



République d'Haïti

Programme National de Lutte contre le Sida

Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA



Rapport de
**SITUATION
NATIONALE**
A L'INTENTION DE L'UNGASS



Mars 2010

REPUBLIQUE D'HAITI

RAPPORT DE SITUATION NATIONALE À L'INTENTION DE L'UNGASS

Période : Janvier 2008-Décembre 2009

TABLE DES MATIERES

Remerciements	i
Liste des abréviations et acronymes	ii
1. Introduction	1
2. Contexte National	2
3. Aperçu de la situation	6
4. Aperçu de l'épidémie de SIDA en Haïti	13
5. Riposte nationale à l'épidémie de SIDA	16
6. Meilleures pratiques	24
7. Principaux obstacles et mesures correctives	25
8. Soutien des partenaires du développement	27
9. Suivi et évaluation	29
10. Bibliographie.....	31

ANNEXES

1. Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA34
2. Résumé du flux des dépenses Nationales liées au VIH/SIDA 2008-2009 (NASA).....41
3. Compte rendu de la réunion de validation du rapport UNGASS 2010.....46

Remerciements

Le contexte particulièrement difficile dans lequel le rapport a été réalisé suppose un niveau d'engagement certain de ceux qui y ont consacré leur temps, leurs énergies et leurs compétences. L'équipe de rédaction adresse ses plus vifs et sincères remerciements

- au Directeur Général de la Santé Publique et de la Population le Docteur Gabriel Timothée qui s'est investi pour le succès du processus
- à l'ONUSIDA Haïti et en particulier à la Doctoresse Kate Spring pour son accompagnement et son support.
- à la Direction, à l'Administration, au secrétariat et au Personnel de l'UCP pour leur support et leur collaboration.
- à tous les partenaires qui ont fait les déplacements pour les réunions d'orientation et de validation du rapport
- au Dr Joelle Deas, Coordinatrice du PNL
- au Dr Michel Cayemittes (IHE)
- au Dr Gracia Desforges (FSGB)
- au Dr Brunel Delonnay (UCP)
- à toute l'Equipe M&E de l'UCP et spécialement au Dr Edieu Louissaint, M. Emmanuel Pierre, Mme Nirva Duval, Mme Rose-Dyna Bouley
- à tous ceux et celles qui ont renforcé l'Equipe M&E pour la collecte des données : Dr Levelt Jean, Mme Bernadette Christian, Dr Kesner François, Dr Darlène Rochelin (AOPS)
- à tous ceux et celles qui ont bien voulu remplir le questionnaire.

L'apport de tout un chacun a contribué à l'élaboration de ce rapport.

Liste des Abréviations et Acronymes

AU	Accès Universel
AOPS	Association des Œuvres Privées de Santé
APAAC	Association pour la prévention de l'Alcoolisme et autres Accoutumances Chimiques
APROSIFA	Association pour la Promotion de la Santé Intégrale de la Famille
ARV	Antirétroviral
BSS	Behavior Surveillance Study (Étude de Surveillance Comportementale)
CARLI	Comité des Avocats pour le Respect des Libertés Individuelles
CCC/MC	Communication pour le Changement de Comportement et la Mobilisation Communautaire
CCM	Conseil Consultatif Multisectoriel
CD	Consommateurs de Drogues
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
CDV	Centre pour le Dépistage Volontaire
CECOSIDA	Centre de Communication sur le SIDA
CELADE	Centre Latino Américain de Démographie
CERA	Centre d'Évaluation et de Recherche Appliquée
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CNSI	Comité National de Sécurité des Injections
CPFO	Centre de Promotion des Femmes Ouvrières
CRIS	Country Response Information System
CVP	Chauffeurs de Véhicules Publics
DASH	Développement des Activités de Santé en Haïti

DP/MT	Direction de Pharmacie et de Médecine Traditionnelle
DSNCRP	Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
ECDH	Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EMR	Electronic Medical Record
FHI	Family Health International
FOKAL	Fondasyon Konesans ak Libète
FOSREF	Fondation pour la Santé Reproductive et l'Éducation Familiale
GRASADIS	Groupe de Recherches et d'Actions AntiSIDA et Anti Discrimination Sexuelle
GRET	Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques
HCP	Health Communication Partnership
HSH	Homme ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes
ICC/GCH	International Child Care/Grace Children's Hospital
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
IEC	Information, Éducation et Communication
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
INH	Isoniazide
IO	Infections Opportunistes
ISC	Initiative de la Société Civile
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
I-TECH	International Training and Education Center on HIV
JILAP	Commission Épiscopale Nationale Justice et Paix
JSI	John Snow Inc.
KF	Konesans Fanmi

MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MENJS	Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports
MEASURE	Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Evaluation
MESI	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
MIG	Migrant/Migrante
MJSP	Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique
MMIS	Making Medical Injections Safer (Sécurité des Injections)
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASA	National AIDS Spending Assessments
ND	Non Disponible
ODM	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PALIH	Projet d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH-SIDA en Haïti
PECIMAA	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte
PDNA	Post Disaster Needs Assessment
PEPFAR	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
PHAP	Plate-forme Haïtienne des Associations des PVVIH
PNH	Police Nationale d'Haïti
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNST	Programme National de Sécurité Transfusionnelle
POZ	Promoteurs Objectif Zéro SIDA
PSI	Programme Santé Information

PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEROVIE	Vie quel que soit le statut sérologique de la personne
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMARTWork	Strategically Managing AIDS Responses Together in The Workplace
SOFA	Solidarite Fanm Ayisyen
TAR	Thérapie Antirétrovirale
TB	Tuberculose
TS	Travailleur /Travailleuse du Sexe
UCMIT/MSP	Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UCP/MSP	Unité de Coordination des Programmes IST/VIH-SIDA, Tuberculose et Malaria/Ministère de la Santé Publique et de la Population
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Programme des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies en matière de Population
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VDH	Volontariat pour le Développement d'Haïti
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des Figures, Tableaux et Graphes

page

I- Liste des Figures

Figure 1 : Carte de la République d’Haïti..... 2

Figure 2 : Répartition géographique des Institutions offrant des Services ARV.....8

II- Liste des Tableaux

Tableau1 : Tableau récapitulatif des Indicateurs10

Tableau 2 : Offre institutionnelle des services de 2005 à septembre 200917

Tableau 3 : Performance des services de dépistage du VIH en 200920

Tableau 4 : Performance du Programme PTME en 2008-200921

Tableau 5.- Performance du programme de prise en charge en 2008-2009.....23

III- Liste des Graphes

Graphe 1 : Evolution de la valeur moyenne de la prévalence de l’infection au VIH dans les 8 sites comparables de 1996 à 200915

Graphe2 : Evolution du nombre de patients sous ARV22

Graphe 3 : Taux de couverture du traitement ARV de 2007 à 2009.22

Graphe 4. Répartition des dépenses par source de financement en 2008.....42

Graphe 5. Répartition des dépenses par source de financement en 2009.....42

Graphe 6.- Répartition des dépenses par catégorie de dépense.....43

1. Introduction

Le problème du VIH/SIDA constitue une préoccupation de première importance pour les Nations Unies. Il a fait l'objet d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2001, à l'occasion de laquelle les Etats Membres, dans une Déclaration solennelle, ont pris l'engagement de faire reculer l'épidémie en menant des actions concrètes et ponctuelles dans les différents domaines de la lutte comme la prévention, la prise en charge, la protection sociale, le respect des droits des personnes atteintes, etc.

Depuis cette déclaration l'ONUSIDA, organe technique de suivi et d'évaluation de l'ONU reçut le mandat d'assurer le suivi des engagements avec les Etats par des « rapports pays » et d'établir un « rapport mondial » sur une base biennale. Haïti a bien participé au processus jusqu'à présent. Le troisième et dernier rapport soumis en mars 2007 couvrait la période 2005-2006. Mais, en cette année 2010, la préparation du quatrième rapport pour la période 2007-2009 est entrée en compétition avec la gestion de l'urgence post-séisme du 12 janvier. En effet, le tremblement de terre a dévasté et meurtri le pays, laissant une situation jamais connue auparavant en Haïti.

Face au bilan accablant des dégâts faisant état de près de 250.000 morts, de centaines de disparus, d'un million et demi de sinistrés, d'un demi million en exode vers les provinces, de la perte et/ou du déplacement de nombreux cadres techniques, de la destruction des locaux et des archives institutionnelles de presque tous les ministères impliqués dans le dossier SIDA, il est aisé de comprendre l'émergence de nouvelles priorités comme la gestion d'abris provisoires, la prévention d'épidémies, le relogement d'institutions, la planification pour d'autres catastrophes éventuelles avec emphase sur la prochaine saison cyclonique.

Ainsi, le séisme du 12 janvier est venu interrompre le processus d'élaboration du rapport UNGASS, plus particulièrement la collecte et la consolidation des données pour les indicateurs 1 et 2, relatifs respectivement aux ressources financières et à l'indice composite des politiques nationales. Ce fâcheux incident a imprimé un retard dans la livraison du rapport final.

Toutefois, malgré les circonstances difficiles et délicates, l'élan national dans la lutte contre le VIH/SIDA n'est pas brisé. Le Plan Intérimaire du PNLS pour faire face aux nouveaux besoins créés par le séisme est élaboré et a intégré le PDNA (Post Disaster Needs Assessment). Quant au rapport UNGASS, il constitue pour le pays non seulement un moyen de répondre à ses engagements vis-à-vis de l'ONU et de l'ONUSIDA en particulier, mais aussi une auto-évaluation de ses efforts et de l'implication des différents secteurs dans la lutte.

2. Contexte National

2.1 Situation Géographique

La République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine (Figure n°1). Elle se situe au centre de la région Caraïbe, à égale distance (1000 Km) de Miami, de Panama et de Bogota. Sa superficie est de 27,750 Km², ce qui en fait le troisième plus grand pays des Caraïbes après Cuba et la République Dominicaine.

Figure 1.- Carte d'Haïti



2.2 Population et Organisation territoriale

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPPH)¹ de 2003 dénombreait 8.373.750 habitants dont environ 5 millions vivaient en milieu rural (IHSI 2003). En 2009, la population était estimée à 9.923.243 habitants, répartie en 51.5% de femmes et 48.5% d'hommes. La pyramide des âges révèle la prédominance des jeunes : 43.2% de la population ayant moins de 18 ans².

La République d'Haïti est divisée administrativement en 10 départements : l'Artibonite, le Centre, la Grande Anse, le Nord, le Nord-est, le Nord-ouest, les Nippes, l'Ouest, le Sud et le Sud-

¹ Ministère de l'Economie et des Finances, Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. 4ème Recensement Générale de la Population et de l'Habitat, Aout 2003.

² Source: http://www.ihsi.ht/pdf/projection/POPTOTAL&MENAGDENS_ESTIM2009.PDF. Mars 2009.

est. Ces dix Départements sont eux-mêmes subdivisés en 41 arrondissements, 133 communes et 565 sections communales³.

2.3 Education

Le niveau d'éducation est loin d'être idéal. Les résultats de la dernière enquête EMMUS conduite en 2005/2006 indiquaient que 34% des femmes ne savaient pas lire contre 27% pour les hommes. Le milieu rural demeure le parent pauvre avec des chiffres respectifs de 48% pour le premier groupe et de 38% pour le second. Par ailleurs, plus les gens n'étaient âgés, plus le taux d'analphabétisme était plus élevé témoignant des progrès intergénérationnels⁴.

2.4 Emploi

L'un des indicateurs du marché du travail est le taux net d'activité de la population (10 ans et plus) en âge de travailler. Les résultats de l'Enquête sur les conditions de vie en Haïti (2001) indiquaient que *« 50.9% de cette population participe effectivement ou propose une participation potentielle à l'activité économique. Les hommes sont bien plus présents sur le marché de l'emploi que les femmes avec un taux d'activité de 56.8% contre 45.5% pour les femmes »*.

Un autre indicateur du marché du travail mesuré au cours de cette enquête est le taux d'emploi mesuré sur la population de 10 ans et plus. Les résultats indiquaient que seulement 37% cette population sont des actifs occupés, dans l'ensemble du pays. Les taux d'emploi sont inférieurs en milieu urbain : 32% dans l'Aire Métropolitaine et 31.5% dans les autres villes.

