencontre et des informations leur ont été transmises sur les différents outils de collecte de données et sur les informations à transmettre à l'ONUSIDA au plus tard le 31 mars 2012. Environ 30 représentants y ont pris part et ont réagi sur le processus et le type d'appui qu'ils pourraient fournir sur la planification, la préparation, la collecte, l'élaboration proprement dite du rapport et de sa validation.

Avec l'appui de l'ONUSIDA, une rencontre a été organisée le 28 février 2012 où les différents secteurs représentés à cette rencontre ont eu beaucoup plus d'informations et ont été conscientisés sur l'importance de leur participation à tout le processus. L'équipe qui pilote le processus a décidé de modifier la façon de collecter certaines informations en analysant les processus antérieurs pour améliorer l'ambiance d'administration et de remplissage des formulaires. Ainsi, au lieu d'envoyer les formulaires A et B et de les récupérer, l'équipe a profité de cette rencontre, où les participants posaient des questions et faisaient des commentaires, pour les regrouper par secteur et les administrer ces formulaires. Chaque groupe avait un modérateur et un rapporteur. Des membres de l'équipe allaient d'un groupe à l'autre pour apporter des clarifications sur certaines questions. Par la suite, l'équipe a décidé d'aller rencontrer les secteurs qui n'avaient pas de représentants à cette rencontre en vue de finaliser la collecte.

Les professionnels, travaillant au sein du service suivi et évaluation avec l'appui de la Conseillère en suivi et évaluation de l'ONUSIDA, ont multiplié les contacts, réalisé plusieurs rencontres sur les projections épidémiologiques, collecté des données sur les statistiques de services en général et en particulier sur l'indicateur 4.2 de la rétention à 12 mois des patients sous ARV. Les institutions suivantes GHESKIO, PIH, I-TECH, NASTAD, METH et Solutions ont apporté un appui appréciable à la collecte, le traitement et l'analyse des données sur cet indicateur. PSI a également fourni les résultats préliminaires de l'enquête comportementale et sérologique à envergure nationale ciblant les TS et les HARSAH. Concomitamment à la réalisation de ces activités, le service suivi et évaluation de la coordination technique du PNLS a traité les informations contenues dans les formulaires NCPI et a rédigé la partie narrative du rapport UNGASS 2012. Pour le NASA, un encadrement technique très apprécié a été fourni par l'ONUSIDA pour la collecte et le traitement des données de dépenses.

Le premier draft du rapport étant prêt, la coordination technique du PNLS a réuni les principaux partenaires du Programme, tout en s'assurant de la représentativité de tous les secteurs, pour présenter les résultats et pour avoir leurs commentaires et leur consensus sur l'ensemble des réponses contenues dans les formulaires A et B. Les indicateurs disponibles pour ce rapport incluant le NCPI ont été postés sur le site de l'ONUSIDA dans les délais impartis (31 mars 2012).

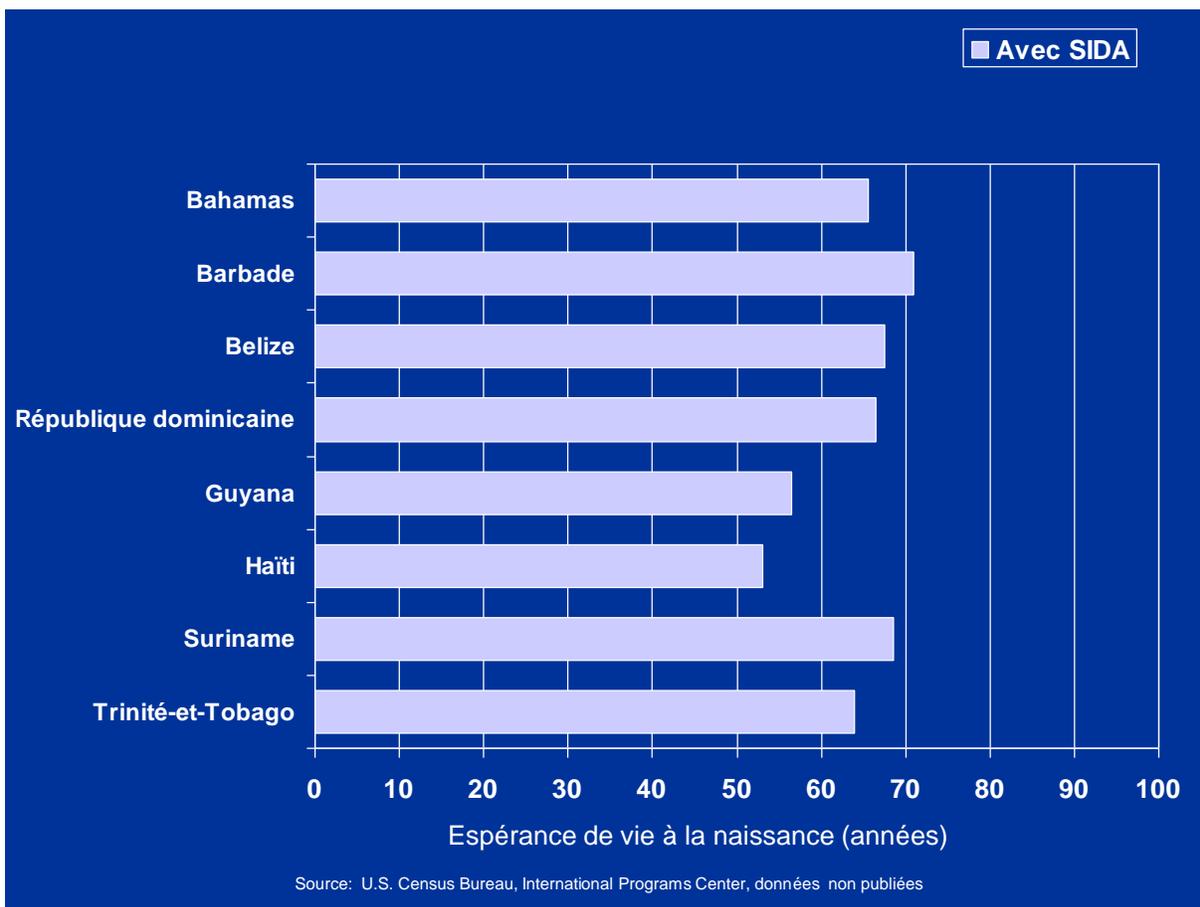
## 2.2 Situation actuelle de l'épidémie

Le suivi de certaines décisions prises par Haïti est très ardu et tous les démographes sont d'avis que les statistiques d'état civil ne sont pas suffisamment fiables pour faire le suivi des OMD par exemple. Sur les 140 communes d'Haïti en 2008, 137 disposent d'un bureau d'état civil, soit 97,8% mais la quasi totalité des sections communales, soit 567 sur 570 en est dépourvue. Selon un expert démographe travaillant à UNFPA en Haïti, Les décideurs et les planificateurs en santé publique ont recours le plus souvent, pour leur travail d'orientation et de planification, à des estimations.

D'après les calculs effectués par IHSI / CELADE à partir du recensement de 2003, la population totale d'Haïti en 2010 est estimée à 10.085.214 dont 37,0% et 16,0% vivent respectivement dans les départements de l'ouest et l'Artibonite. Une proportion de 35,0% de la population haïtienne a moins de 15 ans et la population active (15 – 64 ans) représente 58,4%. L'indice de fécondité est de 3 enfants par femme en milieu urbain et de 4 en milieu rural.

En 2010, l'espérance de vie en Haïti, était la plus faible comparée aux autres pays de la caraïbe.

**Figure 1.- Présentation graphique de l'Espérance de vie à la naissance avec SIDA pour certains pays de la Caraïbe en 2010**



Deux (2) types d'enquêtes et également des estimations et projections épidémiologiques ont été utilisés en Haïti pour suivre les tendances et l'évolution de l'épidémie du VIH en Haïti. A noter qu'en matière de tendance, les données provenant du système de surveillance développé avec le support technique de NASTAD sont d'une importance capitale. En général, ce sont les résultats de ces enquêtes et des estimations et projections épidémiologiques qui facilitent le travail des planificateurs. Ces enquêtes sont :

- Enquêtes sérosentinelles auprès des femmes enceintes : six (6) ont été réalisées de 1993 à 2009, la 7<sup>e</sup> est en cours de réalisation;
- Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation de Services (EMMUS IV) : celle de 2006 a déterminé pour la 1<sup>ère</sup> fois de façon scientifique la prévalence du VIH en Haïti;
- Le système de surveillance du VIH développé par NASTAD sous la direction de la coordination technique du PNLS.
- Les estimations et projections épidémiologiques qui sont actualisées sur une base annuelle au début de l'année civile.

Les enquêtes sérosentinelles réalisées au cours de ces périodes ont démontré des proportions élevées de séropositivité chez les femmes enceintes qui ont fréquenté les sites sélectionnés au moment de la réalisation de ces enquêtes. Ces informations fournissent des tendances et peuvent générer des hypothèses sur l'efficacité des programmes de prévention. Car, les résultats de ces études ne peuvent pas être inférés à la population, étant donné que les femmes fréquentant ces cliniques ne sont pas représentatives de la population de femmes enceintes, voire de la population en général. Néanmoins, dans des pays à faible revenu et qui ont des problèmes sérieux d'enregistrement de l'état civil, ces enquêtes sont indispensables pour les estimations, les projections épidémiologiques solides et les quantifications rationnelles des besoins. Ci-dessous un tableau des principaux résultats de ces enquêtes sérosentinelles.

**Tableau 1.- Répartition des résultats des enquêtes sérosentinelles chez les femmes enceintes en CPN 1 selon le regroupement de sites dans le temps**

Nombre de sites comparables	1993	1996	2000	2004	2007	2009
5 Sites comparables	6,20	5,60	5,59	3,11	3,17	2,40
9 Sites comparables		5,96	5,10	3,44	3,96	2,47
12 Sites Comparables			4,52	3,25	4,27	2,72
17 Sites comparables				3,11	4,44	2,65
21 sites comparables						2,65

Sources : MSPP/IHE

Le tableau suivant fournit des informations sur le pourcentage de séropositivité chez les femmes enceintes selon le milieu de résidence.

**Tableau 2.- Répartition des résultats des enquêtes sérosentinelles (prévalence) chez les femmes enceintes vues en CPN 1 selon le milieu de résidence dans le temps**

Milieu de résidence	Année					
	1993	1996	2000	2004	2007	2009
Urbain	9,4	8,0	6,8	3,4	5,9	3,0
Rural	3,5	3,7	2,9	2,8	2,7	2,4
Ensemble	6,2	5,6	4,5	3,1	4,4	2,7

Source : MSPP/IHE

Selon les informations antérieures, et les résultats de l'EMMUS IV<sup>3</sup>, Haïti est caractérisé par une épidémie de type généralisé. La prévalence est plus élevée chez les femmes en milieu urbain et chez les hommes en milieu rural par rapport au niveau d'instruction, les hommes analphabètes présentent une prévalence plus élevée que ceux ayant de l'instruction. La prévalence de l'infection chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 0,6% pour les hommes et pour les femmes de 1,5%. L'épidémie se féminise et Haïti n'échappe pas à la tendance mondiale de la représentation par les jeunes de 15 à 24 ans de plus d'un tiers de tous les nouveaux cas d'infection au VIH.

L'estimation du nombre total de cas uniques d'infection rapportée par NASTAD pour la période allant de 2000 à 2011 est de 124 305; jusqu'à 2010 elle était de 112 756, soit une augmentation de 11 549 représentant 10%. Les tableaux 3 et 4 présentent la répartition suivant le sexe et l'âge du nombre total de cas uniques d'infection au VIH rapporté par le système HASS.

**Tableau 3.- Répartition du nombre cumulé de cas de VIH/SIDA notifiés selon l'âge en 2010 et 2011<sup>4</sup>**

Groupes d'âge	Cas notifiés en 2010		Cas notifiés en 2011	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0-15	5 291	4.7	5 823	4.7
15-19	3 116	2.8	3 437	2.8
20-29	25 670	22.8	28 558	23.0
30-39	30 632	27.2	33 736	27.1
40-49	18 568	16.5	20 373	16.4
50+	9 378	8.3	10 570	8.5
Indéterminé	20 101	17.8	21 808	17.5
<b>Total</b>	<b>112 756</b>	<b>100.0</b>	<b>124 305</b>	<b>100.0</b>

Source : MSPP/NASTAD, mars 2012.

<sup>3</sup> Prévalence de 2,2% chez les haïtiens de 15 à 49 ans

<sup>4</sup> Ces données prennent en compte les cas de VIH notifiés au niveau du dossier électronique médical des réseaux : MSPP, PIH, Centres GHESKIO et des cas VIH rapportés par MESI.