Le taux de chômage de la population de 10 ans et plus est un autre indicateur du marché du travail mesuré au cours de l'ECVH. Le taux de chômage de cette population est particulièrement élevé à l'échelle nationale. En effet, 27.4% de la population active sont privés d'emploi, à la recherche d'un emploi et disponibles pour un emploi qui serait offert dans les quinze jours suivant l'enquête ou pour un emploi qui aurait été offert une semaine avant l'enquête. Le taux de chômage était de 45.5% dans l'Aire Métropolitaine et de 28.2% dans les villes de province. Le taux de chômage était de 32.1% chez les hommes et de 23.4% chez les femmes. Le chômage affectait 61.9% des jeunes de 15-19 ans et 50% des jeunes de 20-34 ans.⁵

³ Source: http://www.haiticulture.ch/Haiti_departments.html. 2005

⁴ Source : Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc. Pages 30-31

⁵ Source : IHSI, Enquête sur les conditions de vie en Haïti-ECVH 2001. Page 322.

L'absence de progrès économique substantielle au cours de la décennie laisse supposer que les résultats de cette enquête sont encore d'actualité.

2.5 Groupes Vulnérables et Lutte contre l'Exclusion

Les enfants, les femmes, les adolescents, les personnes à faible revenu et celles vivant en milieu rural sont les cibles prioritaires de l'action gouvernementale en matière de protection sociale. Avec l'épidémie de l'infection au VIH, les orphelins du SIDA constituent une autre catégorie de personnes vulnérables.

2.6 La situation des Groupes Vulnérables

Les femmes et les enfants sont les cibles de choix de violences et d'agressions qui se propagent en raison de facteurs économiques, politiques, sociaux et culturels complexes. La violence qui s'exerce contre les femmes à toutes les étapes de leur vie affecte doublement les nourrissons et les jeunes enfants qui sont menacés également, parce qu'ils sont tributaires de la situation de leur mère. L'état d'impuissance où se trouvent les femmes en raison des inégalités et des mauvais traitements qu'elles subissent menace la vie des bébés, des nourrissons et des jeunes enfants.

2.7 Accès aux services de base : santé, eau

Les résultats de l'Enquête sur les conditions de vie en Haïti indiquaient que *l'accès aux biens ou aux services de base (ou nécessaires) est loin d'être universel : 66% des ménages déclaraient pouvoir aller chez le médecin, 63.4% pouvaient scolariser leurs enfants, 15.6% : acheter des meubles, 24% : acheter des vêtements neufs ou d'occasion, 18.4% : consommer de la viande ou du poisson au moins trois fois par semaine*⁶.

Le pays présente un déficit important en services sociaux de base : éducation, eau, santé, assainissement. Le niveau d'accès est faible à travers tout le pays. L'enquête EMMUS IV⁷, conduite en 2005/2006 montrait par exemple que seulement 26% des ménages s'approvisionaient en eau provenant d'un robinet public.

Moins de la moitié de la population a accès aux services de santé et la qualité est généralement mauvaise, situation plus pénible en milieu rural. La fourniture de services de santé est dominée

⁶ Source : IHSI, Enquête sur les conditions de vie en Haïti-ECVH 2001. Page 420.

⁷ Source : Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc. Page 19

essentiellement par le secteur privé ; le milieu rural est desservi essentiellement par les ONG (70%) et la capacité de régulation et de supervision du système par l'Etat est faible. Avec la faiblesse des revenus et l'absence d'un système étendu de protection sociale, les problèmes de santé sont vécus péniblement par les familles et débouchent sur des phénomènes de décapitalisation, d'abandon du milieu scolaire par les enfants et de déficiences nutritionnelles marquées.

Certains indicateurs de santé en Haïti reflètent l'acuité du problème d'accès aux soins. La mortalité maternelle était estimée à 523 pour 100, 000 naissances vivantes sur la période 1994-2000 (EMMUS III) et à 630 pour 1000,000 naissances vivantes pour la période de 0-6 ans avant l'enquête conduite en 2005/2006(EMMUS IV)⁸. Ce taux est le plus élevé pour la région Amérique Latine /Caraïbe). Il est important de souligner que seulement 24% accouchements sont assistés par du personnel médical qualifié.

La situation de santé des enfants est particulièrement préoccupante parce qu'ayant des conséquences lourdes sur leurs capacités futures et les possibilités de sortie à moyen terme de la pauvreté. Les résultats de l'EMMUS IV montrent que la mortalité infantile a sensiblement baissé, mais demeure élevée. Le risque de mourir avant l'âge de 5 ans est de 86 pour mille⁹.

Les infections respiratoires aiguës (grippe, pneumonie), la malnutrition et la diarrhée et gastroentérite infectieuses sont parmi les premières causes de décès des enfants. Un environnement peu salubre, une mauvaise qualité de l'eau, le manque d'hygiène, une couverture vaccinale insuffisante ainsi que des carences nutritionnelles favorisent pareille situation.

Les soins curatifs sont aussi déficients. En majorité, les enfants ne sont pas amenés à un établissement de santé en cas de maladie. La thérapie de réhydratation n'est pas non plus appliquée dans les cas de diarrhée. Le déficit en soins curatifs reflète une insuffisante vulgarisation des traitements mais aussi un accès limité aux services surtout en milieu rural. Le coût des services de santé et la dégradation des structures de santé publique sont au nombre de facteurs qui limitent l'accès aux soins curatifs qui attirent surtout les plus riches.

Chez les jeunes, les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées des adolescentes sont des préoccupations. « La prévalence du VIH chez les femmes enceintes, a varié

⁸ Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.

⁹ Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.

de façon significative de 1996 à 2009, si l'on compare les valeurs moyennes obtenues, passant de 5,90% à 2,50% »¹⁰, dans les sites comparables du réseau sentinelle mis en place.

2.8 Revenus et pauvreté

La FAFO estimait à partir des résultats de l'ECVH¹¹ qu'en 2001 56% de la population haïtienne, soit 4,4 millions d'habitants sur un total de 8.1 millions vivaient en dessous de la ligne de pauvreté extrême de 1\$ US par personne et par jour. Sur chaque 10 personnes, on estimait qu'environ 7,6 étaient considérés pauvres, ne disposant pas de 2 US \$ par personne et par jour.

Généralement les dépenses de santé et d'éducation et loisirs sont faibles avec respectivement 3.3% et 3.2% de la consommation effective des ménages pour l'ensemble du pays, mais le poids des dépenses d'éducation et loisirs est plus faible en milieu rural. Le faible poids des dépenses de santé est influencé par une moindre fréquentation des structures de santé en milieu rural en raison d'une plus faible disponibilité des infrastructures et services, la faiblesse des revenus mais aussi de comportements liés aux valeurs, culture et pratiques médicinales en milieu rural.¹²

Les indicateurs de pauvreté humaine pour Haïti sont dans plusieurs cas alarmants. En 2003, Haïti aurait régressé dans l'échelle du développement passant du 146^{ème} rang en 2000 au 153^{ème} rang. L'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique conjointement avec le Centre Latino Américain de Démographie (CELADE) et l'UNFPA estiment l'espérance de vie à la naissance à 58,1 (2000-2005), sur la base des données du Recensement de 2003.¹³

3. Aperçu de la situation

3.1 Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

L'équipe de S&E du PNLIS avec l'appui de l'ONUSIDA Haïti a entrepris, depuis novembre 2009, des démarches pour une prise de connaissance des besoins en données et une identification des sources potentielles de collecte pour le rapport. Il n'y'a pas eu vraiment une formalisation et un lancement officiel du processus. Mais le travail de cueillette de données sur les indicateurs 3 à

¹⁰ Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, « Centers for Disease Control and Prevention », *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti 2009. Page 10*

¹¹ Source : IHSI, Enquête sur les conditions de vie en Haïti-ECVH 2001.

¹² Source : IHSI, Enquête sur les conditions de vie en Haïti-ECVH 2001.

¹³ Source : Ministère de l'Economie et des Finances, Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique, 4ème Recensement Général de la population et de l'habitat. 2003

25, surtout les statistiques de services, était donc initié. Par contre c'est seulement au cours du mois de mars 2010 qu'a été lancé véritablement le travail pour les indicateurs I et II.

A la mi-mars la Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a lancé le processus en convoquant les partenaires-Bailleurs pour le partage des informations sur le flux financier des dépenses SIDA. La réunion s'est tenue le jeudi 18 mars. D'un autre coté le PNLS, en regard des directives établies par l'ONUSIDA, a préparé une liste de personnes à contacter pour le remplissage du formulaire de l'indicateur II (Indice Composite des Politiques Nationales, ICPN). Cette démarche (Identification et préparation d'une liste d'acteurs) s'est faite en tenant compte de :

- la liste des répondants du dernier rapport UNGASS (2008),
- de l'identification des nouveaux intervenants
- de la disponibilité des gens dans la conjoncture nationale spécifique générée par le séisme du 12 janvier
- du souci de d'avoir une représentativité nationale parmi les répondants.

Deux équipes se sont mises au travail : la première coordonnée par l'ONUSIDA travaillait sur l'indicateur I et l'autre dirigée par le PNLS portait sur l'indicateur II.

Malgré les obstacles et contraintes liés à la conjoncture post-séisme, la participation des différents secteurs de la vie nationale au processus de fourniture de données pour le rapport UNGASS est hautement appréciable. Pour l'indicateur I, des informations très pertinentes ont pu être obtenues en un temps record. Les données fournies proviennent des cahiers comptables des bailleurs les plus importants notamment le gouvernement américain à travers son programme 'PEPFAR', le Fonds Mondial et la coopération canadienne à travers le PALIH. Ceux-ci ont accepté de partager gracieusement leur information disponible avec les enquêteurs. Pour l'enquête sur l'Indice composite des politiques nationales, 40 copies du questionnaire ont été distribuées, 10 de la partie A aux responsables publics et 30 de la partie B aux représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies. Des quarante institutions touchées, trente (75%) ont rempli le questionnaire : six (60%) du secteur public, vingt-quatre (80%) de la société civile et des organismes internationaux (Voir les résultats détaillés en annexe I et II).

3. 2 Situation actuelle de l'épidémie

Le taux officiel de séroprévalence nationale est de 2.2% selon les résultats de la dernière Enquête de Morbidité, Mortalité, Utilisation des Services (EMMUS-IV 2005-2006)¹⁴, réalisée sur la population générale et publiée en mai 2007. L'épidémie est toujours au stade généralisé ; la prévalence varie avec les départements. Le taux le plus fort étant trouvé dans les Nippes (3%) et le plus bas dans le Sud-Est (1.4%)¹⁵.

Les groupes d'âge les plus atteints sont 30-34 ans chez les femmes avec une prévalence de 4.1% et 40-44 ans chez les hommes avec une prévalence de 4.4%. Ces taux sont connus depuis EMMUS-IV qui a bien décrit l'augmentation de la prévalence avec l'âge et la supériorité de la prévalence féminine jusqu'à 35 ans et le phénomène inverse au-delà de cet âge. (EMMUS-IV, 2005-2006)¹⁶.

En mai 2009, le PNLS a effectué des calculs d'estimations et de projections (à l'aide des logiciels EPP et SPECTRUM) selon lesquels le nombre de personnes vivant avec le virus serait actuellement à 127,321, avec une forte prédominance féminine, 147 femmes pour 100 hommes. (PNLS : Estimations et Projections 2009)¹⁷.

3.3 Riposte sur les plans politique et programmatique

▪ Sur le plan politique

L'implication des grands mandataires de l'Etat est réelle, mais elle connaît des hauts et des bas, fluctuations associées aux nombreux changements de gouvernement et de certains responsables gouvernementaux.

Le Plan Stratégique National Multisectoriel (2008-2012)¹⁸ a été endossé par le Premier Ministre Alexis. Il avait par ailleurs ordonné la désignation de points focaux VIH/SIDA dans les autres Ministères concernés.

¹⁴ Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.

¹⁵ Source : Idem

¹⁶ Source : Idem

¹⁷ Ministère de la santé Publique et de la Population. Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) Projections/Estimations 2009

¹⁸ Gouvernement de la République d'Haïti. Programme national de Lutte contre le SIDA(PNLS).2007. Plan Stratégique National Multisectoriel(PNSM) 2008-2012.

La lutte contre le VIH/SIDA a figuré dans la déclaration de politique générale du Premier Ministre, Mme Michèle Duvivier Pierre-Louis qui a succédé au Premier Ministre Alexis. Ceci figurait au rang des principales préoccupations dans le domaine de la santé, à côté de la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle¹⁹. Cependant, cette lutte débordant le cadre de la Santé et étant multisectorielle(impliquant d'autres Ministères) la gouvernance (coordination) de la multisectorialité a été confiée à la Primature, en attendant que soit créée la CNLS.

Mais cette multisectorialité demeure encore balbutiante : les premiers plans sectoriels en chantier (ceux du MAST, du MCFDF et du MEFP) n'ont pas encore vu le jour. On compte seulement quelques actions ou interventions du Ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle (MEFP), du Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST), du Ministère à la Condition Féminine et aux droits de la Femme (MCFDF) et du Ministère à la Jeunesse, au Sport et à l'Action Civique (MJSAC).

▪ Sur le plan programmatique

Le MSPP demeure le coordonnateur de la lutte contre le VIH/SIDA. Le Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) est géré par une Coordination centrale du MSPP, ayant rang de Direction centrale. Cette coordination assure les fonctions de planification, de normalisation, de coordination, de suivi/évaluation du Programme. Dans les départements sanitaires, la coordination centrale est relayée par des coordinations départementales, relevant administrativement des Directions Départementales.

Les interventions ou opérations du Programme sont exécutées par des organismes partenaires non gouvernementaux, dans des institutions publiques, mixtes et privées humanitaires.

Tous les intervenants ou acteurs ont la possibilité de participer à la planification, la coordination et aux prises de décision à travers les « **Clusters** » qui sont des groupes de réflexion ou de consultation qui réunissent les représentants des Institutions partenaires du PNLS. Selon les champs d'intérêt ou les sphères d'activité, ces groupes se distinguent en « Cluster de CCC/MC », « Cluster de Formation », « Cluster M&E », « Cluster de Prise en charge », « Cluster de Laboratoire ».

Deux grands domaines programmatiques ont été identifiés: la prévention et la prise en charge.

¹⁹ Michèle Duvivier Pierre-Louis – Premier Ministre : Déclaration de politique générale – Août 2008.

- **Prévention**

Les activités de prévention sont dominées par la Communication pour le changement de comportement et la Mobilisation Communautaire (CCC/MC), en particulier le rejet des comportements sexuels à risque (rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, etc.), les services de CDV, de PTME, de sécurité transfusionnelle et de sécurité des injections.

- **Prise en charge**

Ce domaine se divise en Prise en charge des adultes, Prise en charge des enfants exposés ou porteurs du VIH, Prise en charge des IST, Prise en charge de la co-infection TB-VIH. Un volet de Prise en charge des adolescents se développe aux Centres GHESKIO.

3.4 Récapitulatif des indicateurs

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2010

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
Engagement et actions au plan national				
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA par catégories et sources de financement		2008 2009	
2	Indice composite des politiques nationales			
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100 100	2008 2009	MSPP/Programme National de Sécurité Transfusionnelle
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	55 68	2008 2009	MSPP/PNLS, Rapport des sites ARV Estimations et Projections mises à jour en 2010
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des	48.0	2008	MSPP/PNLS, Rapport des sites PTME

	antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant	57.8	2009	Estimations et Projections mises à jour en 2010
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	20.3	2008	OMS, Rapport 2009 sur la lutte contre la TB/ Estimations et Projections 2009
		ND	2009	
7	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	Femmes	EMMUS IV 2005-2006
		5.2	Hommes	
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	70.9	Travailleuses de sexe HSH	MSPP/CERA, Enquête de Surveillance des Comportements, Haïti 2006
		ND	Consommateurs de drogues inj.	
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Indicateur pertinent , mais aucune donnée n'est disponible		
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	5.2	2005-2006	EMMUS IV 2005-2006
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	12.6	2009	Enquête menée auprès des institutions scolaires, sous la conduite de MENFP/ ONUSIDA/ UNESCO, Mars 2010
12	Ratio de scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	0.86	2005-2006	EMMUS IV 2005-2006

Tableau 1.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2010 (Suite)

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
Engagement et actions au plan national				
13	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	Femmes	EMMUS IV 2005-2006
		40.4	Hommes	
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	6.5	Travailleuses de sexe	MSPP/CERA, Enquête de Surveillance Comportementale, Haïti 2006
		35.8	HSH	
		ND	Consommateurs de drogues injectables	
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	15.3	Femmes	EMMUS IV 2005-2006
		13.5	Hommes	
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	1,52*	Femmes	EMMUS IV 2005-2006 *SUR L'ENSEMBLE DES REpondants
		22,8*	Hommes	
17	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	Femmes	EMMUS IV 2005-2006
		41.9	Hommes	
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	90.3	2006	MSPP/CERA, Enquête de Surveillance Comportementale, Haïti 2006
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	72.8	2006	MSPP/CERA, Enquête de Surveillance Comportementale, Haïti 2006

Tableau 1.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2010 (Suite)

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
Engagement et actions au plan national				
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Indicateur pertinent, mais ce sujet n'a encore fait l'objet d'aucune étude importante en Haïti.		
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	Indicateur pertinent, mais ce sujet n'a encore fait l'objet d'aucune étude importante en Haïti.		
IMPACT				
22	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectées par le VIH	2.1	Mai- Décembre 2009	MSPP/IHE, Enquête serosentinelles auprès des femmes enceintes en CPN, 2010
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	Indicateur non mesuré : aucune surveillance sentinelle de sites travaillant spécifiquement avec les populations les plus à risque ne se fait dans le pays ???? Voir CEPOZ et FOSREF		
24	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	83.7	2007	Macro International Inc et col. Five year Evaluation of the Global Fund- Study area 3, Haiti June 2009
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH			

4. Aperçu de l'épidémie de SIDA en Haïti

4.1 Le VIH/SIDA en Haïti

L'épidémie du VIH/SIDA continue d'être une grande préoccupation en Haïti, malgré les progrès réalisés au cours de ces dernières années et une plus grande disponibilité des ressources financières. Les résultats de l'enquête sérologique réalisée à l'échelle du pays en 2005-2006 dans le cadre de l'EMMUS-IV révèlent un taux de prévalence de 2,2% pour la population en général. Ce taux demeure officiel jusqu'à la prochaine enquête nationale. L'épidémie est donc toujours au stade généralisé. Elle est active dans toutes les strates de la société. La proportion de personnes de sexe féminin et de celles vivant en milieu rural infectées par le VIH affiche une tendance à la hausse. En 2006, on comptait 115 femmes pour 100 hommes infectés par le VIH (EMMUS-IV, 2005-2006)²⁰. La dernière enquête séro sentinelle (2009) révèle un taux de séroprévalence chez les femmes enceintes de 2.7%²¹.

En mai 2009, le Programme National (PNLS) a réalisé des estimations et projections à l'aide des logiciels EPP et Spectrum. A partir de ces projections, les estimations de plusieurs paramètres de l'épidémie seraient comme suit :

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 127.321

Nombre d'enfants porteurs du VIH : 8.700

Nombre d'OEVI : 109.000

Nombre de nouvelles infections : 11.320

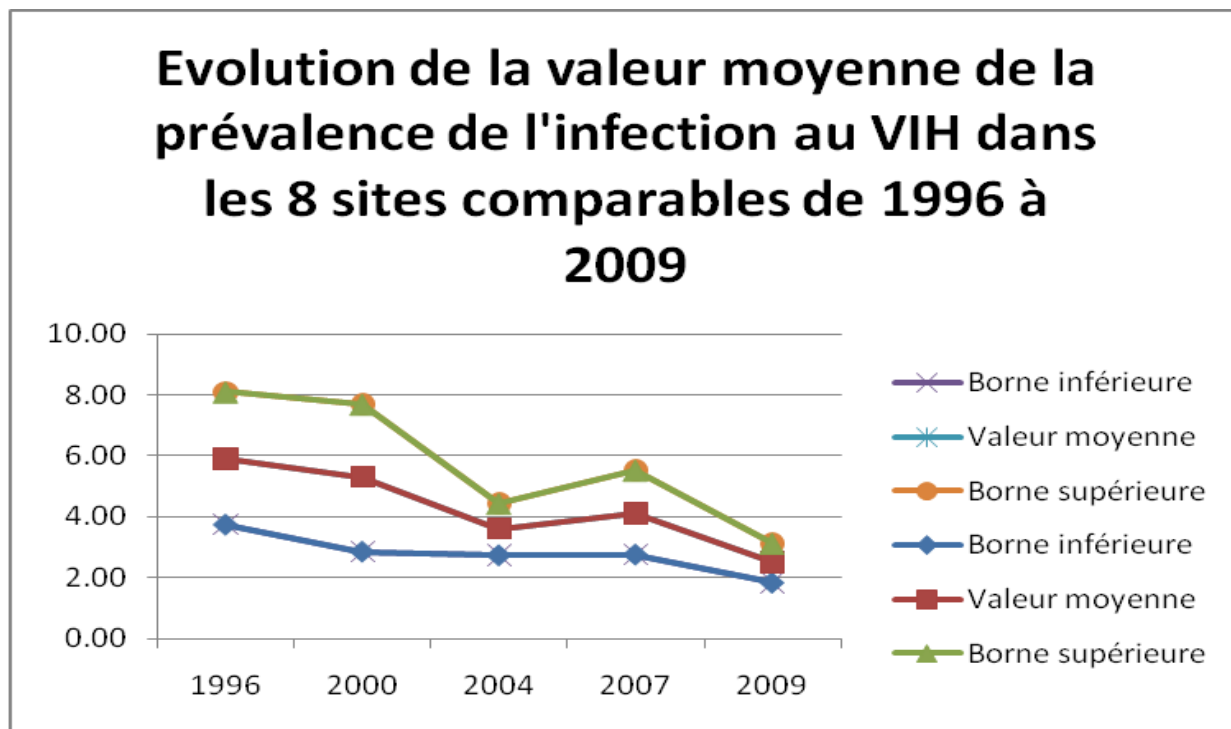
Rapport femme/homme : 147/100

Les données recueillies au cours des passages successifs d'enquête de séro prévalence chez les femmes enceintes dans une série de 8 sites comparables suggèrent une diminution de la prévalence du VIH dans le temps

²⁰ Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.

²¹ Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, « Centers for Disease Control and Prevention », *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti 2009*. Page 10.

Graphe 1.-



Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, « Centers for Disease Control and Prevention », *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti 2009*. Page 45.

Les limites des bornes ont été établies à 95% d'intervalle de confiance.

4.2 Comportements

En février 2008, Le PALIH a publié les résultats de deux enquêtes de surveillance de seconde génération chez les TS et leurs clients dans l'Artibonite, d'une enquête sur la violence envers les travailleuses du sexe, dans les milieux de prostitution de deux villes de l'Artibonite, Saint-Marc et Gonaïves et d'une enquête de surveillance comportementale auprès des élèves de 15 à 24 ans. Il est important de signaler que ces études, quoique apportant des informations intéressantes, n'ont pas d'envergure nationale et ont été menées avant 2008. .

Quant à l'enquête CAP réalisée par PSI en octobre-novembre 2009 auprès des clients des TS, elle concerne un échantillon restreint de jeunes de la région métropolitaine. A caractère uniquement qualitatif, l'étude est appelée à fournir des informations permettant à PSI/Haïti de

développer des messages et des matériels spécifiques appropriés pour les clients des femmes travailleuses de sexe.²²

Les rares études comportementales pratiquées révèlent une grande similitude entre la situation en Haïti et celle des autres pays de la Caraïbe. Elles dénotent un niveau élevé de connaissance sur le VIH/SIDA mais qui n'est pas corrélé avec l'adoption d'un comportement à moindre risque ou à l'utilisation d'autres moyens de prévention. Par exemple :

- Une proportion élevée de jeunes a déjà eu des relations sexuelles non protégées au moment de l'adolescence.
- Les personnes à risque élevé d'exposition au VIH n'utilisent pas systématiquement les préservatifs.

De plus, on constate que les attitudes culturelles se rapportant à la sexualité, au viol, aux premières relations sexuelles forcées, aux rapports sexuels entre partenaires d'âge différent restent parmi les principaux facteurs de risque.

5. Riposte nationale à l'épidémie de SIDA

A l'expiration du plan stratégique 2002-2006, le pays a voulu définitivement appliquer les principes des « Three Ones ». Un Plan Stratégique National Multisectoriel a été élaboré pour 5 ans (2008-2012). Ce plan décrit la structure de Coordination du Programme: la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) et la mise en place d'un système unique de Suivi/Evaluation.

Cependant, bien que le plan Stratégique ait été lancé par le Premier Ministre de l'époque, M. Jacques Edouard Alexis et la promesse ou même l'engagement du Premier Ministre qui l'a remplacé, Mme Michèle Duvivier Pierre-Louis, de mettre sur pied la CNLS, jusqu'à présent cet organisme indispensable pour une meilleure coordination de la lutte multisectorielle n'est pas né. De ce fait, la multisectorialité bat encore de l'aile. Toutefois, en plus du Ministère de la Santé qui dispose de son plan sectoriel depuis 2008, l'élaboration de plans sectoriels est relancée à la fin de 2009 pour trois autres ministères : le Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST), le Ministère à la Condition Féminine et aux droits de la Femme (MCFDF), le Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle (MEFP).