**Tableau 4.- Répartition du nombre cumulé de cas de VIH/SIDA notifiés selon le sexe en 2010 et 2011**

Sexe	Cas notifiés en 2010		Cas notifiés en 2011	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Féminin	68969	61.2%	76005	61.1%
Masculin	43787	38.8%	48300	38.9%
<b>Total</b>	<b>112756</b>	<b>100.0</b>	<b>124305</b>	<b>100.0</b>

Source : MSPP/NASTAD, mars 2012

Selon les résultats des estimations et projections épidémiologiques actualisés en 2012, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 120,000 pour les années 2010 et 2011<sup>5</sup>. De plus, il y a une tendance à la baisse de la prévalence du VIH et du nombre de nouveaux cas chez les adultes et les enfants. Le tableau suivant présente les résultats pour ces deux indicateurs entre 2009 et 2012.

**Tableau 5.- Estimation de la prévalence du VIH chez les 15-49 ans et les nouveaux cas de VIH pour les adultes et les enfants de 2009 à 2012**

Année	Prévalence du VIH 15-49 (%)	Nouvelles Infections	
		Adultes	Enfants
2009	1.9	5891	1047
2010	1.9	5662	1191
2011	1.8	5442	658
2012	1.8	5178	536

Source : MSPP-PNLS/ONUSIDA/OMS, mars 2012

Le MSPP dispose des résultats de l'enquête nationale comportementale et sérologique de PSI auprès des TS et des HARSAH. Le contrôle de qualité des prélèvements ayant été faits par le LNSP et tenant compte de l'ajustement effectué par rapport à l'appartenance des HARSAH à un réseau sexuel grand ou petit, les prévalences du VIH au sein de ces groupes sont les suivantes :

Taux de prévalence du VIH au niveau des TS : 8,4%

Taux de prévalence du VIH chez les HARSAH : 18,1%

Le tableau suivant présente les résultats détaillés, de l'enquête menée auprès de ces groupes spécifiques clés.

<sup>5</sup> MSPP/PNLS/ONUSIDA/OMS

**Tableau 6.- Présentation des résultats détaillés de l'enquête menée auprès de ces groupes spécifiques réalisés en 2011.**

INDICATEUR	Total Ajusté		Total Non ajusté		Non ajusté <25 ans	Non ajusté 25 ans +
	Pourcentage	Intervalle de confiance	Pourcentage	Intervalle de confiance	Pourcentage	Pourcentage
<b>Travailleuses du sexe (N=1237)</b>					<b>N=788</b>	<b>N=444</b>
Professionnels du sexe : programmes de prévention	76,7	73,0 – 80,5	80,7	78,6 – 82,8	80,8	80,6
Professionnels du sexe : utilisation du préservatif	89,1	86,8 – 91,9	89,9	87,7 – 92,1	90,9	88,3
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	63,9	60,0 – 68,0	63,9	61,3 – 66,4	65,7	62,4
Prévalence du VIH chez les professionnels du sexe.	7,6	5,8 – 9,3	8,4		6,7	11,4
<b>HARSAH (N=1028)</b>					<b>N=717</b>	<b>N=313</b>
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif N=948	73,3	68,9 -76,5	72,7	69,4 – 76,0	70,8	77,2
Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. N=953	49,4	45,2 – 53,6	48,0	44,3 – 51,7	47,4	52,9
Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes N=860	13,4	11,1 – 17,2	18,1		13,3	29,8

Source : MSP/USAID/PSI, Enquête comportementale et sérologique, Projet PREVSIDA, mars 2012.

### **3. Riposte au plan politique et programmatique**

#### **3.1 Riposte politique**

La stabilité politique reste précaire en Haïti. L'environnement physique, social et économique continue à se détériorer. Dans un contexte pareil, la définition des priorités est un exercice laborieux et l'allocation des ressources n'est pas une tâche aisée. Néanmoins, les Autorités Nationales n'hésitent pas lors de certains évènements, par exemple lors de la commémoration de la journée mondiale du sida, à démontrer leur volonté de s'impliquer encore plus au niveau de la Riposte contre le VIH/sida; mais passer de la parole aux actes n'est pas encore une évidence.

Le niveau de financement public de la Riposte ne s'est pas amélioré au cours de cette période; le cadre national sur les mandats, les responsabilités, les priorités et les sources de financement n'est pas encore élaboré. Les politiques spécifiques dans le cadre de la Riposte Nationale au VIH/sida n'existent pas encore. Le gouvernement haïtien doit investir des ressources pour élaborer, faire voter par le parlement et publier les politiques et des lois sur :

- Les droits de l'homme qui protègent les populations clés et autres sous-populations vulnérables;
- La discrimination et particulièrement celle liée au VIH;
- La réduction de la violence contre les femmes, ce qui inclut, par exemple, les victimes d'agression sexuelle ou les femmes vivant avec le VIH;
- Le VIH/sida où il sera clairement indiqué que les services de prévention, de traitement aux ARV, de soins et d'accompagnement sont gratuits.

A ce niveau, il reste beaucoup à faire, car non seulement le pays doit disposer de ces politiques et de ces lois; mais il faut bâtir des institutions à partir de mécanismes viables capables d'assurer le suivi de leur application.

De plus, aucun progrès n'a eu lieu dans le renforcement de la gouvernance du Programme. La multisectorialité n'est pas encore effective. L'institution qui assure un minimum de communication et de coordination est une unité à l'intérieur du Ministère de la Santé publique. Elle n'a pas le mandat et l'autorité suffisante ni de convocation ni de l'exigence de la redétabilité auprès de tous les ministères concernés. Bien que cette unité peut convoquer les secteurs de la vie nationale : églises, syndicats, organisations de jeunes, organisations de femmes, organisations de droits humains, les médias, le secteur des affaires. Les liens existant entre ces groupes et d'autres ministères devraient être coordonnés par une instance qui peut mobiliser tous les partenaires à s'unir, à apporter leur contribution au sein de la Riposte Nationale contre le VIH/sida et à relever les grands défis du zéro décès lié au VIH, du zéro nouvelles infections et du zéro discrimination et stigmatisation liées au VIH.

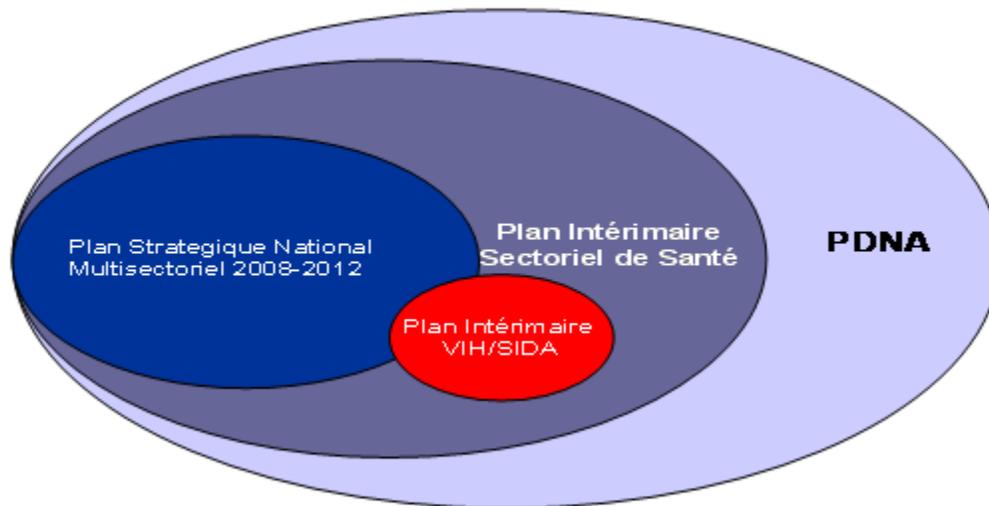
#### **3.2 Riposte programmatique**

Suite à la survenue du séisme du 12 janvier 2010, les Autorités Nationales ont décidé d'élaborer un plan intérimaire VIH/sida leur permettant de s'adresser aux défis de ce contexte de grande

catastrophe et d'effondrement de la plupart des systèmes en fonctionnement dans le pays. Ce plan devrait apporter des directives et des orientations par rapport :

- Au maintien de la poursuite des objectifs d'accès universel;
- A la coordination des interventions (intrasectoriel, intersectoriel, abris provisoires);
- Au renforcement du système d'information sanitaire;
- Au renforcement de l'offre de services par rapport à la demande (populations déplacées);
- A la mise en place d'un système de communication adapté;
- A la mise en place d'un système unique de distribution des intrants;
- A l'intégration des interventions VIH/sida dans la réponse humanitaire;
- A la collaboration entre les ministères clés concernés par la Riposte Nationale;
- Et au renforcement, entre autres, des capacités de gestion financière à tous les niveaux.

Les Autorités Nationales ont décidé de prioriser des interventions pour répondre aux besoins des populations affectées par le séisme afin d'assurer des interventions et fournir des services de santé publique et de protection sociale aux populations vivant dans les camps ou déplacées. Ce plan intérimaire qui indique des stratégies pour prévenir une nouvelle explosion de l'épidémie de VIH après le séisme, contient des interventions qui protègent les populations affaiblies et qui continuent de subir des pertes matérielles et sociales à cause du séisme : les femmes, les filles, les adolescents et les minorités sexuelles. Ce plan propose la collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et de la Population qui devra travailler étroitement avec le Ministère des Affaires Sociales pour répondre aux besoins des PVVIH, des orphelins et enfants vulnérables, des populations déplacées et dans les camps d'hébergement des trois départements affectés par le séisme. Ce plan est en adéquation avec le PDNA et le plan intérimaire National du MSPP. La figure ci-dessous montre les relations qui existent entre ces différents plans.

**Figure 1.1.- Schéma théorique montrant l'articulation entre les différents plans.**

Les groupes ciblés par ce plan sont :

- Population des camps d'hébergement
- PVVIH
- Jeunes de 10-24 ans
- Femmes enceintes
- Femmes en âge de procréer (15-49 ans)
- OEV
- HARSAH
- TS
- Personne à mobilité réduite
- Population générale (y compris la population hôte et la population en déplacement)

Les objectifs de ce plan sont :

1. Poursuivre la mise en œuvre du plan stratégique national multisectoriel.
2. Assurer la disponibilité des services de prévention et de prise en charge du VIH/sida aux populations vivant dans les abris provisoires.
3. Stimuler l'implication effective des communautés dans les activités de prévention et de prise en charge.

4. Assurer la disponibilité des services de prévention et de prise en charge du VIH/sida à la force de travail déplacée et/ou en déplacement afin d'éviter que les activités de reconstruction n'augmentent pas la propagation du VIH.
5. Renforcer les capacités institutionnelles des secteurs public et privé pour le rétablissement et l'extension des services de prévention et de prise en charge du VIH/sida en vue d'une réponse adéquate aux besoins de la population générale (populations-hôte et populations en déplacement).
6. Fournir une assistance aux PVVIH et à leurs familles.
7. Renforcer le système de suivi et d'évaluation sur la surveillance des progrès accomplis afin d'adapter la planification et les stratégies.
8. Assurer la vigilance épidémiologique au niveau des abris provisoires et dans les communautés hôtes.

En résumé, ce plan a été diffusé, mais en ce qui a trait à la coordination et le suivi des interventions il y a eu un bilan mitigé qui s'est fait sous le leadership du gouvernement ainsi qu'une faible transparence dans les transactions financières. L'efficacité des interventions n'a pas encore été encore documentée par des recherches scientifiques.

### ***3.3 Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau***

Le tableau ci-dessous indique les résultats atteints par la Riposte Nationale en regard des indicateurs proposés par UNGASS. Les sources des informations fournies dans le tableau ci-dessous ont été puisées dans les documents publiés par le MSPP/PNLS, de la base de données [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht) et dans les enquêtes suivantes : EMMUS IV date de 2006, Macro Intl de 2008, l'étude sérosentinel de IHE de 2007 et l'étude de PSI de 2011.

**Tableau 7 : Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012**

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
<b>OBJECTIF 1 : D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE.</b>					
1.1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	31.9	2006	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		40.4	2006	Hommes	
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	15.3	2006	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		13.5	2006	Hommes	
1.3	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.	1,5	2006	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		22,8	2006	Hommes	
1.4	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	25.7	2006	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		41.9	2006	Hommes	
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	7.5	2006	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		5.2	2006	Hommes	
1.6	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectées par le VIH.	2.1	Mai-Décembre 2009	Femmes enceintes	MSPP/IHE, Enquête sérosentinelles auprès des FE en CPN, 2010
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH.	80.7	2011	Professionnelles du sexe	MSPP/PSI-Haiti, 2011
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	89.9	2011	Professionnelles du sexe	PSI-Haiti, 2012

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
1.9	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	63.9	2011	Professionnelles du sexe	PSI-Haiti, 2012
1.10	Pourcentage de professionnelles du sexe vivant avec le VIH.	8.4	2011	Professionnelles du sexe	PSI-Haiti, 2012
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH.	ND			
1.12	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel male.	72.7	2011	HSH	PSI-Haiti, 2012
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	48.0	2011	HSH	PSI-Haiti, 2012
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.	18.1	2011	HSH	PSI-Haiti, 2012
<b>OBJECTIF 2 : D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES.</b>					
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programme de distribution d'aiguilles et de seringues.		Indicateur pertinent, mais cette catégorie en question n'a pas fait l'objet d'aucune étude importante en Haïti durant les deux dernières années.		
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.				
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.				
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH et qui en connaissent le résultat.				
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH.				

Tableau 1.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012 (Suite)

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
<b>OBJECTIF 3 : D'ICI À 2015, ÉLIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA.</b>				
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant.	43.3	2010	MSPP/PNLS, Rapport des sites PTME Estimations et Projections mises à jour en 2012
		77.5	2011	
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois de vie.	36.9	2010	MSPP/PNLS, Rapport des sites PTME Estimations et Projections mises à jour en 2012
		66.6	2011	
3.3	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.	24	2010	Estimations et Projections mises à jour en 2012
		14	2011	
<b>OBJECTIF 4 : D'ICI À 2015, ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.</b>				
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès.	50.6	2010	MSPP/PNLS, <a href="http://www.mesi.ht">www.mesi.ht</a> Estimations et Projections mises à jour en 2012
		58.4	2011	
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.	78,4	2010-2011	Résultats de la combinaison de rapports de 3 bases de données dossiers électroniques: I-TECH/GHESKIO/PIH
<b>OBJECTIF 5 : D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH</b>				
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.	0.8	2010	MSPP/PNLT, Mars 2012 MSPP/PNLS, Mise à jour Estimations 2012
		1.4	2011	
<b>OBJECTIF 6 : ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DÉPENSES ANNUELLES MODIALES DANS LES PAYS DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE</b>				
6.1	Dépenses relatives au sida (en millions de \$ US).	136,6	2009	ONUSIDA/ MSPP/PNLS
		148,6	2010	
		172.0	2011	

**Tableau 1.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012 (Suite et fin)**

INDICATEURS	Valeur	Période de collecte	Source de données
<b>OBJECTIF 7 : AIDE INDISPENSABLE ET SYNERGIE AVEC LES SECTEURS DU DEVELOPPEMENT</b>			
<b>7.1</b>	Engagements nationaux et moyens d'action.	Voir Base de données du rapport	
<b>7.2</b>	Proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois.	20.0	2005-2006 IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
<b>7.3</b>	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins en âge de fréquenter les écoles primaires et secondaires.	0.86	2005-2006 IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
<b>7.4</b>	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre.	ND	

## 1. Riposte Nationale à l'épidémie du sida

Le système de santé haïtien est constitué de plusieurs sous ensembles inter reliés. Les parties prenantes s'organisent de différentes façons pour fournir des services et utilisent différentes stratégies de mobilisation de ressources. Le secteur santé est prépondérant au sein des parties prenantes de La Riposte Nationale. Le MSPP est l'organe de l'État haïtien qui doit garantir le droit du peuple haïtien à la santé, d'après la constitution de 1987. D'après la loi organique du MSPP de 2005, il contient des entités autonomes, des entités centrales, des entités départementales et des institutions prestataires de soins. Les partenaires internationaux sont de différentes catégories : les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, le système des Nations Unies incluant la MINUSTAH, et les ONG internationales y compris les différentes Croix Rouges dont le nombre s'est augmenté considérablement après le 12 janvier 2010. Les partenaires nationaux sont les ONG nationales, les entités philanthropiques des confessions religieuses et les institutions prestataires de soins. En fonction des enjeux et de leurs intérêts, on peut, en les identifiant comme des acteurs qui sont des systèmes organisés d'actions<sup>6</sup>, les

<sup>6</sup> Contandriopoulos, A.-P., de Pouvourville, G., Poulier, J.-P., Contandriopoulos, D., À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXIe siècle, 2000.

Pomey, M.-P., Poullier, J.-P., Lejeune B., Santé Publique – État des lieux, enjeux et perspectives, Éditions Ellipses, Paris, pages 637-667.

Contandriopoulos, A.-P., Southeyrand, Y., La construction de l'offre locale de soins, Éditions John Libbey Eurotext, Paris, 1968  
Parsons, Talcott, Action Theory and the Human Condition, 1968.

regrouper d'une autre façon qui pourrait faciliter une meilleure coordination des interventions de la Riposte en Haïti. Ce sont :

1. Les acteurs névralgiques. Ce sont ceux qui contrôlent les ressources critiques qui permettent au Programme de mettre en œuvre les interventions prévues par les plans. Les donateurs et les agences du système des Nations Unies en sont les principaux membres.
2. Les acteurs stratégiques. Ce sont ceux qui décident véritablement des orientations du Programme. Les acteurs névralgiques en font partie. Il y en a d'autres; ce sont :
  - L'État haïtien avec plus de 40% d'institutions prestataires de soins;
  - Des organisations de management en santé qui par leur appui financier et technique, et sur la base de la stratégie du partenariat en santé, ont constitué des réseaux d'institutions publiques et/ou privées où elles ont le leadership de ce que font réellement ces institutions prestataires de soins dans le cadre de la Riposte Nationale au VIH. Elles n'ont pas à proprement parler d'institutions prestataires de soins qui leur appartiennent. Ce sont par exemple CARE-Haïti, Save the children, CRS, etc. Les entités mises en place au sein du MSPP par certains donateurs pour aider certaines institutions publiques se retrouvent dans cette catégorie.
  - Des organisations ombrelles de réseaux d'institutions privées et publiques prestataires de soins. Ces organisations disposent au sein de leurs réseaux d'institutions prestataires de soins qui leur appartiennent. Ce sont par exemple PIH, GHESKIO, FOSREF, etc. Elles n'ont pas toutes le même poids dans la balance et leur influence est fonction du financement mis à leur disposition, de la clientèle desservie et de leur bassin de desserte.
3. Les acteurs d'exécution. Ce sont véritablement toutes les institutions prestataires de soins et les réseaux communautaires auxquels elles sont liées.

Les liens entretenus par ces différents acteurs entre eux sont complexes; mais tous ces acteurs sont confortables avec le système de gouvernance actuel du PNLS. Ils ne ressentent pas encore la nécessité de l'améliorer, mais il se pourrait qu'avec la crise financière mondiale et l'apparition de nouvelles technologies en matière de prévention et de prise en charge, qu'ils se questionnent sur leurs stratégies, sur l'allocation des ressources et sur la gouvernance globale de la Riposte Nationale en Haïti. Les interventions mises en œuvre par ces différents acteurs peuvent se diviser en interventions classiques de prévention et de soins diagnostics, interventions de soins ARV incluant le TAR, la PTME et l'aide alimentaire aux PVVIH, interventions de soins palliatifs incluant le traitement des IO, le traitement des IST et le soutien psychosocial, et les interventions de services de réadaptation.

#### ***4.1 Interventions de prévention et de soins diagnostics***

Le Programme a, au cours de ces 2 dernières années, intensifié les activités de communication en faveur des moyens classiques de prévention. Tout de suite après le séisme, différents acteurs ont eu des activités de CCC/MC dans les camps et de fourniture de services de santé de

la reproduction et de CDV. Le cluster communication de la coordination technique du PNLS a fait de son mieux pour harmoniser les interventions des partenaires du PNLS et les messages transmis à la population. Toutes les informations fournies dans ce chapitre proviennent du MSPP/PNLS et de MESI.

PSI est l'acteur principal de la vente de préservatifs masculins et féminins en Haïti. La majorité des parties prenantes ont des activités de distribution de préservatifs masculins. Les 2 principales organisations qui financent la distribution de condoms soit à des fins de santé de la reproduction ou de prévention contre le VIH sont la USAID et le UNFPA.

En 2010, 54.3 millions de condoms ont été soit vendus (3%) soit distribués (97%); contre 48 millions en 2011.

Le tableau suivant indique le nombre de condoms soit vendus ou distribués de 2006 à 2011 en Haïti.

**Tableau 8.- Répartition du nombre de condoms vendus et distribués de 2006 à 2011**

PROVENANCE	NOMBRE DE CONDOMS					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>PSI (Vente)</b>	4,485,872	4,789,850	4,694,802	4,012,896	1,707,456	2,385,480
<b>MSPP (Distribution)</b>	19,703,704	20,448,208	28,699,544	38,460,448	52,593,432	45,589,998
<b>Grand Total</b>	<b>24,189,576</b>	<b>25,238,058</b>	<b>33,394,346</b>	<b>42,473,344</b>	<b>54,300,888</b>	<b>47,975,478</b>

Source : MSPP/DSF

Le nombre de CDV en Haïti au mois de décembre 2011 était de 165.

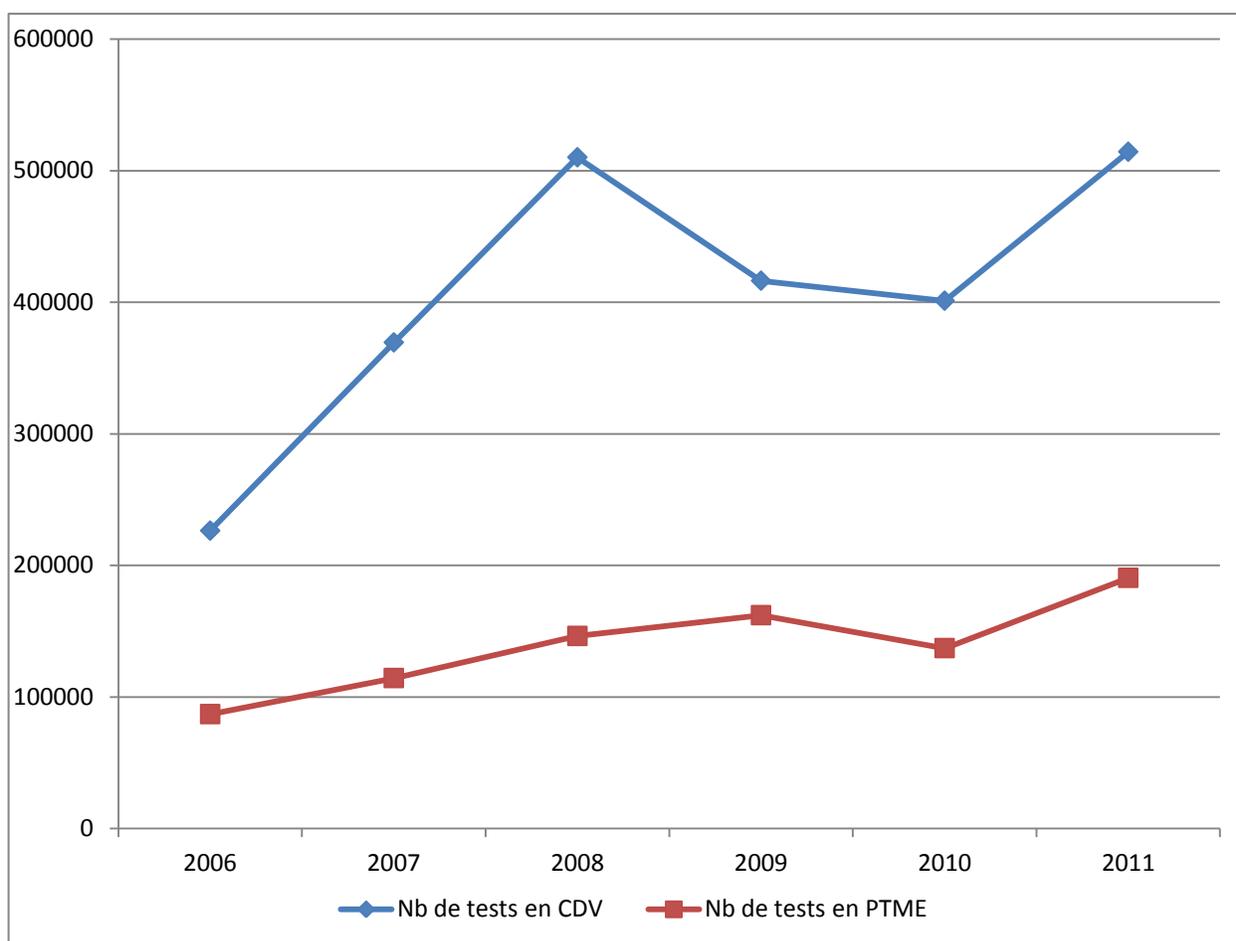
Durant ces deux dernières années, l'offre de services de counseling et de dépistage du VIH ne s'est pas considérablement améliorée. En effet, à la fin de la période couverte par le rapport, le nombre de sites est de 165. Cependant les statistiques de tests VIH effectués affichent une nette amélioration entre 2010 et 2011 (voir tableau 9). Ce qui confirme que le système a pu immédiatement et rationnellement surmonter les perturbations causées par le cataclysme de janvier 2010. Le nombre total de tests de dépistage effectués en 2010 est de 401 mille et celui de 2011 de 514 mille. Ce qui porte à 915 mille le nombre total de tests en CDV.