²² Population Services International (PSI/Haïti): Focus for Qualitative Segmentation: Clients des Travailleuses de sexe. Port au Prince Haïti. Octobre 2009a

Pour le système unique de suivi/évaluation, un pas a été franchi : un plan de suivi évaluation du PNLs pour la période 2010-2012 basé sur le plan stratégique multisectoriel en cours a été élaboré et validé en 2009. Il reste maintenant à le mettre en œuvre.

5.1 Disponibilité des services

Les sites de prestation de services de CDV, PTME, Soins Palliatifs et ARV ont augmenté progressivement les cinq dernières années. A la lecture du tableau qui suit, on voit que les sites de CDV ont doublé leur nombre, passant de 79 en 2005 à 167 en 2009; il en est de même pour les sites ARV qui sont passés de 24 à 63 (Tableau 2). En comparant les années 2007 et 2009, le nombre de sites CDV a augmenté de 30% en 2009, de 26% pour les sites PTME, de 31% pour les sites offrant les soins palliatifs et de 62% pour les sites ARV.

Tableau 2 : Offre institutionnelle des services de 2005 à 2009 (Septembre)

Année	CDV	PTME	Soins Palliatifs	ARV
2005	79	71	33	24
2006	108	78	47	32
2007	128	88	64	39
2008	148	98	86	50
2009	167	111	84	63

Sources : 1) MESI (<http://www.mesi.ht>); 2) M& E-PNLs Statistiques de services

La répartition des sites dans le pays n'est ni uniforme ni tout-à-fait rationnelle : une concentration s'observe dans la région métropolitaine tandis certains départements n'en comptent qu'un ou deux. Ceci s'illustre sur la carte présentée ci-dessous où sont portés, par département, les taux de séroprévalence, le nombre estimé de séropositifs et les sites ARV (points rouges).

Figure 2.- Répartition des institutions sanitaires offrant les ARV



Source : 1) EMMUS-IV 2005-2006; 2) M&E PNLs statistiques des services

5.2 Communication pour le changement de comportement/Mobilisation communautaire

▪ Dans le secteur santé

La communication est l'élément clé des activités de prévention du VIH/SIDA. Chaque année, le service de Communication pour le Changement de Comportement et de Mobilisation Communautaire (CCC/MC) du Programme National lance autour de la Journée Mondiale du SIDA (JMS) une campagne d'information et de sensibilisation contre le VIH/SIDA. Les interventions de la campagne s'inspirent des besoins du Programme National en rapport avec les engagements de l'UNGASS et tiennent compte du thème international de la Journée Mondiale. La campagne dure une année et s'étend de novembre à septembre, avec une intensification des interventions durant les périodes clés : la Journée mondiale du SIDA, le Carnaval, la St Valentin, le Mémorial, la Journée de la jeunesse, lors des catastrophes, les vacances d'été, les fêtes patronales etc. La campagne 2008-2009 visait la promotion de l'utilisation des services de santé maternelle et de PTME et celle de 2009-2010 était centré sur le renforcement des activités de Santé Maternelle et de PTME et l'évaluation du niveau d'engagement de tous les secteurs concernés.

La campagne annuelle se planifie au niveau du groupe de travail (cluster) CCC/MC constitué par les représentants des principales institutions ou organismes partenaires du Programme. Sa

mise en œuvre se fait dans les départements avec l'implication d'un groupe de concertation départementale, la table sectorielle qui constitue en quelque sorte une réplique du « cluster » du niveau central.

Ces campagnes annuelles donnent lieu à la production de nombreux matériels de communication (dépliants, messages ou spots audio et audio-visuels, documentaires, etc.).

▪ **Dans les secteurs non santé**

Les interventions concernent principalement la prévention, l'encadrement, l'appui (ou soutien) et la protection sociale, agissant sur la réduction du risque et de la vulnérabilité et en bout de ligne sur la réduction de l'impact du VIH. Ces secteurs ont au cours de la période 2008-2009 et surtout pendant l'année 2009 marqué leur participation dans la lutte par quelques réalisations.

Il existe en effet un curriculum de formation pour la prise en charge des OEV, issu d'un travail coopératif du MSPP et du MAST, avec la participation de leurs partenaires respectifs concernés. Le MAST a également réalisé quelques activités au profit des PVVIH dans les sphères suivantes : microcrédit, encadrement à l'emploi, formation professionnelle, financement d'activités génératrices de revenus et constitution de groupes de plaidoyer.

A l'actif du MEFP on retient un curriculum d'éducation sexuelle dans les écoles, adapté aux différents groupes d'âge et les activités suivantes réalisées en 2009 :

- Ateliers sur les modalités d'intégration de l'éducation à la santé et de la lutte contre le VIH/SIDA dans le curriculum scolaire.
- Atelier de réflexion relatif à l'uniformisation des guides et modules d'éducation à la santé et au VIH/SIDA.

Quant au MCFDF, il a contribué à la lutte au cours des deux dernières années par les principales interventions suivantes :

- Mise en place de la Coalition Haïtienne sur les femmes et le VIH-SIDA (CHFS) dans les dix départements du pays.
- Institutionnalisation de la Concertation Nationale sur la Violence faite aux Femmes.
- Information, communication et sensibilisation des populations pour des comportements non-sexistes.
- Accompagnement des institutions de prise en charge.
- Mise en place d'un centre d'hébergement pour les femmes victimes de violence.

- Mise en place d'une ligne téléphonique pour les femmes victimes de violences (SOS Femmes).
- Promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

Pour le MJSAC, on note son implication dans les activités de CCC/MC à l'occasion des carnivals.

▪ Impact des activités de CCC/MC

Les indicateurs de changements de comportement pouvant étayer une réduction du risque et de la vulnérabilité ne sont pas disponibles pour la période 2008-2009. La dernière enquête nationale de surveillance comportementale (BSS-III) remonte à 2006. Il en découle que les indicateurs comportementaux n'ont pas de valeurs récentes connues. Ils figurent dans le tableau récapitulatif des indicateurs avec les mêmes valeurs déjà rapportées en 2007.

5.3 Conseils et Dépistage Volontaire du VIH

Les indicateurs donnant une idée de la performance du Programme de dépistage en 2008 et 2009 sont regroupés dans le tableau 3. Ce sont : le nombre de personnes testées et le nombre de femmes enceintes testées. En se référant à la taille de la population de 15-49 ans et à son taux de croissance, une augmentation de 10% du taux de dépistage est enregistrée pour le premier groupe en 2009 par rapport à 2008 (101 vs 91 pour mille) et cette augmentation est de l'ordre de 5% pour les femmes enceintes (515 vs 489 pour mille)

Tableau 3.- Performance des services de dépistage du VIH en 2009

INDICATEURS	2008	2009
Nombre total de personnes testées pour VIH	454.290	526.167
Nombre de femmes enceintes testées pour VIH	143.878	154.835

Sources :1) MESI (<http://www.mesi.ht>); 2) Statistiques des Services (M&E-PNLS)

5.4 Prévention de la Transmission Mère Enfant

Bien que le pourcentage de femmes enceintes séropositives enrôlées en prophylaxie ARV ne soit pas encore satisfaisant, il est à noter une augmentation d'environ 20% du nombre de ces femmes de 2008 à 2009. Par ailleurs seulement la moitié des « enfants » nés de mères séropositives enrôlées dans le programme bénéficie d'un traitement prophylactique. A noter

cependant que nombre de mères séropositives n'ont pas accès au service PTME et de ce fait le nombre d'enfants ayant besoin de prophylaxie est encore plus élevé.

Tableau 4.- Performance du programme PTME en 2008-2009

INDICATEURS	2008	2009
Pourcentage de femmes enceintes séropositives enrôlées en prophylaxie ARV	48%	57.8%
Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives enrôlés en prophylaxie ARV	53.8%	53.9%

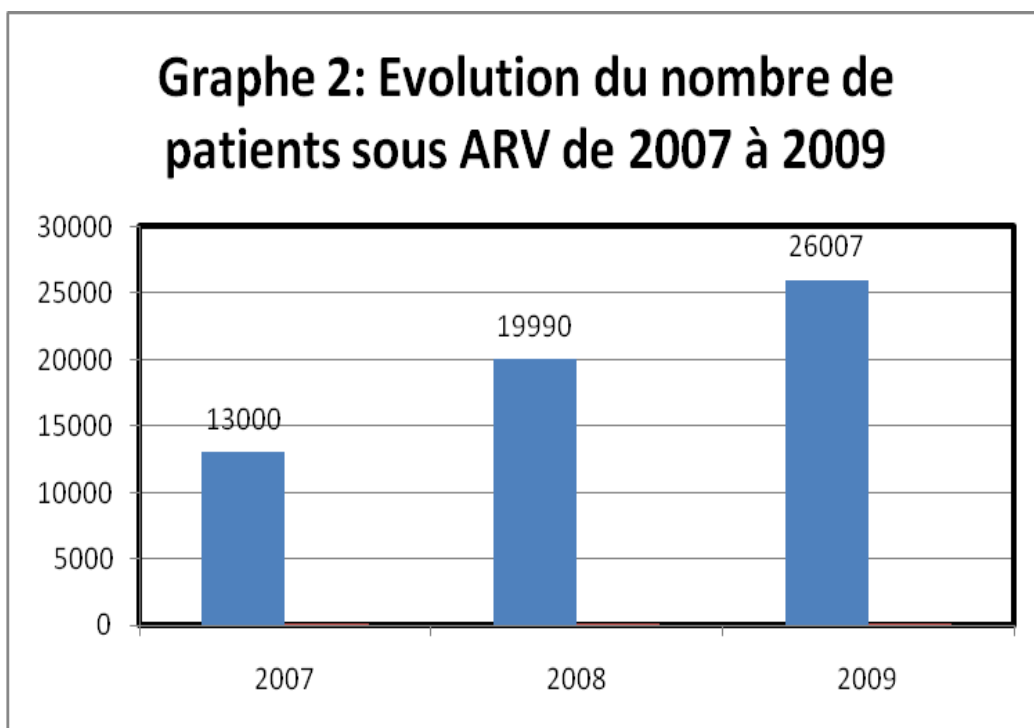
Sources : 1) MESI (<http://www.mesi.ht>); 2) M&E-PNLS Statistiques des Services

Des efforts sont déployés pour améliorer cette situation. Un plan de relance de la PTME et de son intégration systématique aux cliniques prénatales ainsi qu'aux activités de planning familial est déjà élaboré par la Direction de Santé Familiale du MSPP, appuyée par le PNLS et les autres acteurs concernés.

La prise en charge des enfants exposés au VIH est appelée à s'améliorer grâce au projet de diagnostic précoce du VIH chez les nouveaux nés et nourrissons par le PCR. Ce projet, dont la phase pilote lancée en 2008 s'est révélée suffisamment bénéfique à l'évaluation, s'est étendu à une vingtaine d'institutions en 2009 dans plusieurs départements du pays dont le Sud, l'Artibonite, l'Ouest, le Centre et le Nord.

5.5 Soins ARV

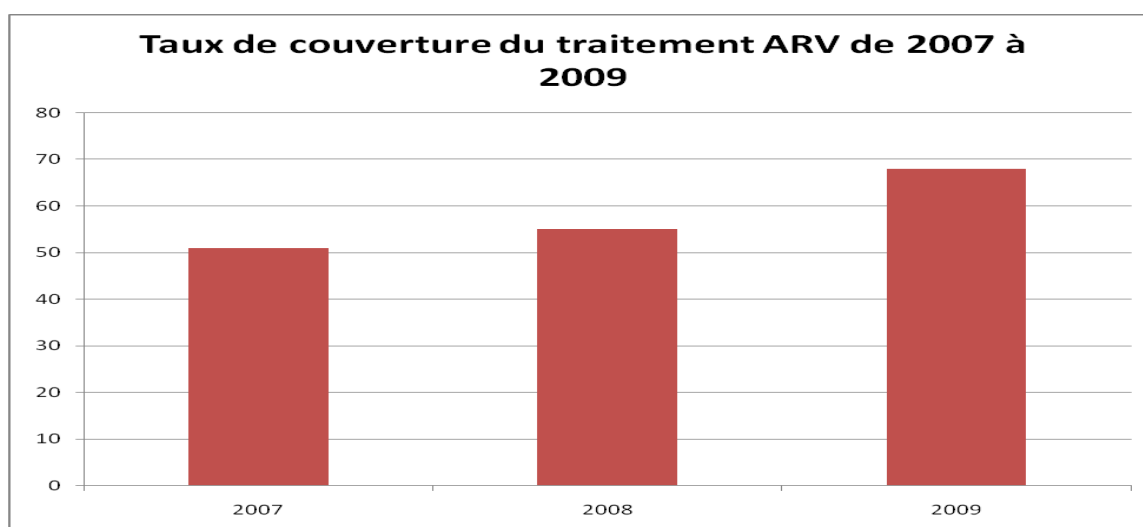
Comme l'indique le graphe 2a, l'enrôlement en soins ARV a connu une croissance continue à partir de 2004. Cette évolution de l'enrôlement s'est poursuivie de paire avec l'augmentation des structures de prestation jusqu'au 31 décembre 2009 où 63 sites fournissaient les soins ARV et plus de 26.000 patients étaient actifs sous ARV.