En ce qui a trait aux femmes enceintes, le tableau 9 indique une augmentation de près de 40% du nombre de tests effectués en PTME au cours de la période. En effet, plus de 190 mille femmes ont bénéficié des services de testing en 2011. Ce qui représente plus du double de ce qu'on a pu réaliser en 2006.

**Tableau 9.- Répartition du nombre de tests effectués selon le service de 2006 à 2011.**

TESTS VIH	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Clinique CDV	226.312	369.360	510.082	416.282	401.079	514.285
Clinique prénatale	86.886	114.278	146.265	162.070	137.044	190.437
<b>TOTAL</b>	<b>313.198</b>	<b>483.638</b>	<b>656.347</b>	<b>578.352</b>	<b>538.123</b>	<b>704.722</b>

Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

**Figure 2.- Représentation graphique de l'évolution du nombre de tests réalisés en CDV et en PTME entre 2006 et 2011.**

Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

Les activités d'éducation dans les milieux scolaires et universitaires ne sont pas constantes; selon un consultant indépendant haïtien, elles sont liées à la disponibilité de fonds externes

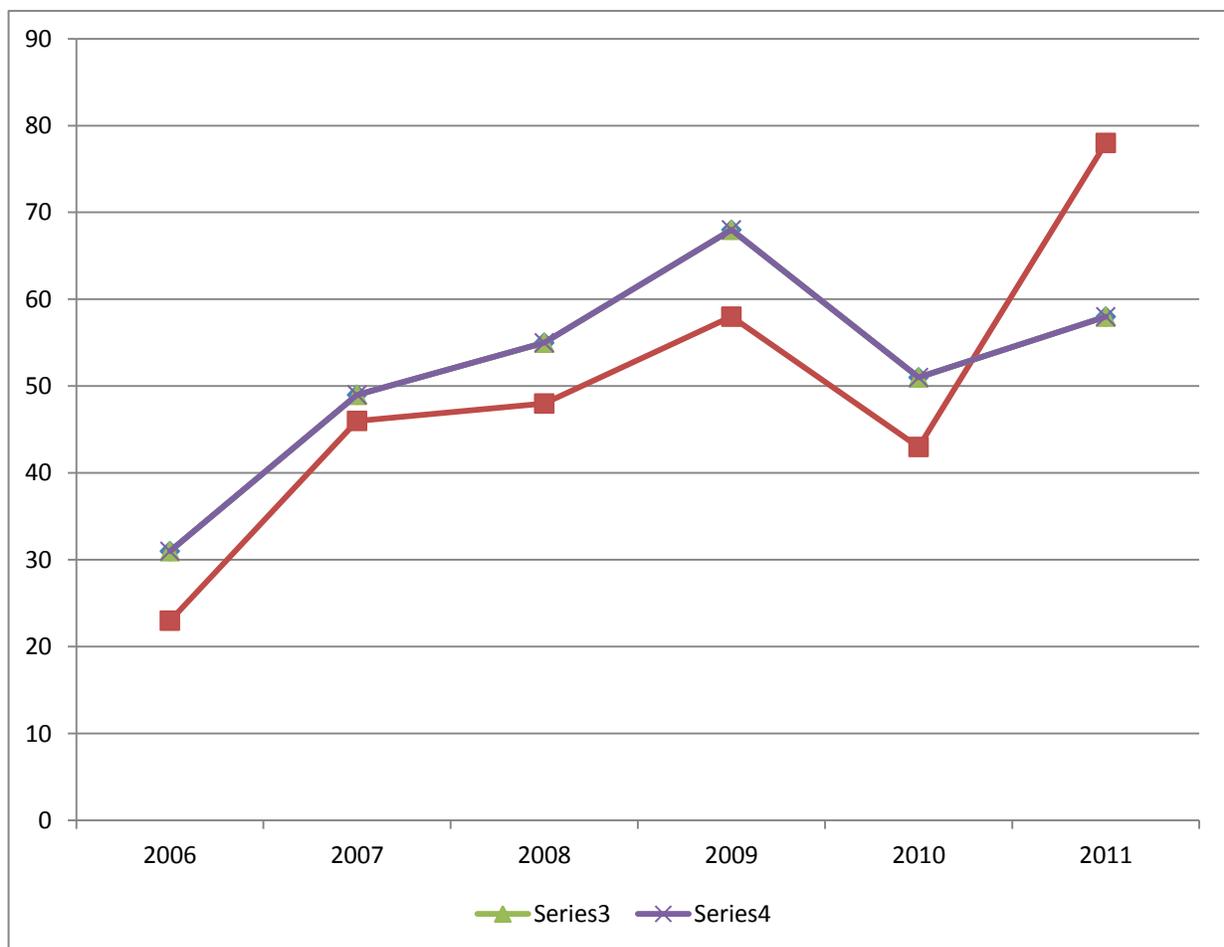
qu'à une réelle volonté de mettre l'accent sur l'éducation sexuelle en tant qu'élément de stratégie pour faire face à la problématique du sida chez les jeunes d'Haïti.

#### 4.2 Interventions en soins ARV et PTME

Le nombre d'institutions prestataires de soins fournissant les ARV en 2010 est de 58. Ce nombre s'est amélioré en 2011 avec la stratégie d'extension des services. Les institutions fournissant des services PTME sont de 78 et celles offrant des soins palliatifs sont de 98.

Le graphique suivant donne des informations sur la couverture en ARV et en PTME.

Figure 3. Couverture ARV et PTME au cours de la période 2006-2011



Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

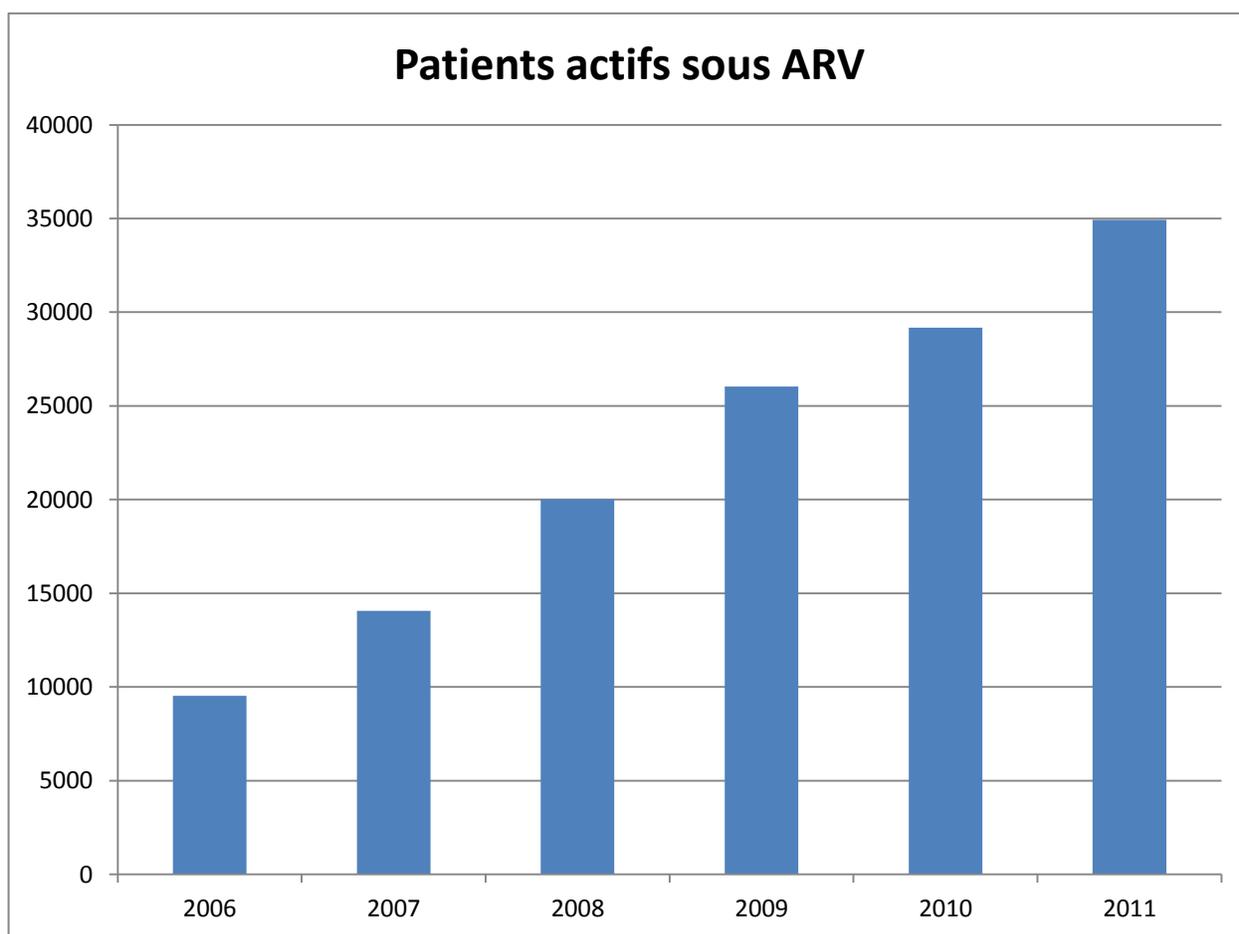
Le nombre de patients sous ARV est en constante progression. En 2010, Haïti comptait 29.180 PVVIH sous TAR et en 2011 le nombre était de 34.927.

**Tableau 10.- Répartition du nombre de personnes actives sous ARV et du nombre de femmes enceintes traitées entre 2006 et 2011.**

INDICATEURS	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Patients actifs sous ARV	9.530	14.056	20.015	26.031	29.180	34.927
Femmes Enceintes en PTME	1.265	2.426	2.500	2.960	2.131	3.664

Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

**Figure 4.- Représentation graphique du nombre de patients actifs sous ARV au cours de la période 2006-2011**



Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

Le tableau ci-dessous reprend les différentes données fournies dans les graphiques ci-dessus et indique un aperçu de l'évolution de ces indicateurs.

**Tableau 11.- Récapitulatif des indicateurs selon le service pour la période 2006-2011**

INDICATEURS	ANNEE					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Couverture traitement ARV	31	49	55	68	51	58
Couverture PTME	23	46	48	58	43	78
Patients actifs sous ARV	9530	14056	20015	26031	29180	34927
Femmes Enceintes en PTME	1265	2426	2500	2960	2131	3664
Nb de tests en CDV	226312	369360	510082	416282	401079	514285
Nb de tests en PTME	86886	114278	146265	162070	137044	190437

Source : MSPP/PNLS, [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

### **4.3 Interventions de réhabilitation et d'appui aux familles affectées et infectées**

Le système national de suivi et évaluation n'est pas encore en mesure de fournir des données fiables sur les interventions communautaires telles que l'appui aux familles affectées et infectées, la scolarisation des OEV, la formation professionnelle des PVVIH, les activités génératrices de revenu des PVVIH bénéficiaires de microcrédit. Néanmoins, un effectif de 2 834 OEV se sont rendus à l'école au cours de l'année 2011 grâce à l'appui du FM selon le rapport du PNUD de la gestion de la subvention en VIH/sida accordée par le FM à Haïti. Le MAST, avec l'appui du FM, a travaillé sur deux documents qui doivent être actualisés et publiés : un manuel de normes sur la prise en charge des PVVIH et également un guide d'évaluation de la qualité des services de prise en charge sociale des PVVIH. Ces documents sont des guides qui peuvent orienter et standardiser les interventions de ceux qui intéressent à la prise en charge sociale des PVVIH.

### **4.4 Connaissances et changement de comportement**

Aucune enquête CAP concernant tous les groupes spécifiques clés et les groupes vulnérables n'a été réalisée en matière de VIH/sida au cours des années 2010 et 2011. Les données retenues dans le présent rapport sont celles de l'EMMUS IV et de la récente étude de PSI sur les TS et les HARSAH. Rappelons le niveau atteint de certains indicateurs :

**Tableau 12.- Indicateurs de comportement relatif aux jeunes et certains groupes spécifiques clés.**

Indicateurs	Sexe	Valeur	Période de collecte	Source de données
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	F	31,9	2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
	H	40,4		
Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	F	15,3	2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
	H	13,5		
Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents.	F	1,5	2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
	H	22,8		
Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	F	25,7	2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
	H	41,9		
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	F	7,5	2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
	H	5,2		
Pourcentage de professionnel (le)s du sexe attirant (e) s par les programmes de prévention du VIH.	F	80,7	2011	PSI-Haiti, 2011
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.		89,9	2011	PSI-Haiti, 2011
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	H	72,7	2011	PSI-Haiti, 2011
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	H	48,0	2011	PSI-Haiti, 2011

## 5. Meilleures pratiques

### ***5.1 Intensification des activités de prévention de la FOSREF après le 12 janvier 2010***

Après le séisme, le PNLS a eu à faire face à de nouveaux défis en rapport avec plus d'1.2 millions de personnes vivant dans les rues des grandes villes dévastées par le séisme dans des camps d'hébergement, et plus de 500.000 personnes déplacées vers d'autres villes de province, fuyant la capitale.