Sources : 1) MESI (www.mesi.ht); 2) M&E PNLS Statistiques des services

Le graphe suivant montre une augmentation du taux de couverture du traitement ARV de 2007 à 2009 passant de 50 à 68% selon l'estimation des besoins faite par le PNLS.

Graphe 3.-



Sources : 1) M&E PNLS Statistiques des services, 2) MESI (<http://www.mesi.ht>); 3) PNLS Estimations/projections mai 2009

La couverture ARV a fait de bons pas et s'apprête à faire de plus grands pas avec la modification des normes faisant commencer les ARV dès que les CD4 atteignent 350/ml et aussi avec la mise en œuvre pour très bientôt de la stratégie PCIMAA (Prise en Charge Intégrée de la Maladie chez l'Adulte et l'Adolescent). Cette approche, préconisée par l'OMS dans les pays à faibles revenus, pour la décentralisation des soins, va permettre de rendre disponibles les soins et le traitement ARV dans bon nombre d'institutions du premier échelon de la pyramide sanitaire, garantissant ainsi l'accès à un plus grand nombre de patients.

Le tableau suivant présente le nombre de personnes enrôlées en soins palliatifs, le nombre de personnes enrôlées en ARV, soit une augmentation de 20.579 personnes en soins palliatifs pour l'année 2009 comparé à 2008 et 8.617 personnes en soins ARV.

Tableau 5.- Performance du programme de prise en charge en 2008-2009

INDICATEURS	2008	2009
Nombre total personnes enrôlées en soins palliatifs	101.779	122.358
Nombre total de personnes en soins ARV	24.506	33.123

Sources : 1) MESI (www.mesi.ht); 2) M&E PNLS Statistiques des services

5.6 Enquêtes et Recherches

Certaines études, pour la plupart à portée limitée, réalisées avant 2008, ont été publiées pendant la période qui nous concerne:

1^e) L'Enquête de surveillance de seconde génération du VIH (SSG) chez les travailleuses du sexe et chez leurs clients dans l'Artibonite, réalisée par PALIH dont les résultats ont été publiés en février 2008. La collecte des données a été faite en novembre 2006. Les résultats indiquent une prévalence du VIH 5 fois plus élevée chez les TS et leurs clients que dans la population générale, une prévalence élevée des IST et l'éventualité que le grand nombre de clients pourraient agir comme pont de transmission, mettant les femmes de la population générale à risque.

2^e) L'Enquête de surveillance comportementale auprès des élèves de 15 à 24 ans, réalisée par PALIH dont les résultats ont été publiés en février 2008. La collecte des données a été faite en mai 2007 dans deux UCS de l'Artibonite : St-Marc/Desdunes/Grande Saline et Petite Rivière/Verrettes/La Chapelle. Les résultats ont montré que dans cette région, « les élèves du niveau secondaire ont un niveau de connaissance assez bon et que les principaux progrès ont été obtenus dans le domaine des attitudes face au SIDA et aux personnes vivant avec le VIH. Ils

sont beaucoup moins enclins à stigmatiser les PVVIH et les acceptent mieux dans la famille et dans la société... »

3^e) L'Enquête sur la violence envers les travailleuses du sexe, dans les milieux de la prostitution de St-Marc et des Gonaïves, réalisée par PALIH dont les trouvaillies ont été publiées en février 2008. La collecte des données a été faite en novembre 2006 à St-Marc et en juillet 2007 aux Gonaïves. « Selon les **résultats** des entrevues, l'insécurité règne dans les milieux prostitutionnels haïtiens. Les TS ainsi que leurs enfants sont victimes d'humiliation de la part des clients, mais également de la part de la population. Elles sont aussi victimes d'intimidation de la part des propriétaires d'établissements ».

4^e) L'enquête sur les clients des TS, réalisée par PSI et pour lequel les résultats n'ont pas encore été encore publiés. La collecte des données a été faite en octobre-novembre 2009. Il s'agit d'enquête CAP sur les clients des TS. Cette étude a pour objectifs de fournir des informations permettant à PSI/Haïti de développer des messages et des matériels spécifiques appropriés pour les clients des femmes travailleuses de sexe. Les résultats préliminaires de cette étude fournissent beaucoup d'informations sur les clients des TS, leurs pratiques sexuelles, leurs loisirs, leurs rêves, leurs fantasmes, leurs connaissances, leurs croyances, leurs attitudes, leurs fréquentations, leurs expériences, leur environnement, etc. Les informations recueillies permettent de classer les clients en deux profils type : ceux qui ont des connaissances, des croyances, des attitudes et des pratiques à changer et ceux qui ont des connaissances justes, des croyances, des attitudes, des pratiques à encourager ou à renforcer.

Les résultats préliminaires de la dernière enquête séro sentinelle chez les femmes enceintes réalisée en 2009 révèlent une séroprévalence de 2.7%²³. Ces données permettent de considérer une réduction de l'impact du VIH pouvant être mesuré par la réduction du nombre de Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), du nombre d'orphelins, du nombre attendu de femmes enceintes séropositives et du nombre d'enfants exposés au VIH ou porteurs du virus.

6. Meilleures pratiques

Une analyse sommaire de la vie globale et de l'évolution du Programme National permet d'identifier comme **meilleures pratiques**, les actions ou initiatives suivantes :

²³ Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National de Santé Publique, « Centers for Disease Control and Prevention », *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti 2009.*

- Le **Développement de relations collaboratives avec les Associations de PVVIH** constitue une façon de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont peuvent être victimes les PVVIH. A travers les associations, les PVVIH identifiées interviennent dans le Programme au même titre que les autres acteurs. Des relations de travail s'établissent entre elles et les autres partenaires. Elles participent aux prises de décision. La présidente de la Plateforme Haïtienne des Associations de PVVIH (PHAPH +) est la vice-présidente du CCM (Country Coordinating Mechanism).
- L'**Extension du Programme de diagnostic précoce chez les nourrissons par le PCR** offre l'opportunité d'améliorer la prise en charge de ces enfants et de leur offrir un meilleur sort.
- **HIVQUAL** est le contrôle de la qualité des services et soins pour le VIH administrés dans le strict respect des normes. L'institutionnalisation de cette démarche garantit une meilleure performance du Programme.
- La **Décentralisation des services par l'application de la Stratégie PCIMAA** ouvre une voie directe vers l'accès universel aux soins, au traitement ARV et au support.
- Le **Partenariat fort entre les différents acteurs** tel que manifesté par exemple au cours du Mémorial 2009 et où les acteurs à différents niveaux : politique, technique ont travaillé de façon synergique.
- La relance de la **Notification des cas** est une étape importante dans la réhabilitation du système national de Suivi/Evaluation.
- La mise en place de la Coalition haïtienne sur les femmes et le VIH/SIDA dans les dix départements du pays représente une initiative d'envergure de la part du MCFDF appelée à contribuer à la réduction de la vulnérabilité.

7. Principaux obstacles et mesures correctives

7.1 Principaux obstacles

La réponse au VIH/SIDA qui s'est particulièrement manifestée au niveau du secteur santé est due au fait que l'attention de la plupart des responsables gouvernementaux est retenue par les conséquences pathologiques, du SIDA en tant que maladie et non sur les facteurs sociodémographiques et économiques qui favorisent l'apparition et l'extension de ce fléau. Or, ces dernières méritent d'être prises en compte si nous voulons bloquer l'évolution de cette épidémie, car les déterminants de la maladie ne sont pas seulement sanitaires. Pour agir sur ces

déterminants, l'approche doit être holistique, concertée, coordonnée et surtout multisectorielle.

Différents obstacles ont constitué une entrave à la réponse au cours de ces dernières années. Nous pouvons citer entre autres :

▪ **Dans le domaine de la gouvernance**

- Les multiples changements de gouvernement qui rendent inconstants et fragilisent le leadership politique dans cette lutte.
- L'absence de la Commission nationale de lutte contre le SIDA. Cette carence se fait de plus en plus sentir, car nous n'avons aucun organisme institutionnel capable de mobiliser efficacement les autres secteurs.
- Les limitations du PNLS : Le Bureau du Programme national de lutte contre le SIDA est rattaché au MSPP et n'a aucune autorité de décision ou de convocation. De plus, il ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux multiples défis.
- La faiblesse du système d'information : Les données qui nous parviennent sont limitées et sont davantage rattachées à la prise en charge. Au niveau de la prévention, très peu d'informations sont rapportées à la banque de données centrales (MESI). Une multiplicité d'intervenants, d'acteurs avec plusieurs systèmes de S&E rendent difficile l'utilisation des informations stratégiques pour un meilleur contrôle de la pandémie et l'amélioration de la couverture nationale.
- Le manque de rigueur au niveau de la planification qui est faite de façon non coordonnée.
- Le nombre important d'intervenants rend difficile la coordination qui se réalise à travers des rencontres au niveau de comité d'appui ou « cluster ».

▪ **Dans le domaine des prestations de service**

- La parcellisation des soins et le mode d'intervention des activités de lutte contre le VIH/SIDA restent des obstacles majeurs à l'intégration des services de dépistage aux activités routinières des institutions de prestation. La mobilisation sociale et communautaire ou la communication de l'information VIH/SIDA à la population est à ses débuts.
- Le manque d'implication des Ministères clés (Education nationale, Jeunesse et sport) dans le domaine des activités de prévention est à déplorer.

▪ **Dans le domaine de la collecte des informations**

Certaines données ne sont pas systématiquement collectées, comme l'effectif des jeunes touchés ou encadrés par le programme, le nombre d'OEV admis dans une structure de prise en charge, le nombre d'associations de PVVIH recensées par le Programme, le nombre d'associations encadrées, le nombre de PVVIH inscrits comme membre d'associations, etc.

Rappelons encore l'absence de données récentes permettant d'évaluer les résultats du programme dans le domaine du changement de comportement et de la prévalence du VIH.

7.2 Mesures correctives

- L'implication de la Primature et de certains Ministères représente un élément de réponse à certains obstacles identifiés.
- Les tables de concertations au niveau de la plupart des départements et la réactivation des comités d'appui (Cluster) constituent un deuxième élément de réponse.
- La préparation et la diffusion d'un document définissant la vision de la décentralisation des soins par la stratégie PCIMAA va certainement influencer la prise en charge.
- La cartographie des interventions permettra de mieux situer les zones à besoins.
- La Conception et la Mise en œuvre d'un Système unique de Suivi/Evaluation.

8. Soutien des partenaires du développement

Haïti est accompagnée dans la lutte contre le VIH/SIDA par les agences de coopération des puissances amies comme la France, l'Europe, le Canada, les Etats-Unis, etc. Les différentes agences bilatérales apportent leur contribution à la lutte, soit sous forme d'assistance technique, soit sous forme de facilitation ou de courroie intermédiaire dans la mobilisation des fonds.

Toutes les Agences des Nations Unies sont impliquées dans la lutte, chacune dans la sphère qui la concerne. Par exemple, l'UNICEF s'intéresse plus particulièrement aux problèmes pédiatriques et aux OEV, le FNUAP se penche plus sur la question des Jeunes, l'OMS embrasse la question Santé en général et intervient avec les autres agences et particulièrement l'ONUSIDA dans le choix des politiques, la normalisation, la planification stratégique, la coordination, la surveillance épidémiologique, le suivi/évaluation et la mobilisation de ressources. Cet appui, surtout technique, parfois logistique et financier, assure un accompagnement constant dans toutes les démarches importantes au profit de la lutte.

Les supports financiers les plus importants sont fournis à la lutte contre le VIH/SIDA par le Plan d'urgence de la Présidence des Etats Unis d'Amérique, «The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief » (PEPFAR) et le Fonds Mondial.

Les dépenses liées à la lutte contre le VIH/SIDA pendant les deux dernières années s'élevèrent à \$144,4 millions en 2008 et \$143,6 millions en 2009, totalisant un montant global de 288 millions de dollars américains, dont 287 millions provenant des sources internationales. L'apport international se répartit entre les Agences des Nations Unies qui ont couvert 5.4% des dépenses, le Fonds Mondial 15% et les Coopérations bilatérales 78,6% avec PEPFAR en tête, pour au moins 60% des dépenses. Ainsi, PEPFAR et le Fonds Mondial financent à eux-seuls 75 à 80% des activités du Programme.