Avec la destruction de la plupart des structures scolaires et universitaires et la disparition des parents, les jeunes de 15 à 24 ans ont été parmi les groupes les plus affectés par ce séisme. Cette jeunesse des grandes villes, particulièrement de la capitale, il faut le rappeler, était déjà avant le 12 Janvier une jeunesse confrontée à des sérieux problèmes de chômage, d'absence d'opportunités d'études, de prostitution juvénile, autant de facteurs qui ont déterminé que les jeunes soient classés parmi les groupes les plus vulnérables au VIH/ SIDA, aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées.

Cette nouvelle vie pour ces jeunes, dans des camps d'hébergement, a représenté à elle toute seule, une contrainte de poids à l'émancipation des jeunes, et elle a placé les jeunes dans des nouvelles situations qui ont augmenté encore plus leur vulnérabilité, et leurs risques tant du point de vue social que du point de vue économique. La promiscuité qui règne dans les camps et la misère économique de ces jeunes dans ces camps, ont fait des jeunes filles des proies pour des sollicitations de sexe pour de l'argent, pour des agressions sexuelles qui sont communes dans ces camps.

Quelques semaines après le séisme, à partir de ces considérations la FOSREF a réalisé une évaluation complète des besoins réels des jeunes vivants dans les camps d'Hébergement, particulièrement de la région Métropolitaine. Cette évaluation a été réalisée avec la complète participation des jeunes des camps, et particulièrement les jeunes filles, qui ont exprimé différentes attentes et différents besoins en face de cette nouvelle réalité de vie, après le séisme. Les jeunes ont exprimé des besoins en services de prévention contre les agressions sexuelles, en interventions de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles au niveau des camps, en responsabilisation sexuelle des jeunes, en services sociaux de différents ordres (activités récréatives, services en support aux gens vivant dans les camps etc..).

La FOSREF a rapidement renforcé tous ses centres cliniques pour les jeunes se trouvant dans les aires d'implantation des camps d'hébergement (renforcement en personnel et en matériels/ produits et services de prévention), pour répondre aux besoins : augmentation de consultations et de services, en rapport avec les milliers de jeunes se trouvant dans les camps des aires d'interventions des centres-Jeunes de FOSREF.

Dans les centres cliniques de FOSREF (qui se trouvent dans les proximités des camps d'hébergement), il fut très vite enregistré, peu de mois après le séisme, des augmentations du

nombre de consultations des jeunes pour les IST, pour des grossesses précoces, pour des cas de viols de jeunes filles etc.....

La FOSREF a aussi créé à l'intérieur même des grands camps d'hébergement des programmes visant à réduire considérablement tous les risques et la vulnérabilité des jeunes. Ces programmes ont adressé des séances d'éducation de groupes formels (groupes de jeunes) dans les camps sur la prévention du sida, sur les comportements sexuels responsables, sur la prévention des grossesses précoces, sur la prévention des agressions sexuelles, sur la prévention de l'utilisation de drogues et de l'alcool par les jeunes, etc. La FOSREF a aussi réalisé des sessions de sensibilisation et d'information de masse, sur la prévention du sida, en faveur des populations des camps et plus particulièrement des jeunes. Ces interventions ont été réalisées en parfaite complémentarité et synergie avec les autres partenaires intervenant dans les camps et plus particulièrement le MSPP.

Des matériels éducatifs de différents ordres pour le CCC/MC en matière de prévention du VIH/SIDA ont été distribués aux jeunes dans les camps d'hébergements. Des sessions causeries d'information sur le VIH/SIDA ont été également organisées avec les jeunes au niveau des camps.

La FOSREF a implanté des réseaux de jeunes agents communautaires, qui ont réalisé différentes activités en matière de prévention du VIH/SIDA dans ces camps. Ces jeunes ont été aussi chargés de référer des jeunes vers les centres cliniques jeunes de FOSREF pour des services de consultations gynécologiques : diagnostic et traitement des Infections Sexuellement transmissibles (IST), services de Prévention du VIH/sida, des services CDV, etc.

La FOSREF a eu également à renforcer ses programmes de prévention du VIH/SIDA pour les Jeunes, dans certaines autres villes d'autres départements, villes qui ont eu à recevoir des centaines de milliers de jeunes déplacés spontanément après le séisme du 12 janvier (Jeunes ayant fui la capitale). Beaucoup de ces jeunes, ont été se réfugier (seuls ou avec des membres de leurs familles) pour plusieurs mois dans des conditions sociales très précaires, dans ces autres villes, particulièrement : Saint Marc, Gonaïves, Miragoane, et Cayes. Aux Gonaïves, à Miragoane, et aux Cayes où la FOSREF a des centres cliniques pour les Jeunes, elle a eu à renforcer ses interventions de prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes, et aussi ses interventions et services dans ces 3 centres cliniques pour Jeunes, pour répondre aux demandes grandissantes de consultations et services.

## 5.2 VIH et un projet de santé dans le contexte carcéral : des leçons de persévérance et une vision commune

Le Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 d'Haïti sur le sida a ciblé les prisons comme une zone où il faut intervenir en matière de VIH/sida. La réduction du crime dans les dernières années a entraîné une augmentation des arrestations et l'emprisonnement de bandits. L'augmentation des arrestations n'a pas été accompagnée par une augmentation concomitante dans le traitement juridique des cas. En conséquence, le Pénitencier national à Port-au-Prince a une population carcérale supérieure à ses capacités d'incarcération. Cette prison a été construite pour incarcérer



Lancement de la Journée Mondiale du SIDA dans la Prison des Femmes, Déc. 2011

*Au début « les relations interinstitutionnelles sont très difficiles ; trop de bureaucratie ; trop de tracasseries administratives. On organise souvent des réunions qui débouchent sur de grandes résolutions, sans suivi pour des années ». Officiel qui a parlé dans l'anonymat de la situation d'une réponse au VIH dans le contexte carcéral en Haïti. Dans « Tuberculose et SIDA dans les prisons haïtiennes », Panos.*

800 détenus, mais elle avait plus de 1200 prisonniers à la fin de 2003. Les nouvelles incarcérations ont augmenté d'environ 820 par année. En Avril 2009, la prison centrale de Port-au-Prince avait environ 4000 détenus.

L'ONUSIDA avec l'appui financier de l'OMS a commandité une étude qualitative sur l'état de la tuberculose et le VIH dans les prisons haïtiennes en 2008. Cette étude, réalisée par l'Institut Panos, a présenté les vues d'un large éventail de partenaires. L'étude a révélé le niveau de frustration et d'absence d'activités concernant la prévention du VIH dans le système carcéral, et a fourni des indications sur les domaines d'intervention d'urgence. Un fonctionnaire a expliqué les tracasseries et les difficultés à déboucher sur la mise en œuvre des activités de santé et de prévention à cause du peu de suivi. Tout de suite après la réalisation de l'étude, des entretiens ont eu lieu avec des partenaires clés, notamment l'administration pénitentiaire, l'unité correctionnelle de la MINUSTAH, la Croix-Rouge internationale et l'OCHA, sur la voie à suivre. En 2009, l'ONUSIDA en partenariat avec HTW a présenté le premier programme d'éducation au VIH par les pairs dans une prison haïtienne. Le modèle a été adapté à partir d'un programme couronné de succès mis en œuvre aux États-Unis dans le Florida Department of Corrections par le biais d'un programme parrainé par le Florida Department of Health

Dans la prison centrale, la prévalence du VIH est estimée à 3 %. 65 pairs éducateurs du VIH ont été formés par HTW. Le but de la formation était d'apprendre aux participants comment aborder le sujet du VIH dans le système pénitentiaire, un sujet qui était jusque là tabou. Le suivi des soins et de soutien psychosocial a été assuré grâce à l'appui de l'USAID, les centres GHESKIO et le PNUD. Le soutien du ministère de la Justice l'Administration Pénitentiaire a contribué à introduire le programme dans la prison des femmes. Le personnel (30) de la Police Nationale d'Haïti formés par l'Unité VIH de la MINUSTAH.

**Défis à relever.** Comme dans toute nouvelle intervention, le début a été particulièrement difficile. Dans cet environnement, l'administration du pénitencier avait à examiner les risques et les avantages d'un partenariat avec des prestataires de service indépendant du système pénitencier. Qui prendrait la responsabilité du partenariat avec des prestataires qui ne sont pas affiliés au système pénitencier ? Quelle forme prendra ce partenariat? Avec des budgets très limités, comment les patients dans le besoin d'un TAR peuvent être suivis et recevoir les soins appropriés, sans accès à un laboratoire?

Différents agents dans le système, après avoir évalué les risques pour le système pénitentiaire et leurs rôles, se sont retrouvés soit en faveur ou non du programme. L'administration pénitentiaire a été convaincue du bien-fondé du programme tel qu'il a été présenté. Des preuves provenant d'autres pays élucidant les gains au système, ont été présentées pour justifier l'attention à apporter au VIH dans le contexte carcéral.

**Aller de l'avant en dépit des difficultés.** Le progrès était lent. Les partenaires se demandaient si ce ne serait pas une dilapidation d'efforts. Il n'y avait pas de directeur médical dans la prison centrale pendant un certain temps et il n'y avait donc pas de lien continu avec l'administration. On a recueilli des réactions positives chez les détenus. Ils se sont tous rendu compte de la richesse du programme et de la qualité de la formation. Les détenus ont été engagés dans une activité qui a été utile à eux-mêmes et éventuellement à d'autres gens avec lesquels ils auront des interactions une fois libéré.

Il y eu marche arrière a cause du séisme de Janvier 2010. Pratiquement tous les prisonniers au Pénitencier national avaient fui la prison. Un établissement de santé que le pénitencier avait presque terminé s'est effondré. Cet établissement qui a été construit avec l'appui de HTW se trouvait a l'intérieur même de la prison. Avec l'effondrement du centre, on a vu s'envoler le rêve longtemps caressé d'introduire des soins de proximité dans le système carcéral.

Il faut signaler que les ressources financières mobilisées n'étaient pas suffisantes pour couvrir entièrement le coût de la logistique pour les animateurs venants des Etats Unis. Les exécutants ont dû mobiliser plus de fonds et identifier avec d'autres partenaires des solutions novatrices pour la mise en œuvre du programme. Le but était d'articuler une vision plus large de la santé dans ce contexte particulier.

#### **Facteurs de succès et leçons apprises.**

i) En dépit de la lenteur administrative du système, les partenaires doivent prendre des mesures nécessaires pour défendre la vie humaine. De plus, ils doivent faire l'effort pour que l'instance nationale mandatée puisse jouer pleinement son rôle afin d'assurer la pérennisation des programmes.

Les éléments du programme ont été développés dans un cadre qui a tenu compte des besoins de l'administration du système, du personnel pénitencier et des détenus. Le directeur national du système pénitencier a, en outre, ramené les partenaires à adopter une vision générale en vue d'améliorer le système carcéral, en exécutant des interventions ponctuelles.

ii) Le choix des partenaires a été guidé par une vision commune et les rôles ont été clairement définis pour aider à sécuriser de meilleurs résultats. Dans cette expérience, chacun des

partenaires a eu un rôle important. Health through Walls (HTW), une ONG engagée dans la prestation des soins de santé dans le contexte carcéral, a été un choix important. Leur expérience avec le système haïtien depuis plus de 15 ans, leur expérience dans les différents systèmes pénaux en Haïti et aux États-Unis, ainsi que leur interaction et leur expérience avec des Haïtiens aux États-Unis qui comprennent le système d'incarcération américaine, a été essentiel à la réussite du programme. HTW a nommé un facilitateur en chef qui est d'origine haïtienne, qui parle le créole, a eu un séjour en prison, et qui vit avec le VIH. Les détenus ont plus facilement accepté les messages de prévention de cette personne ressource.

La MINUSTAH, avec son expérience dans le traitement des agents en uniforme a été invité à appuyer le programme VIH de la Police Nationale. Le Pénitencier national s'est rendu compte que les agents qui traitent avec les détenus à travers le système correctionnel devraient être sensible aux questions liées à la prévention du VIH, aux services de soins et de soutien pour eux-mêmes et pour les détenus. En outre la MINUSTAH s'est servie des facilitatrices haïtiennes, parlant créole, et appuyées par une personne vivant avec le VIH dans l'équipe.

L'ONUSIDA s'est servi de l'évidence et de son expérience avec un large éventail d'acteurs pour regrouper les partenaires autour d'un objectif commun. Cela a permis aux différents acteurs d'assumer leurs rôles et de contribuer à une approche holistique de prévention du VIH dans ce contexte spécifique.

iii) La stratégie a besoin d'une vision à long terme. Le programme a sélectionné des détenus qui étaient influents dans leurs cellules. Pour la stabilité du programme, ces leaders devaient être «stable» dans la prison, c'est à dire, avoir déjà été condamné, et ayant une condamnation assez longtemps pour permettre au programme de bien s'établir. Le programme a formé un premier noyau de fonctionnaires des prisons qui sont attendus à leur tour à former d'autres agents.