PEPFAR a signé avec le MSPP trois Accords de Coopération (Cooperative Agreement) (COAG) pour le financement de certains volets de la lutte : un accord pour le Laboratoire National, un pour la Sécurité Transfusionnelle, un pour les Départements Sanitaires. En outre, PEPFAR finance des Organisations Nationales ou Internationales qui interviennent directement dans certains domaines ou qui gèrent et/ou encadrent des Institutions prestataires. Comme exemple, l'« International Training & Education Center on HIV » (I-TECH) qui s'occupe principalement de Formation et le MSH qui, entre autres activités, encadre un réseau d'institutions prestataires.

L'approche de renforcement adoptée par PEPFAR pour la première phase de 5 ans comprenait des stratégies liées:

- à la prévention du VIH/SIDA ;
- aux soins et au traitement ARV ;
- à l'appui psycho-social, économique et communautaire aux PVVIH ;
- à la mise en place de systèmes transversaux tels que : la distribution des médicaments, les systèmes d'information, le renforcement des ressources humaines et la mobilisation sociale.

Les résultats de la première phase du projet PEPFAR en Haïti achevée en juillet 2009 se résument comme suit:

- environ 600.000 personnes conseillées et testées chaque année ;
- environ 20.000 patients placés sous traitement ARV ;
- environ 90.000 patients soignés
- environ 130 sites de prise en charge à travers le pays
- des centaines de groupes de support établis
- environ 5 associations de PVVIH créées

- environ 10.000 PVVIH impliquées dans des activités génératrices de revenus²⁴.

Le Fonds Mondial finance une proposition nationale soumise par le « Country Coordinating Mechanism » (CCM). La proposition nationale est un tout harmonisé, issu de l'intégration de plusieurs sous-projets en adéquation avec le Plan Stratégique national. Les exécutants des sous-projets appelés Sous-Récepteurs (SR) reçoivent leurs fonds du Récepteur Principal (PR), répondant de la gestion du financement. Ce rôle de Récepteur Principal est joué depuis plus de 5ans par la Fondation SOGEBANK.

Les résultats des 5ans du Fonds Mondial sont consignés dans le rapport d'évaluation de l'impact dans le pays²⁵. Cette évaluation concerne les programmes de lutte contre les trois maladies que veut combattre le Fonds : le VIH/SIDA, la Tuberculose et la Malaria. En ce qui a trait au VIH/SIDA, le rapport relève tous les avancements de la lutte, résultats de tous efforts confondus, car l'approche adoptée par le Fonds Mondial est celle de l'amélioration holistique du système national de santé en général et des programmes de lutte contre les trois maladies en particulier.

Il s'avère important et même indispensable que les responsables publics renforcent leur leadership dans la coordination des interventions, définissent avec les partenaires du développement, particulièrement les grands donateurs, un cadre consensuel de consolidation des efforts et des actions pour éviter des chevauchements et duplications et tirer le meilleur rendement des investissements.

9. Suivi et évaluation

Au niveau du Suivi/Evaluation du PNLS, une première étape importante a été franchie en décembre 2008 par la relance du processus de notification des nouveaux cas qui a pu redémarrer valablement. De décembre 2008 à décembre 2009, au niveau de 102 sites de prestations des services VIH/SIDA à travers le pays, 12046 nouveaux cas de VIH ont été notifiés et saisis sur la base MESI : 63 % de sexe féminin, 37% de sexe masculin ; 63% de ces cas notifiés se retrouvent dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans²⁶.

Aujourd'hui, le système M&E National se caractérise par une certaine fragmentation : plusieurs intervenants importants utilisent leurs propres logiciels et leur propre base pour stocker et exploiter les données. Le système n'arrive pas à couvrir toute la réponse nationale : toutes les données générées à partir des multiples interventions ne sont pas acheminées vers un point de chute étatique, un point central.

²⁴The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), Termes de Référence du Comité *intergouvernemental* de Pilotage du Programme PEPFAR en Haïti.

²⁵ Macro International Inc. et coll. "Five Year evaluation of the Global fund-Study Area 3: Health Impact", Juin 2009.

²⁶ <http://www/mesi.ht>

Un effort d'interconnexion des différents systèmes est en cours pour arriver à l'exportation des données sur la base MESI qu'utilise le Programme National. Une fois les données collectées sur MESI, elles pourront plus facilement être acheminées vers l'Unité de Planification et d'Evaluation du MSPP. Il y a aussi un effort constant d'outillage et d'utilisation de la technologie pour obtenir les données : le dossier médical (EMR/Electronic Medical Record) est distribué par le Programme National à la plupart des Institutions. Dans le même ordre d'idées, un encadrement continu des départements sanitaires se poursuit. Le maintien du partenariat fort entre les intervenants M&E s'avère indispensable si l'on veut arriver un jour à la fusion de tous les systèmes.

Le Ministère veut mettre sur pied un modèle intégré de Suivi/Evaluation pour les trois programmes (TB, VIH/SIDA, MALARIA). Un système intégré de Planification Suivi Evaluation(SIPSE) de ces trois programmes a été développé en 2009 et prêt pour être utilisé. De plus un système complet de Monitoring Evaluation du PNLS a été aussi développé en 2009 et prêt aussi pour être utilisé. La mise en œuvre est maintenant attendue. Dans cette perspective, le renforcement de l'équipe de Monitoring Evaluation par un personnel technique hautement qualifié est souhaité.

10. Bibliographie

- 1- Ministère de la Santé Publique et de la Population ; Programme National de lutte contre le SIDA. *Plan Intérimaire post-séisme du 12 janvier*, Haïti Mars 2010.
- 2- Gouvernement de la République d'Haïti. *Post Disaster Needs Assessment (PDNA)*, Haïti, Mars 2010.
- 3- Ministère de l'Économie et des Finances, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. *4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Résultats Préliminaires*, août 2003.
- 4- Ministère de l'Économie et des Finances, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). *Estimations 2009*.
- 5- Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaire Sévère, Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.
- 6- Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Bernard Barrère, Soumaïla Mariko, , Blaire Sévère. 2001 Canez Alexandre. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haït 2000*. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.
- 7- Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). *Projections/Estimations 2009*
- 8- Gouvernement de la République d'Haïti, Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). 2007. *Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM), 2008-2012*.
- 9- Duvivier Pierre-Louis, Michèle. *Déclaration de politique générale*, Août 2008.
- 10- Programme d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH/SIDA en Haïti 2 (PALIH2), *Résultats de la deuxième enquête de surveillance de seconde génération du VIH (SSG) chez les travailleuses du sexe et de la première enquête SSG chez leurs clients en Artibonite, Haïti* Février 2008.
- 11- Projet d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH/SIDA en Haïti 2 PALIH 2. *Deuxième enquête de surveillance comportementale auprès des élèves de 15 à 24 ans*. Février 2008.
- 12- Population Services International (PSI/Haïti). *Focus for Qualitative Segmentation: Clients des Travailleuses de Sexe*. Port-au-Prince, Haïti Octobre 2009
- 13- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS), Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST). *Curriculum National de Formation pour la Prise en Charge des OEV*. Haïti 2008 - 2009
- 14- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS). *Normes de Prise en Charge des Adultes et Adolescents*. 2008

- 15- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS). *Vers l'Accès Universel: Décentralisation des services par l'Application de la Stratégie PCIMAA*. Décembre 2009.
- 16- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS) - *M&E : Bulletin semestriel Décembre 2009*.
- 17- MACRO International Inc and partners. *Multi-Country Evaluation Study. Haïti Final Country Impact Evaluation Report*. June 2009
- 18- Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, Laboratoire National du Ministère de la Santé publique, « Centers for Disease Control and Prevention », *Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti 2009*. Avril 2010
- 19- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). *Termes de Référence du Comité intergouvernemental de Pilotage du Programme PEPFAR en Haïti*. Juillet 2009
- 20- Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, Institut Haïtien de l'Enfance. 2006. *Rapport UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée des Nations Unies, Haïti, 2007)*.
- 21- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Programme National de Lutte contre la Malaria (PNLM). *Plan Stratégique National de Lutte contre la Malaria 2008-2013*, Haïti, 2008.
- 22- Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida. *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. DIRECTIVES POUR L'ÉLABORATION D'INDICATEURS DE BASE/Établissement des rapports 2010*.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration 'engagement sur le VIH/SIDA

Contexte :

La préparation du rapport UNGASS est un processus hautement standardisé. Il fallait, suivant une méthodologie proposée, collecter un ensemble de données sur les différentes interventions mises en œuvre pour lutter contre le SIDA, avoir des informations sur 25 indicateurs, rédiger un rapport narratif de synthèse suivant un canevas prédéfini.

En dépit de grandes difficultés rencontrées, le présent rapport UNGASS 2010 a suivi dans la mesure du possible la méthodologie proposée. S'il n'y a pas eu au préalable un lancement officiel formel du « Rapport UNGASS 2010 », de multiples rencontres ont été réalisées au cours du dernier trimestre 2009 en vue d'informer et de sensibiliser les acteurs sur le processus de préparation de ce rapport parmi lesquelles nous pouvons citer:

- La rencontre organisée le **1er décembre 2009**, Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA, à laquelle la majorité des intervenants dans la lutte contre le SIDA a participé (acteurs de la société civile, représentants du système des Nations Unies, représentants de quatre ministères : MENFP, MAST, MCFDF, MSPP) et de la Primature. Les représentants des ministères ont présenté leur bilan de fin d'année et réaffirmé leur position sur la « Déclaration d'engagement » de 2001.
- Une rencontre spéciale avec les acteurs intervenants dans le domaine du Suivi-Evaluation tenue le **17 décembre 2009** avec la participation de représentants d'ONUSIDA-Genève et ONUSIDA-Caraïbes ; au cours de cette rencontre, tous les détails sur la méthodologie d'élaboration du rapport UNGASS 2010 telle que la saisie en ligne (online) des données à travers le site web de UNGASS www.unaids.org/ungass2010) furent présentés. Une courte présentation sur la base de données CRIS3 fut aussi faite. Ainsi, le travail de cueillette de données pour le rapport UNGASS réalisé le premier décembre 2009 a été renforcé. Le processus devait se poursuivre, se formaliser, s'officialiser en janvier avec l'implication du gouvernement. C'est à ce moment que survint le séisme. Cette nouvelle réalité a bouleversé la dynamique de préparation du rapport. C'est seulement au cours du mois de mars 2010 que le processus a pu être relancé et que l'équipe technique a commencé à travailler de manière spécifique sur les indicateurs I et II.



La Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a relancé le processus en convoquant les partenaires-bailleurs à une réunion qui s'est tenue le jeudi **18 mars 2010**. L'objectif de cette rencontre était de partager des informations sur le flux financier des dépenses relatives au SIDA. D'un autre côté, selon les directives établies par l'ONUSIDA, le PNLS a préparé une liste de personnes à contacter pour le remplissage du formulaire de l'indicateur II (Indice Composite des Politiques Nationales, ICPN). Cette démarche (Identification et préparation d'une liste d'acteurs) s'est faite sur la base :

- Des répondants du dernier rapport UNGASS (2008)
- De nouveaux intervenants actuels
- De la disponibilité des acteurs dans la conjoncture nationale spécifique générée par le séisme du 12 janvier 2010
- D'une représentativité nationale pour l'ensemble des répondants.

Deux équipes ont été mises sur pied: la première coordonnée par l'ONUSIDA a travaillé sur l'indicateur I : le *National AIDS Spending Assessments (NASA)* et la deuxième dirigée par le PNLS s'est penchée sur l'indicateur II : l'*Indice composite des politiques nationales (ICPN)*.

L'indicateur II évalue les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant le VIH et le SIDA au niveau national. Les données relatives à cet indicateur ont été collectées à partir d'une revue documentaire et des entretiens avec les personnes clés. Des communications ont été adressées aux acteurs concernés, à partir d'une liste actualisée. Le formulaire de l'indice composite des politiques nationales (ICPN) a été transmis par courrier électronique et/ou en copie dure à toutes les instances, entités ou personnes ciblées. Des explications ont été fournies sur demande et des interviews réalisées avec ceux qui remplissaient le formulaire pour la première fois. Les formulaires remplis ont été retournés à la cellule du PNLIS travaillant sur le rapport pour le classement et le dépouillement. Les formulaires remplis ont été révisés et certains répondants ont été contactés par téléphone en vue de clarifier leurs réponses. La saisie des données s'est effectuée sur le site de l'ONUSIDA. Un panel d'experts composé des Drs Darlène Rochelin et Gracia Desforges a été mis sur pied pour trancher les désaccords. Un travail concerté entre ce panel et le responsable de S&E du PNLIS sur les formulaires remplis a été réalisé.