**Un modèle à répliquer en fonction du contexte.** L'expérience en Haïti peut servir de modèle à d'autres pays de la région et ailleurs. Le programme a besoin de soutien continu, en raison de la nature souvent transitoire de la vie dans la prison. Si 95% des personnes qui passent par le système en Haïti ont un séjour de courte durée, ce programme peut être stratégique pour offrir aux détenus, la plupart d'entre eux venant des foyers économiquement défavorisés, les connaissances et des compétences nécessaires pour négocier et préserver leur santé lorsqu'ils seront en dehors du système. Il est important d'établir une relation formelle avec le MSPP pour assurer que les partenaires de suivi et d'exécution du programme se conforment aux directives et aux normes nationales.



Ils sont d'accord: Mettre fin au sida dans les prisons

### ***5.3 PNUD coordination technique du PNLS, un partenariat pour l'harmonisation du système de suivi évaluation à l'échelle nationale.***

En Janvier 2011, le PNUD a été désigné comme nouveau récipiendaire principal des projets VIH et Tuberculose du Fonds Mondial. Des lors, il est responsable, entre autres, du suivi et de l'évaluation de ces projets. Dans le cadre du RCC, le PNUD s'est inspiré du plan de suivi/évaluation du Programme National afin d'élaborer celui du projet. Ce plan permet de suivre de façon continue la performance du projet, d'en évaluer les résultats et de prendre des décisions. Lorsque le plan de suivi National aura été validé, il servira de référence au projet.

L'unité de suivi évaluation du PNUD joue un rôle clé dans la gestion du projet en s'assurant que les services sont fournis, que les activités se réalisent selon les délais et que les résultats escomptés sont atteints. Toujours dans le but de s'aligner aux directives nationales, cette unité a harmonisé son fichier de supervision/validation à celui de la coordination technique du PNLS, incluant toutefois, le Routine Data Quality Audit qui permet d'évaluer le système de suivi évaluation des sites et de proposer un plan d'action pour adresser les faiblesses identifiées. Ainsi, au cours d'une visite, le PNUD a évalué également les capacités du personnel impliqué dans la collecte et la gestion des données, la disponibilité et l'utilisation des outils nationaux, le processus de gestion et de contrôle de la qualité des données au niveau du site.

Le rapport élaboré est soumis aux prestataires rencontrés, au SR responsable ainsi qu'au service suivi évaluation de la coordination technique du PNLS. Ce rapport renferme les données rapportées, les chiffres validés ainsi que la variance. Le rapport informe également des conclusions de l'évaluation du système, des recommandations et du plan d'action proposée.

Cette approche renforce le système de suivi évaluation national à travers un large réseau. En effet, douze des récipiendaires secondaires du projet offrent des services à la population à travers 110 sites de dépistage dont 27 offrent également des soins ARV. Ces sites sont répartis dans les 10 départements géographiques et touchent aussi la population de certaines régions d'accès difficile particulièrement au Sud Est, au Nord Ouest à l'île de la Gonâve et à l'Ouest. L'unité de suivi évaluation du PNUD a établi un calendrier afin de finaliser une première visite de supervision au niveau de tous les sites au cours de cette année. Le suivi des recommandations est fait par le récipiendaire secondaire.

Suite aux visites déjà réalisées, les besoins en formation ont été identifiés et seront adressés, les rapports validés sont mis à jour et resoumis à tous les partenaires par le DRO des sites, les sites sont approvisionnés en outils du Programme National.

Les 5 et 6 Septembre 2011, un atelier de renforcement du système de suivi et d'évaluation a été organisé avec la participation des différents partenaires. Certaines activités ont été identifiées en vue d'améliorer le système de suivi et évaluation national, parmi lesquelles : l'élaboration de procédures de gestion des données (archivage), l'extension de la méthodologie HIVQUAL, la révision et la validation du plan de suivi et évaluation, la formation des prestataires sur les procédures de gestion de stock, la mise en place d'une base de données pour les OEV, le recrutement de personnel pour le renforcement de l'Unité suivi évaluation.

Ainsi, des cadres ont été recrutés pour augmenter l'effectif de l'équipe du service de suivi évaluation de la coordination technique du PNLS, la création d'une base de données pour les OEV est à l'étude. Toutefois, beaucoup de défis sont à relever : La soumission des rapports dans les délais requis; la réalisation de visite conjointe de supervision PNUD-PNLS; la disponibilité du dossier médical électronique au niveau de certains sites; la capacité de certains sites de poster directement leurs données sur MESI ainsi que la réalisation des recommandations de l'atelier.

#### **5.4 Amélioration de l'observance chez les enfants au centre médical Béraca**

Garder les patients actifs sur TAR demeure un défi. L'adhésion est encore plus problématique pour les enfants, parce qu'ils sont dépendants des adultes pour le transport et les soins. Le centre médical Béraca remercie la fondation Caris qui en collaboration avec le réseau MSH / SDSH qui ont permis aux bébés exposés de bénéficier de la détection précoce de l'infection au VIH et de recevoir le TAR pendant la première année de leur vie. Suite à un manque de suivi



Groupe d'enfants en suivi accompagnés de leurs parents au Centre dans le cadre du projet pilote

d'un groupe d'enfants, SDSH a aidé le centre médical de prendre la décision de constituer un club pour les enfants PCR positif et de lancer un projet pilote de six mois. Le centre médical a accepté de payer les frais de transport pour la cohorte de huit enfants inscrits dans le programme, ainsi que pour leurs parents. Tous les enfants avaient leurs rendez-vous à la clinique le jour même, pendant que leurs parents recevaient des conseils sur l'observance. Des liens de solidarité se sont développés chez les parents qui constituent maintenant une famille et ont permis de relever le défi des rendez-vous manqués.

Le projet pilote était une réussite: il n'y avait pas rendez-vous manqués. Au cours de ces 6 mois ce succès doit être attribué non seulement aux frais de transport qui ont été fournis, mais également au sentiment d'appartenance qui a émergé au sein du groupe. Planifier un jour de rendez-vous pour tous les enfants dans un groupe est une bonne pratique qui facilite également l'identification des absents, ce qui permet au centre de prendre contact avec les parents pour le suivi le même jour. Les six enfants de la cohorte et deux bébés supplémentaires

qui ont été inscrits entre Septembre 2010 et Septembre 2011 ont régulièrement assisté à leurs visites à la clinique, et, par conséquent, leur état de santé a été étroitement surveillé et leur état clinique s'est amélioré.

La principale leçon apprise est que, bien que les incitations jouent un rôle important dans l'amélioration de l'observance chez les patients sous TAR, le rendez-vous le jour même pour un groupe donné peut faciliter la fréquentation du centre par ce groupe, tout en offrant également au prestataire l'occasion de noter les rendez-vous manqués, d'entreprendre des recherches actives le même jour, et de réduire considérablement le nombre de patients perdus de vue.

### ***5.5 Renforcement du système de santé : the Haïti Monitoring and Evaluation Surveillance Interface (MESI)***

La collecte de données dans les pays pauvres pose de nombreux défis : l'exactitude, le coût-efficacité, la disponibilité des données en temps sûr, et l'augmentation de sites de notification. En Haïti, avant l'introduction de MESI, la collecte de données était une tâche lourde, coûteuse et qui exige que des professionnels soient déplacés à travers le pays pour recueillir des données trimestrielles de tous les sites et les ramener à un emplacement central à Port-au-Prince pour la compilation et l'agrégation. Ce système était inefficace, utilisait beaucoup de ressources et malgré tout des retards ont été constatés dans la disponibilité des données. Avec le soutien du PEPFAR, un nouveau système a vu le jour: MESI est un système de base de données en ligne qui est accessible par les sites à travers le pays avec un minimum d'infrastructure et de technologie (seulement un ordinateur et une connexion Internet), et qui permet aux sites de poster régulièrement leurs propres données. MESI diminue le coût de la collecte de données et permet la disponibilité des données en temps réel pour la prise de décision. MESI est un référentiel central pour le VIH, la surveillance épidémiologique, la planification familiale, les soins de maternité, la notification de cas VIH et les données communautaires.

**Les améliorations de MESI.** Les sites peuvent afficher leurs données sur une base régulière, en fonction de leur module respectif de fonctionnement: mensuel pour le suivi et l'évaluation des activités liées au VIH (CDV, PTME, TAR); hebdomadaire pour les activités de surveillance épidémiologique, et tous les jours pour la notification de cas de VIH. Le contrôle de qualité s'est également amélioré - MESI a un système de validation intégré et un ensemble de paramètres pour le contrôle systématique de la qualité. A différents niveaux du système de traitement des données, les utilisateurs ont des droits et des privilèges qui leur permettent d'examiner les données pour l'assurance de qualité. Un ensemble de règles a été mis en œuvre pour assurer l'intégrité et la cohérence des données. L'utilisation d'Internet a considérablement amélioré le processus de collecte de données, la disponibilité de l'Internet dans certains cas, peut constituer un obstacle dans le processus. Pour contourner ce problème, une version off-line et une version mobile du système ont été développés. MESI off-line est indépendante de l'Internet. Cette version permet aux données d'être captées dans un serveur local et quand une connexion Internet est disponible, un processus de réplication des données est établi avec le serveur de base de données centrale. MESI mobile a également été mis au point par l'utilisation de dispositifs portatifs pour réduire la dépendance à l'électricité et le coût d'exploitation des

initiatives spéciales. La version mobile permet de collecter des données sur les smartphones et la réplique avec la base de données centrale.

**Le partage d'expériences avec les pairs.** Une délégation conjointe de la République Démocratique du Congo avec des membres du Ministère de la Santé et des représentants de CDC RDC a effectué une visite en Haïti, il y a quelques mois, pour échanger leurs expériences de gestion des systèmes d'information avec leurs pairs haïtiens. Cette visite Sud-Sud a abouti à la décision de répliquer MESI en RDC comme un outil de suivi et de rapports d'évaluation

**Les réalisations.** Outre les changements majeurs dans la collecte et le rapportage de données par le biais MESI, le système a été très utile à la suite du tremblement de terre. MESI a été utilisé pour mettre en œuvre le système de surveillance épidémiologique à travers Haïti. Le système a été modifié pour répondre rapidement à ce besoin urgent de données. Depuis lors, la surveillance a été maintenue sur la plate-forme MESI qui est devenu le système de surveillance nationale.

## 5.6 Une expérience inoubliable dans CAPVA de cité soleil

CAPVA est un camp d'abris provisoires de Cité Soleil avec 318 familles dont la plupart sont des gens vulnérables. A cause de cela, ce camp a été sélectionné pour faire partie du projet OIM-santé communautaire. Parmi les problèmes de santé identifiés, la TB était la plus pertinente. En effet, en un seul mois, l'agent de santé OIM a identifié 30 cas de TB.

L'équipe de prise en charge de la TB de l'OIM est allée à plusieurs reprises afin d'évaluer et d'accompagner les patients à GHESKIO, centre de santé spécialisé, pour le dépistage et le traitement des cas positifs; mais ils ont refusé d'y aller. Parmi ces personnes, une d'entre elles dénommée Marie présentait tous les signes et les symptômes de TB. Elle avait de sérieuses difficultés dont l'insomnie causée par une toux persistante. En dépit de sa détresse, elle refusait l'aide de l'OIM. Après avoir contacté certains résidents y compris les membres du comité du camp et ceux qui étaient suspectés de TB, on a pu déceler que les principaux obstacles étaient dus surtout à la stigmatisation et la peur du traitement, vu le manque de soutien nutritionnel. En conséquence, le diagnostic de TB ou de VIH, reste un sujet de discrimination et de stigmatisation au niveau de ce camp.



Pour surmonter ces obstacles, le personnel de l'OIM a réalisé une campagne de sensibilisation de 2 jours sur la TB et le VIH, en mettant l'accent sur la stigmatisation. Une semaine après la campagne, 30 cas suspects de TB se délibérément rendus à GHESKIO pour le dépistage. De ces 30 suspects, 25 cas confirmés ont immédiatement démarré le cycle de traitement.

Effectivement, Marie a eu un résultat positif pour la TB et le VIH. Elle suit son traitement et a une très bonne évolution. *« Je suis contre la TB et le VIH, a-t-elle déclaré, et je suis fière de dire que j'ai fait un choix en acceptant de faire le test de dépistage pour la TB et le VIH. Pour la première fois depuis plusieurs mois, a-t-elle poursuivi, je peux enfin respirer, dormir et le plus important travailler et assurer l'éducation de mes 3 enfants. J'encourage tous les hommes et toutes les femmes habitant à la Cité Soleil à se faire tester pour la TB et le VIH, et en cas de positivité aux tests, se faire soigner sans difficulté » (fin de citation).*

Cette session de sensibilisation, initiée dans le camp par l'équipe de l'OIM, a permis de changer la perception des résidents de cette communauté sur ces deux pathologies. Tous les patients positifs ont pu reprendre leurs activités routinières. Ils sont devenus de véritables agents de sensibilisation dans la lutte contre la stigmatisation liée à la TB et le VIH.

### **5.7 Notification de cas VIH : Conception et mise en œuvre d'un système de surveillance.**

Suivre l'épidémie du VIH nécessite de l'information stratégique pour planifier la prévention ciblée, la mise sous TAR et les programmes de soins. Les investissements dans le cadre de la Riposte au VIH ont favorisé le développement du système de suivi et évaluation, mais il y a toujours ce besoin de mettre davantage l'accent sur les systèmes de surveillance qui permettent une compréhension approfondie de l'évolution de l'épidémie dans le but de fournir aux parties prenantes des informations pertinentes et régulières. Avec l'appui de PEPFAR, le MSPP a mis en place avec succès un système de surveillance basé sur la notification des cas. Ce système est devenu un exemple de succès sur la collecte et l'utilisation des informations stratégiques pour améliorer la mise en œuvre des projets et du Programme dans son ensemble.

Deux types d'enquête sont réalisés en Haïti sur la surveillance : les enquêtes de sérosentinelles au niveau des cliniques prénatales et un autre équivalent à un DHS.

Ces enquêtes, quoique révélatrice d'informations importantes, ne suffisent pas pour mieux appréhender la tendance de l'épidémie. De ce fait, le MSPP après une évaluation de la situation de la surveillance, a décidé en 2003 de revoir et de mettre un nouveau système de surveillance basé sur la notification de cas. Il a estimé que la disponibilité des données basées sur les cas individuels notifiés permettrait d'éliminer la possibilité de double comptage des haïtiens infectés par le VIH, d'analyser les facteurs déterminants de la maladie, de faciliter l'accès aux soins et montrerait l'impact de la maladie. Ces informations ont permis de mieux cibler les interventions de prévention et de dépistage. En 2008, avec le soutien de NASTAD et d'autres partenaires internationaux, le Ministère a pu concevoir, tester et mettre en œuvre un système de surveillance connu sous le nom HASS.

Lors de la conception et de la mise en œuvre de HASS, la priorité a été accordée à la disponibilité et l'utilisation de données de systèmes existants afin d'avoir un système de surveillance durable. HASS d'Haïti repose sur la collecte de données et des rapports disponibles pour réduire le coût du nouveau système de surveillance, réduire la charge de travail du

personnel local et d'avoir un système permettant d'éliminer les doubles comptages des cas identifiés VIH. Les données sont présentées dans des rapports standards par site, les projets des partenaires, par département ou pour le pays.

HASS permet d'avoir un profil de l'épidémie, de décrire les tendances dans le dépistage du VIH, de faire des estimations (prévalence, décès liés au VIH, etc.). HASS présente également un résumé des facteurs socio-démographiques et d'autres facteurs de risque qui peuvent entretenir l'épidémie du VIH en Haïti.

En 2010, 98,0% de tous les cas diagnostiqués VIH à travers les sites ont été signalés par HASS. Soit, 152.910 cas ont été notifiés. De cet effectif :

- 126.540 cas uniques de VIH/SIDA sont identifiés,
- 109.431 sont encore vivants au 31 décembre 2010,
- 62,0% des cas diagnostiqués sont des femmes,
- 52,0% des cas se seraient résidés dans le département de l'Ouest alors que la capitale haïtienne a seulement 37,0% de la population générale.

Quoique l'outil de surveillance des cas de VIH et de SIDA (HASS) est nouveau mais en constante évolution. Les données générées mettent en évidence les déterminants de l'épidémie du VIH et qui permettront d'identifier des stratégies innovatrices dans le cadre de la riposte nationale. Le succès de HASS est un témoignage du potentiel de collecte de données et de production d'informations stratégiques qui renforce le système de santé dans son ensemble.

## **6. Principaux obstacles et mesures correctives**

Le modèle de gouvernance actuel ne permet pas une optimisation des ressources mises à la disposition de la Riposte Nationale. Les ressources consacrées à la Riposte dans le budget national restent faibles. Un changement de cap s'impose. L'État doit raffermir son leadership et les réseaux de parties prenantes du Programme doivent se renforcer pour que les besoins de la population en matière de prévention soient satisfaits et pour que les PVVIH aient accès à un traitement de qualité.

Face aux menaces de diminution ou de discontinuité de l'aide externe la Riposte Nationale à cause de la crise économique et financière mondiale ne peut pas encore être effective. Les parties prenantes, en particulier l'État haïtien, n'ont pas encore élaboré une stratégie de financement de la Riposte où les contributions locales et nationales deviendraient une réalité. Le Programme doit investir dans les projets qui ont démontré leur efficacité, d'où la nécessité d'encourager les partenaires à développer des interventions de recherche opérationnelle et de recherche évaluative pour que les stratégies mises en œuvre en Haïti soient conçues à partir de données probantes.

Les zones rurales qui contiennent la majorité de la population ne bénéficient que de 13,5% de CDV. La majorité des centres qui fournissent le TAR se retrouvent dans les grandes villes et en particulier dans la capitale haïtienne et sa région métropolitaine. Se basant sur les principes

d'universalité et d'équité qui font partie des principes de base du PSNM 2008 – 2012, une réorientation des interventions s'impose. La coordination technique du PNLS va bientôt développer un plan de mise en œuvre de la PCIMAA qui, on l'espère, sera supporté par toutes les parties prenantes de la Riposte Nationale à l'épidémie du VIH visant l'extension des ARV dans les zones les plus reculées du pays.

La pérennité des interventions au niveau communautaire reste un défi majeur. D'ailleurs, le système n'est pas en mesure de disposer des informations fiables et complètes sur ce volet si important dans le cadre de la réponse au VIH. Une sous base de données communautaires pilotée avec l'appui technique de MEASURE EVALUATION et financée par l'USAID est confrontée à de sérieuses difficultés d'appropriations tant au niveau départemental qu'institutionnel.

Pour redynamiser cet aspect du programme, il s'avère indispensable de procéder de la manière suivante: l'appropriation du projet par le niveau départemental, la formation, la sensibilisation des prestataires et le suivi de l'implémentation au niveau institutionnel.

## **7. Suivi et évaluation**

Le rapport final de la Consultation du consortium IHE-SOLUTIONS, qui consistait à : « Concevoir et mettre en place un système unifié de Planification et Suivi – Évaluation des programmes Malaria, Tuberculose et Sida » a été publié en décembre 2009. Il contient une proposition de système intégré de Planification et Suivi Évaluation des programmes Malaria, Tuberculose et Sida (SIPSE) qui ravivait tous les espoirs. Il était justifié de penser à court terme à la mise en place d'un système de Suivi Évaluation national intégré et harmonisé en support au PNLS. En 2010 on devait initier l'implémentation de la proposition, mais la survenue du séisme du 12 janvier 2010 va tout bouleverser.

### ***7.1 Caractéristiques du système actuel***

Le programme National de lutte contre le SIDA a un schéma d'organisation vertical qui de plus en plus tend à l'intégration avec les autres programmes. Et c'est aussi le cas du système de Suivi Évaluation en vigueur. Ce système a beaucoup d'intervenants. Il est coordonné par une petite équipe attachée au bureau de coordination du PNLS/MSPP avec des correspondants ou homologues au niveau de la DDS et des opérateurs (Data Clerc, DRO) au niveau des institutions pour le contrôle de la qualité et le rapportage des données. La transmission des informations se fait vers des institutions spécialisées telles que METH, des institutions ombrelles ou sous-récepteurs d'un financement; de manière variable vers le bureau central de la coordination technique du PNLS et certaines directions départementales. La validation et la qualité des données sont assurées, à différents degrés : par METH, par l'équipe de la coordination technique du PNLS et certains cadres de la direction départementale. La supervision plus systématique des sites est surtout réalisée par METH, qui s'assure de concert avec la coordination technique du PNLS de la disponibilité des données sur MESI pour un accès au grand public. La coordination technique du PNLS se charge de publier chaque semestre un

bulletin d'information comme rétro alimentation aux intervenants de terrain et de diffusion de l'information pour le grand public.

## **7.2 Réalisations clés en suivi et évaluation au cours de janvier 2010 à décembre 2011**

Ayant survécu tout au début du mois de janvier, coïncidant avec le début de la période pour ce rapport, le séisme du 12 janvier va orienter et même dicter les interventions au cours du premier semestre 2010. Il aura aussi un impact variable sur les autres semestres. Le projet SIPSE développé au cours de l'année 2009 n'a pas été mis en œuvre mais seulement quelques rares éléments proposés ont été pris en compte, comme la complétude de la base de données « MESI » avec toutes les institutions offrant des services VIH.

Au prime abord la coordination technique du PNLS et ses partenaires se sont mis ensemble pour développer un plan intérimaire de 18 mois pour le programme avec un volet suivi et évaluation très important. La période du premier semestre 2010 est surtout dominée par l'adoption de mesures ad hoc, d'interventions ponctuelles en regard de la situation post séisme. On a travaillé pour recueillir les données de terrain, capter les nouveaux développements de la situation, les rendre disponible et les partager pour les besoins d'information et de plaidoyer. Il n'y a pas eu d'initiatives vraiment structurantes avec le rapport final de la consultation. L'utilisation entre autres de la téléphonie mobile avait beaucoup aidé et est entré comme un outil (moyen d'action) qu'il fallait définitivement compter dans la planification. Le séisme va engendrer la perte d'une bonne partie de la mémoire physique et électronique de la coordination technique du PNLS. Au premier trimestre 2010, il était très difficile de rapporter la situation globale du programme, le séisme va discontinuer une enquête de surveillance de résistance aux ARVs, une enquête de première génération en cours de réalisation depuis début 2009 au niveau du plus grand centre hospitalier public en Haïti, l'HUEH. Cette étude de surveillance de la résistance ne sera reprise qu'en janvier 2011.

Le premier semestre 2010 est donc marqué par des initiatives de récupération de la mémoire, de récupération des acquis de suivi évaluation, du contrôle de la publication de données. En juillet 2010, une grande délégation haïtienne a été à Vienne pour commencer à se défaire de l'étau de séisme et commencer par partager l'expérience vécue au cours de cette catastrophe.

Au niveau du MSPP, il y a eu un effort de développement d'outils standards de collecte de données (version papier et électronique) au niveau des institutions de prestation de soins. Cette initiative a été pilotée par le CONASIS avec le support du partenaire I-TECH.

NASTAD a aussi complété le travail d'intégration des bases de données de patients individualisés (GHESKIO, PIH, MSPP/I-TECH) avec la base MESI est arrivé à la mise en place d'un système national intégré et consolidé de surveillance du VIH en Haïti. Les données de surveillance proviennent de quatre sources distinctes:

- PIH/ZL : dossiers électroniques de patients VIH dans les services de prise en charge
- GHESKIO: dossiers électroniques de patients VIH+ desservis par GHESKIO

- I-TECH/MSPP: dossiers électroniques de patients VIH + desservis par un grand nombre d'institutions supportés par le projet PEPFAR.
- MESI: fiches de notification pour les patients qui ont un test VIH positif dans les sites cliniques à travers le pays.

Les données provenant des sources ci-dessus sont compilées et traitées à l'intérieur d'une base de données unique qui procède au nettoyage des doublons, à la vérification et l'affichage des données.

Au dernier trimestre 2010, la coordination technique du PNLS / MSPP a lancé l'évaluation à mi-parcours du PSNM 08-12. Parallèlement avec le support de BM/ONUSIDA a été initiée une compilation et analyse des études réalisés en Haïti entre 2000 et 2010. Ces documents techniques ont été publiés et distribués et qu'ils serviront de sources d'informations et de référence à la prise de décisions éclairées à tous les niveaux.

L'étude d'importance majeure pour le pays a été cette grande enquête bio comportementale d'envergure nationale réalisée auprès des Populations à haut risque de VIH (PHARS : travailleuses du sexe et Hommes ayant des rapports avec les autres hommes). Les résultats sont inclus dans le présent rapport et sont déjà postés sur le site de l'ONUSIDA. Il y a eu certes la troisième enquête SSG du VIH chez les travailleuses du sexe et la deuxième enquête SSG chez les clients des travailleuses du sexe dans le département de l'Artibonite entre le 4<sup>ème</sup> trimestre 2010 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2011. Cette enquête concerne un département alors que l'enquête bio comportementale auprès des TS et HSH est une enquête nationale et elle constitue une première pour le Programme National comme ce fut le cas avec EMMUS-IV en 2006 avec son chapitre de «prévalence du VIH».