Des discussions eurent lieu entre les membres de cette équipe autour des réponses en vue d'arriver à une compréhension commune des questions posées dans le formulaire, obtenir un consensus sur l'interprétation des termes, des concepts et des expressions utilisés, rechercher au besoin, des compléments d'information sur certaines thématiques en sollicitant l'avis technique d'une personne-référence sur la question.

Des consultations techniques ad hoc ont été entreprises sur des champs d'expertise particuliers : droit, législation et justice.

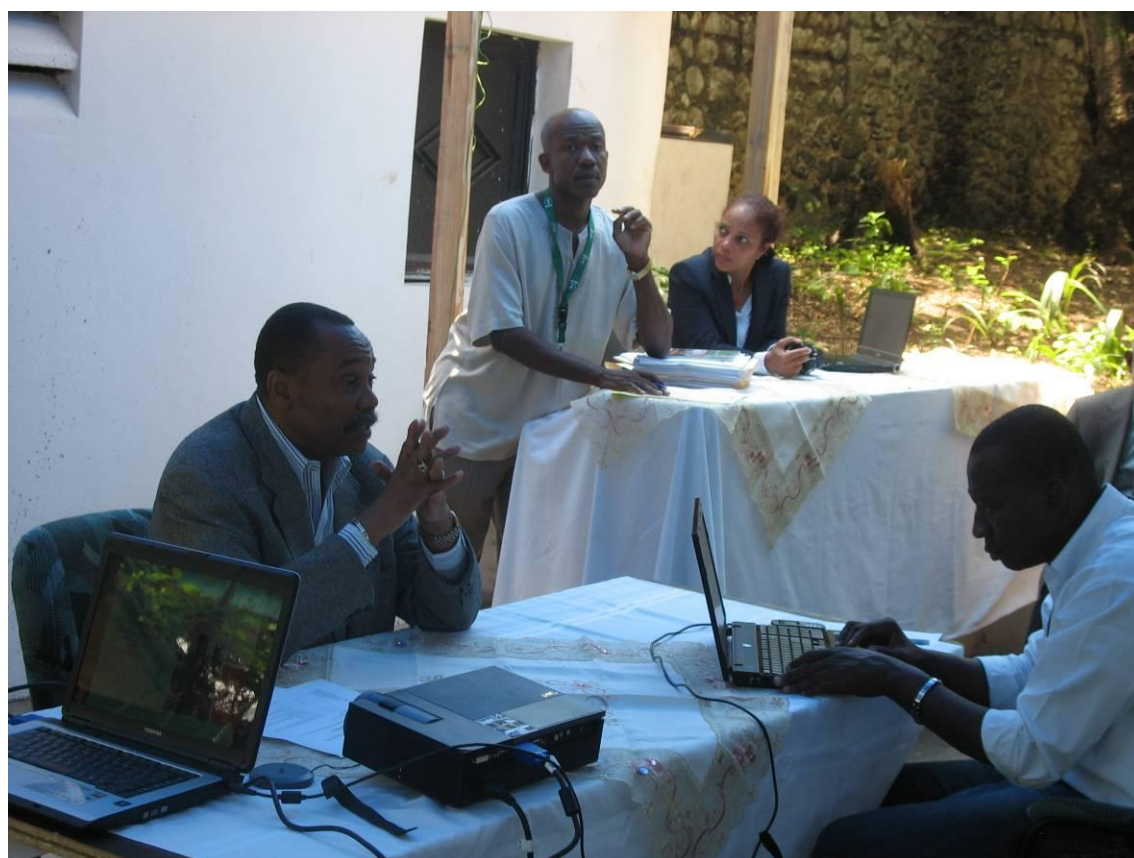


Un consensus sur certaines réponses a été fait par ce comité réduit, mais tout a été soumis à validation au cours de la grande rencontre de présentation du rapport UNGASS tenu le **21 avril 2010**.

(Quelques photos de cette réunion du 21 avril 2010)



Le DG du MSPP dans ses propos de bienvenue (en haut)









ANNEXE 2 : Résumé du flux des dépenses nationales liées au VIH/SIDA 2008-2009 (NASA)

Contexte

Le rapport sur le flux des dépenses liées à la réponse au SIDA en Haïti couvre les années civiles 2007, 2008 et 2009 et résume les dépenses réalisées par les bailleurs clés par le biais des bilans financiers fournis au Ministère de la Santé Publique et de la Population. L'exercice de collecte des données aurait dû être lancé au début de l'année 2010 afin de récolter le maximum d'information sur les dépenses souvent réalisées en fin d'année. Avec le séisme, tous les efforts des partenaires ont été consacrés à répondre à l'urgence et à préparer des plans d'actions pour la levée des fonds. Par conséquent, l'appel pour la soumission des rapports sur les dépenses a été tardivement lancé en mars 2010. Néanmoins, les partenaires ont répondu très positivement à l'appel et ont terminé l'exercice avant la fin du mois. Les résultats ont été présentés aux partenaires lors de la validation du rapport à la mi avril 2010.

Les Résultats :

1. Résultats par année

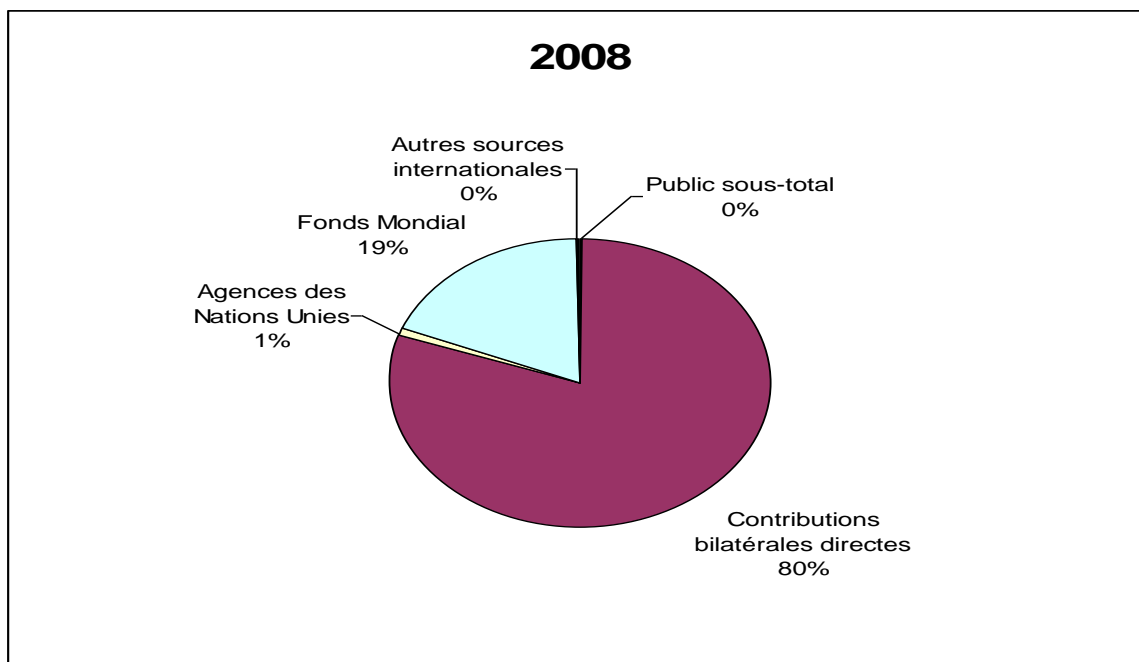
Les graphes 4,5 et 6 ci-dessous résument les résultats pour la période 2008-2009. Dans l'ensemble, le montant des dépenses déclarées par les partenaires n'a pas changé de manière significative pour 2008 et 2009. Les partenaires déclarent avoir décaissé et/ou dépensé un total de \$145 millions de dollars américains. Le niveau de l'appui financier des partenaires reste par ordre d'importance : 1e) les agences bilatérales 2e) le Fonds Mondial, 3e) les Nations Unies et 4e) d'autres partenaires.

La contribution de l'Etat n'est pas suffisamment reflétée dans ce rapport, n'ayant pas été documentée. Cependant de l'avis de plus d'un, elle est faible.

2. Tendances

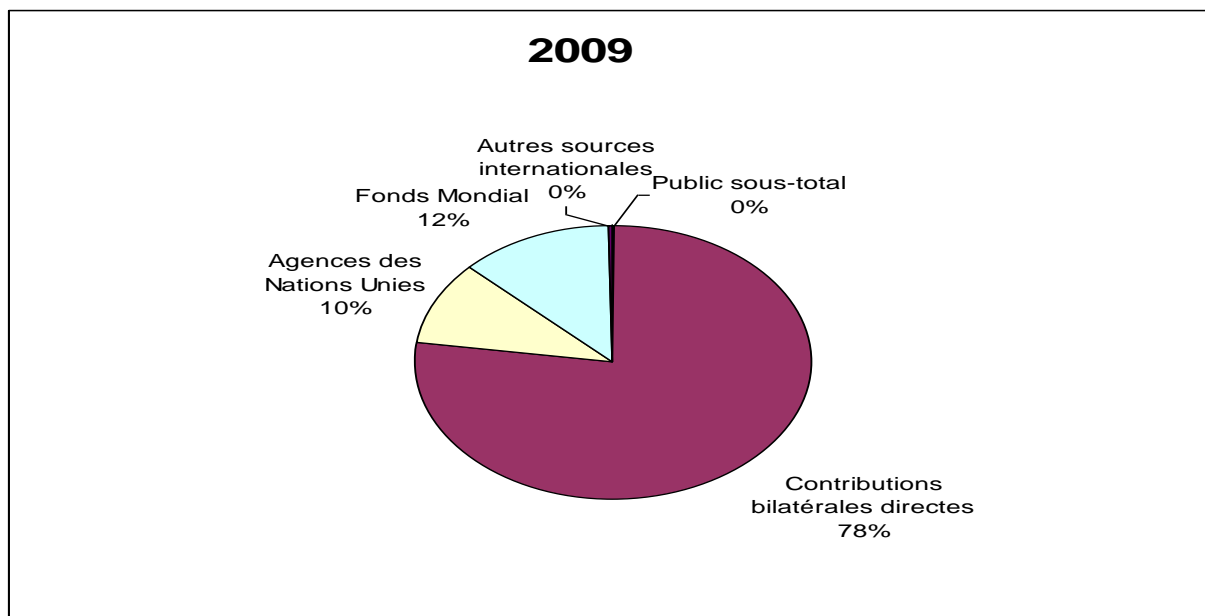
On observe que les dépenses et/ou décaissements financiers en faveur de la réponse à la lutte contre le SIDA ont augmenté depuis 2006. Le montant global est passé de moins de \$ 100 millions de dollars américains par an pour la période 2006 à 2007 à \$ 144 million par an pour les années 2008-2009.

Graphe 4. Répartition des dépenses par source de financement en 2008



Source : MSPP/ONUSIDA. Enquête sur le flux des dépenses. Mars 2010.

Graphe 5. Répartition des dépenses par source de financement en 2009

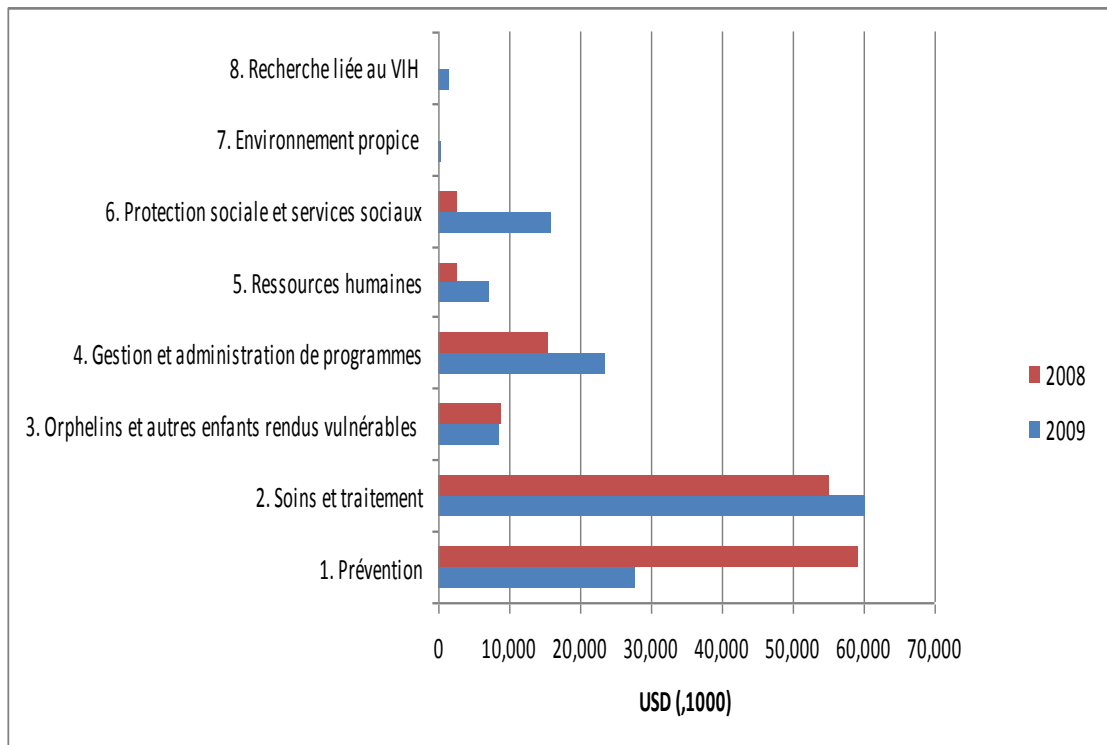


Source : MSPP/ONUSIDA. Enquête sur le flux des dépenses. Mars 2010.