### ***7.3 Difficultés rencontrées dans le suivi et évaluation***

Avec l'absence d'un plan national de Suivi et Évaluation consolidé auquel se réfère l'ensemble des intervenants M&E, la coordination n'est pas facile. Elle est encore plus compliquée pour se réaliser avec le grand nombre d'intervenants et le peu de ressources disponibles au niveau du bureau de la coordination technique du PNLS. Les principales difficultés sont :

- Toutes les opportunités de formation ne sont pas toujours connues à temps et partagées au personnel de terrain qui en a le plus besoin ;
- Il n'existe pas jusqu'à présent d'un dépositaire central avec toutes les données nationales ;
- Persistance des difficultés de coordonner les activités de recherche. Il est difficile de les utiliser en vue de la redynamisation du système. De plus, les résultats ne sont pas toujours partagés et connus;
- Problème de financement des activités au niveau du bureau de coordination du PNLS et des Directions Départementales.

## ***7.4 Mesures correctives envisagées dans le suivi et évaluation***

- Tous les centres de soins qui offrent des services VIH ne disposent pas toujours des données actualisées sur MESI. Ce qui entraîne un niveau de déperdition de données; néanmoins la coordination technique espère que lors du prochain rapport UNGASS, ce problème aura été déjà résolu, à savoir la mise à jour des données de tous les sites offrant des services VIH/sida sur MESI;
- Appropriation et utilisation des nouvelles technologies, surtout la technologie mobile pour suppléer aux carences de supervision et rester en contact avec le terrain afin d'améliorer la notification de cas;
- Effort de mise en commun, de partage et de coordination avec les clusters;
- Développement d'un plan national Suivi et Évaluation consolidé, comme référence pour tous les acteurs.

## ***7.5 Mise en perspective en matière d'assistance technique et de renforcement des capacités en suivi et évaluation***

- Formation continue ciblée. La formation est un élément clé dans un système de santé comme celui d'Haïti pour maintenir le niveau de compétences déjà acquises. Haïti n'a pas encore mis en place un système d'accréditation et de contrôle de la qualité des soins des établissements de soins coordonné par une institution autonome et indépendante. Ce contrôle est assuré indirectement par des visites de « supervision » qui se font de façon irrégulière par des institutions qui n'ont pas d'autorité hiérarchique sur les supervisés. Assez souvent, la déclinivité des compétences du superviseur n'est pas évidente. Dans ce contexte, la formation est un soupape de sécurité permettant de faire la mise à jour des connaissances des prestataires et de s'assurer en partie de la qualité des services offerts.
- Mécanismes/plan d'exploitation des résultats d'études/enquêtes;
- Mise en place/développement d'un dépositaire National avec toutes les données du PNLS, base de données quantitatives et qualitatives qui doit être gérée par le bureau de coordination technique du PNLS;
- Plaidoyer pour une assistance technique et financière au suivi et évaluation.

## 8. Rapport de dépenses entre 2009 et 2011

127.272.077 dollars US ont été dépensés en 2010 et 172.013.651 en 2011.

En 2011, 15,36% ont été dépensés en prévention; 50,86% en soins et traitement; 6, 81% pour les OEV; 10,82% en gestion et administration; 1,5% en incitatifs financiers pour les ressources humaines; 13,28% en développement propice et développement communautaire et 1,16% à la recherche liée au VIH/sida.

**Tableau 13.- Répartition des montants dépensés dans le cadre de la mise en œuvre du programme selon les rubriques entre 2009 et 2011.**

RUBRIQUES DE DÉPENSES	2009	2010	2011
1. Prévention	25,641,624	26,473,414	26,417,383
2. Soins et traitement	64,973,720	66,964,036	87,481,952
3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	7,800,000	9,754,184	11,720,683
4. Gestion et administration de programmes	9,695,069	7,300,082	18,606,166
5. Incitations financières liées aux ressources humaines	7,016,071	1,522,221	2,945,169
6. Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables non compris	1,000,000	0	0
7. Environnement propice et développement communautaire	2,422,190	15,074,198	22,842,298
8. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	0	183,942	2,000,000
<b>TOTAL</b>	<b>118,548,674</b>	<b>127,272,077</b>	<b>172,013,651</b>

Source : Rapport d'enquête menée auprès des parties prenantes, ONUSIDA/MSPP, mars 2012

## 9. Conclusion

Ce rapport ne reflète, peut être, pas l'image d'un pays dévasté par le séisme du 12 janvier 2010 et dans lequel le processus de reconstruction n'a pas encore vraiment démarré. Les défis à relever sont nombreux et les solutions ne sont pas à portée de main. Les acquis sont fragiles car ils ne sont pas encore supportés par une stratégie à moyen et à long terme prévoyant une contribution plus substantielle des niveaux local, départemental et national. Les autorités se penchent sur la nécessité d'avoir une structure de gouvernance appropriée à la réponse multisectorielle.

Certains groupes vulnérables comme les TS et les HSM en fonction de leur taux élevé de prévalence constituent un souci majeur et doivent faire l'objet d'une prise en charge adoptée. Les résultats sont encourageants en matière de dépistage, de traitement sous ARV et de prise en charge des enfants nés de mères séropositives. Cependant on est unanime à reconnaître qu'il reste beaucoup à faire pour l'obtention de résultats satisfaisants en PTME qui demeure une préoccupation nationale. Différentes directions centrales du MSPP appuyées par des partenaires techniques et financiers sont entrain de conjuguer leurs efforts afin de renforcer la Riposte nationale dans ce domaine.

La coordination technique du PNLS est consciente du travail accompli par son service suivi et évaluation et par les partenaires qui lui fournissent un appui technique dans ce domaine. Il reste évident que d'autres investissements devraient être effectués dans ce domaine pour une meilleure coordination et une harmonisation des interventions des partenaires.

La coordination technique reste préoccupée sur le nombre de recherches effectuées au cours de cette période. Elle souhaite que dans le prochain rapport beaucoup plus d'informations provenant de recherches opérationnelles et fondamentales récentes soient fournies sur tous les domaines d'intervention du PNLS.

Enfin, les trois zéro à savoir « zéro nouvelles infections, zéro décès lié au VIH et zéro stigmatisation » ne pourront être atteints sans une réelle implication de toutes les parties prenantes et la constitution d'une gouvernance multisectorielle intelligente, éclairée, disciplinée et dynamique.

## 1. ANNEXES

**Tableau A1.- Répartition des dépenses effectuées dans la mise en œuvre du programme entre 2009 et 2011**

RUBRIQUES DE DÉPENSES	2009	2010	2011
1. Prévention (sous-total)	<b>25,641,624</b>	<b>26,473,414</b>	<b>26,417,383</b>
1.01 Communication pour changement social et de comportement	5,222,642	1,440,282	2,525,427
1.02 Mobilisation communautaire	33,748	95,293	78,241
1.03 Conseil et test volontaires	4,620,000	5,775,382	8,074,234
1.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	2,273,507	2,597,242	30,000
1.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	0	35,000	103,014
1.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	0	0	0
1.07 Prévention de la transmission du VIH au sein de populations vivant avec le VIH	0	0	10,270
1.08 Programmes de prévention destinés aux professionnels (le)s du sexe et à leurs clients	0	0	0
1.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	0	49,690	4,986
1.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)	0	0	1,715,508
1.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	502,800	810,000	1,015,000
1.12 Marketing social des préservatifs	0	0	0
1.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	375,000	1,800,000	3,831,523
1.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	0	0	0
1.15 Microbicides	0	0	0
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	0	285,543	29,482

1.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	4,961,179	6,810,800	5,819,764
1.18 Circoncision masculine	0	0	0
1.19 Sécurité transfusionnelle	3,500,000	3,318,482	1,279,634
1.20 Injections médicamenteuses sûres	749,015	850,000	1,200,000
1.21 Précautions universelles	0	500	0
1.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)	103,733	0	300
1.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité	3,300,000	2,605,200	700,000
1.99 Activités de prévention, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
<b>2. Soins et traitement (sous-total)</b>	<b>64,973,720</b>	<b>66,964,036</b>	<b>87,481,952</b>
2.01 Soins ambulatoires	64,973,720	66,964,036	87,275,391
2.01.01 Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire	0	0	0
2.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes (IO)	0	0	265,313
2.01.03 Thérapie antirétrovirale	29,273,600	30,242,429	3,744,870
2.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	11,445,120	9,340,261	45,084,999
2.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH	9,950,000	11,255,382	13,832,954
2.01.06 Programmes dentaires pour les personnes vivant avec le VIH	0	0	0
2.01.07 Traitement et services d'accompagnement psychologique	0	0	0
2.01.08 Soins palliatifs ambulatoires	0	0	0
2.01.09 Soins à domicile	0	0	814
2.01.10 Médecine traditionnelle et services de soins et de traitement informels	0	0	0
2.01.98 Services de soins ambulatoires, non ventilés par type d'activité	14,305,000	16,125,964	24,346,441
2.01.99 Services de soins ambulatoires, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	0	0	0

2.02 Soins hospitaliers	0	0	0
2.02.01 Traitement hospitalier des infections opportunistes (IO)	0	0	0
2.02.02 Soins palliatifs hospitaliers	0	0	0
2.02.98 Services de soins hospitaliers, non ventilés par type d'activité	0	0	0
2.02.99 Services de soins hospitaliers, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
2.03 Transport des patients et secours d'urgence	0	0	0
2.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité	0	0	0
2.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	0	0	206,561
<b>3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV) (sous-total)</b>	<b>7,800,000</b>	<b>9,754,184</b>	<b>11,720,683</b>
3.01 Education des OEV	0	0	0
3.02 Soins de santé de base destinés aux OEV	0	0	0
3.03 Appui à la famille/à domicile aux OEV	0	0	0
3.04 Appui communautaire aux OEV	0	0	1,460
3.05 Services sociaux et coûts administratifs liés aux OEV	0	0	0
3.06 Soins institutionnels destinés aux OEV	0	44,184	0
3.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité	7,800,000	9,710,000	11,715,000
3.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	0	0	4,223
<b>4. Gestion et administration de programmes (sous-total)</b>	<b>9,695,069</b>	<b>7,300,082</b>	<b>18,606,166</b>
4.01 Planification, coordination et gestion de programmes	1,095,151	1,040,662	3,835,070
4.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds	2,510	4,970	0
4.03 Suivi et évaluation	8,325	69,449	84,596
4.04 Recherche opérationnelle	11,790	0	27,000

4.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	67,293	5,000	0
4.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH	0	0	0
4.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments	4,600,000	0	6,270,000
4.08 Technologies de l'information	3,900,000	6,180,000	8,389,500
4.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients	0	0	0
4.10 Amélioration et construction d'infrastructures	5,000	0	0
4.11 Test VIH obligatoire (ne relevant pas du CTV)	5,000	0	0
4.98 Gestion et administration de programmes, données non ventilées par type d'activité	0	0	0
4.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
<b>5. Incitations financières liées aux ressources humaines (sous-total)</b>	<b>7,016,071</b>	<b>1,522,221</b>	<b>2,945,169</b>
5.01 Incitations financières liées aux ressources humaines	0	0	0
5.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels intervenant dans le cadre de la lutte contre le sida	0	0	0
5.03 Formation	170,500	439,950	521,754
5.98 Incitations financières liées aux ressources humaines, données non ventilées par type d'activité	6,845,571	1,082,271	2,423,415
5.99 Incitations financières liées aux ressources humaines, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
<b>6. Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables non compris (sous-total)</b>	<b>1,000,000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
6.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers	1,000,000	0	0
6.02 Protection sociale sous forme d'avantages en nature	0	0	0
6.03 Protection sociale sous forme de services sociaux	0	0	0

6.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le sida	0	0	0
6.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité	0	0	0
6.99 Services de protection sociale et services sociaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
<b>7. Environnement propice et développement communautaire (sous-total)</b>	<b>2,422,190</b>	<b>15,074,198</b>	<b>22,842,298</b>
7.01 Sensibilisation	115,000	194,000	630,094
7.02 Programmes de protection des droits de l'homme	106,570	216,355	8,236
7.03 Renforcement institutionnel spécifique à la lutte contre le sida	1,896,448	14,120,950	22,203,968
7.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida focalisés sur les femmes	54,793	389,418	0
7.05 Programmes de réduction des violences sexistes	103,333	0	0
7.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type d'activité	123,000	153,475	0
7.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	23,047	0	0
<b>8. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle) (sous-total)</b>	<b>0</b>	<b>183,942</b>	<b>2,000,000</b>
8.01 Recherche biomédicale	0	0	0
8.02 Recherche clinique	0	0	0
8.03 Recherche épidémiologique	0	0	2,000,000
8.04 Recherche en sciences sociales	0	183,942	0
8.05 Recherche sur les vaccins	0	0	0
8.98 Activités de recherche liées au VIH, non ventilées par type d'activité	0	0	0
8.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>118,548,674</b>	<b>127,272,077</b>	<b>172,013,651</b>