3. Répartition des budgets

Par rapport à la distribution du budget par catégorie, le graphe suivant indique que les dépenses pour les soins et traitement ont augmenté en 2009. Parallèlement, les dépenses dans les autres rubriques ont été redistribuées en faveur de la protection sociale et de la gestion des programmes. Malheureusement, les dépenses pour la prévention ont baissé de \$59.3 millions de dollars américains en 2008 à \$27.6 en 2009.

Graphe 6.- Répartition des dépenses par catégorie de dépense



Source : MSPP/ONUSIDA. Enquête sur le flux des dépenses. Mars 2010.

Commentaires :

- **Efficacité**

Les questions suivantes doivent être posées en vue d'évaluer l'efficacité des interventions : L'investissement est-il coût-efficace ? Les résultats sont-ils satisfaisants? Une augmentation du nombre de patients placés sous traitement a été observée parallèlement à l'accroissement du financement alloué au traitement et à la prise en charge médicale et thérapeutique. Il est aussi évident qu'il y a une bonne corrélation entre l'augmentation du nombre de sites et l'augmentation du nombre de personnes traitées. Une baisse de la prévalence chez les femmes

enceintes a également été notée. Il y a d'autres acquis, tels que : l'accompagnement des responsables des programmes au niveau départemental et le suivi des patients. Par contre, les chiffres de 2009 indiquent une diminution marquée des fonds disponibles pour la prévention. Il faut se poser les questions suivantes : N'y a-t-il pas un risque de perdre des acquis, tenant compte de la place de pivot de la prévention dans la lutte contre le SIDA ? Un effort d'intensification de la prévention ne devrait-il pas être recherché, comme mentionné par plusieurs partenaires ?

- **Limites et qualité des données**

Les données reflètent les dépenses réalisées par les bailleurs les plus importants, notamment le gouvernement américain à travers son programme 'PEPFAR' et le Fonds Mondial.

Ce rapport est moins complet que celui de 2008, tenant compte du temps limité consacré à l'exercice, notamment la répartition des dépenses du secteur public, uniquement focalisées sur les dépenses salariales. Le système des Nations Unies n'a pas non plus fait une meilleure ventilation, par exemple, le support de l'UNICEF aux institutions s'occupant des orphelins du SIDA n'apparaît pas, puisque les données ne sont pas ventilées. Néanmoins, le rapport donne dans son ensemble, une idée du niveau des dépenses. Pour ce rapport, les montants déclarés par les partenaires bilatéraux représentent les montants décaissés et non-dépensés contrairement aux montants utilisés pour le rapport de 2007. Cette distinction peut expliquer la différence significative entre les résultats de 2007 et 2008-2009.

Formulaire des dépenses effectuées en 2009

Nom de la monnaie locale:		Gourdes						
Devise exprimée en:		Unités (x 1)						
Taux de change moyen pour 2008 Gdes contre USD		41.198						
2009	TOTAL	Sources internationales						
		Public sous-total	International sous-total	Contributions bilatérales directes	Multilatérales		Autres sources internat'les	
					Agences des Nations Unies	Fonds Mondial		
Catégories des dépenses liées au SIDA		USD						
TOTAL		143,642,436.43	262,526.12	143,379,910.31	111,356,019.00	13,716,398.21	18,056,398.01	251,095.09
1. Prévention (sous-total)		27,680,671.22	-	27,680,671.22	19,157,816.00	641,505.24	7,881,349.98	-
1.01 Communication pour changement social et de comportement		7,900,773.92	-	7,900,773.92	5,393,902.00	9,745.00	2,497,126.92	-
1.02 Mobilisation communautaire		26,105.00	-	26,105.00	11,105.00	15,000.00	-	-
1.03 Conseil et test volontaires		2,046,212.62	-	2,046,212.62	21,610.00	-	2,024,602.62	-
1.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles		983,620.44	-	983,620.44	-	18,748.24	964,872.20	-
1.05 Prévention – jeunes gens scolarisés		462,724.00	-	462,724.00	462,724.00	-	-	-
1.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés		-	-	-	-	-	-	-
1.07 Prévention de la transmission du VIH au sein de populations vivant avec le VIH		4,710,954.00	-	4,710,954.00	4,627,454.00	83,500.00	-	-
1.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients		166,198.00	-	166,198.00	166,198.00	-	-	-
1.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		-	-	-	-	-	-	-
1.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)		-	-	-	-	-	-	-
1.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail		250,000.00	-	250,000.00	-	250,000.00	-	-
1.12 Marketing social des préservatifs		654,369.98	-	654,369.98	70.00	-	654,299.98	-
1.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial		3,300,000.00	-	3,300,000.00	3,300,000.00	-	-	-
1.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial		10,000.00	-	10,000.00	10,000.00	-	-	-
1.15 Microbicides		-	-	-	-	-	-	-
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)		902,680.00	-	902,680.00	10,805.00	-	891,875.00	-
1.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)		814,203.56	-	814,203.56	10,805.00	161,179.00	642,219.56	-
1.18 Circoncision masculine		-	-	-	-	-	-	-
1.19 Sécurité transfusionnelle		3,706,353.69	-	3,706,353.69	3,500,000.00	-	206,353.69	-
1.20 Injections médicamenteuses sûres		1,621,170.00	-	1,621,170.00	1,621,170.00	-	-	-
1.21 Précautions universelles		103,333.00	-	103,333.00	-	103,333.00	-	-
1.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)		-	-	-	-	-	-	-
1.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité		21,973.00	-	21,973.00	21,973.00	-	-	-
1.99 Activités de prévention, non classifiées ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-
2. Soins et traitement (sous-total)		60,368,458.50	-	60,368,458.50	55,597,679.00	140,257.00	4,630,522.50	-
2.01 Soins ambulatoires		60,353,185.00	-	60,353,185.00	55,597,679.00	124,983.50	4,630,522.50	-
2.01.01 Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire		-	-	-	-	-	-	-
2.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes (IO)		960,627.44	-	960,627.44	225,000.00	-	735,627.44	-
2.01.03 Thérapie antirétrovirale		35,942,557.56	-	35,942,557.56	31,922,679.00	124,983.50	3,894,895.06	-
2.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale		-	-	-	-	-	-	-
2.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH		8,400,000.00	-	8,400,000.00	8,400,000.00	-	-	-
2.01.06 Programmes dentaires pour les personnes vivant avec le VIH		-	-	-	-	-	-	-
2.01.07 Traitement et services d'accompagnement psychologique		-	-	-	-	-	-	-
2.01.08 Soins palliatifs ambulatoires		14,150,000.00	-	14,150,000.00	14,150,000.00	-	-	-
2.01.09 Soins à domicile		900,000.00	-	900,000.00	900,000.00	-	-	-
2.01.10 Médecine traditionnelle et services de soins et de traitement informels		-	-	-	-	-	-	-
2.01.98 Services de soins ambulatoires, non ventilés par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-
2.01.99 Services de soins ambulatoires, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-
2.02 Soins hospitaliers		15,273.50	-	15,273.50	-	15,273.50	-	-
2.02.01 Traitement hospitalier des infections opportunistes (IO)		15,273.50	-	15,273.50	-	15,273.50	-	-
2.02.02 Soins palliatifs hospitaliers		-	-	-	-	-	-	-
2.02.98 Services de soins hospitaliers, non ventilés par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-
2.02.99 Services de soins hospitaliers, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-
2.03 Transport des patients et secours d'urgence		-	-	-	-	-	-	-
2.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-
2.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-

Formulaire des dépenses effectuées en 2009 (Suite)

Taux de change moyen pour 2008 Gdes contre USD		0.000		Sources publiques	Sources internationales			
2008	TOTAL	Public sous-total	International sous-total		Contributions bilatérales directes	Multilatérales		Autres sources internat'les
						Agences des Nations Unies	Fonds Mondial	
Catégories des dépenses liées au SIDA		USD						
3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV) (sous-total)		8,871,521.75	-	8,871,521.75	7,539,070.00	-	1,081,356.67	251,095.09
3.01 Education des OEV		-	-	-	-	-	-	-
3.02 Soins de santé de base destinés aux OEV		146,471.84	-	146,471.84	-	-	-	146,471.84
3.03 Appui à la famille/à domicile aux OEV		-	-	-	-	-	-	-
3.04 Appui communautaire aux OEV		104,623.25	-	104,623.25	-	-	-	104,623.25
3.05 Services sociaux et coûts administratifs liés aux OEV		-	-	-	-	-	-	-
3.06 Soins institutionnels destinés aux OEV		-	-	-	-	-	-	-
3.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité		8,620,426.67	-	8,620,426.67	7,539,070.00	-	1,081,356.67	-
3.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-
4. Gestion et administration de programmes (sous-total)		15,511,019.22	-	15,511,019.22	10,676,015.00	201,128.50	4,633,875.72	-
4.01 Planification, coordination et gestion de programmes		9,274,433.22	-	9,274,433.22	4,560,447.00	80,110.50	4,633,875.72	-
4.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds		167,109.00	-	167,109.00	155,347.00	11,762.00	-	-
4.03 Suivi et évaluation		3,555,345.00	-	3,555,345.00	3,547,782.00	7,563.00	-	-
4.04 Recherche opérationnelle		29,400.00	-	29,400.00	-	29,400.00	-	-
4.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)		61,195.00	-	61,195.00	61,195.00	-	-	-
4.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH		67,293.00	-	67,293.00	-	67,293.00	-	-
4.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments		870,000.00	-	870,000.00	870,000.00	-	-	-
4.08 Technologies de l'information		640,000.00	-	640,000.00	640,000.00	-	-	-
4.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients		-	-	-	-	-	-	-
4.10 Amélioration et construction d'infrastructures		161,244.00	-	161,244.00	161,244.00	-	-	-
4.11 Test VIH obligatoire (ne relevant pas du CTV)		-	-	-	-	-	-	-
4.98 Gestion et administration de programmes, données non ventilées		5,000.00	-	5,000.00	-	5,000.00	-	-
4.99 Gestion et administration de programmes, données non ventilées		680,000.00	-	680,000.00	680,000.00	-	-	-
5. Ressources humaines (sous-total)		2,736,584.38	236,584.38	2,500,000.00	2,500,000.00	-	-	-
5.01 Incitations financières liées aux ressources humaines		236,584.38	236,584.38	-	-	-	-	-
5.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels		-	-	-	-	-	-	-
5.03 Formation		2,500,000.00	-	2,500,000.00	2,500,000.00	-	-	-
5.98 Ressources humaines, données non ventilées par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-
5.99 Ressources humaines, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-
6. Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables (sous-total)		2,669,832.73	-	2,669,832.73	75,000.00	1,403.24	2,593,429.49	-
6.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers		-	-	-	-	-	-	-
6.02 Protection sociale sous forme d'avantages en nature		-	-	-	-	-	-	-
6.03 Protection sociale sous forme de services sociaux		-	-	-	-	-	-	-
6.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le sida		-	-	-	-	-	-	-
6.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés		2,668,429.49	-	2,668,429.49	75,000.00	-	2,593,429.49	-
6.99 Services de protection sociale et services sociaux, non classifiés		1,403.24	-	1,403.24	-	1,403.24	-	-
7. Environnement propice et développement communautaire (sous-total)		291,717.50	-	291,717.50	200,000.00	91,717.50	-	-
7.01 Sensibilisation		-	-	-	-	-	-	-
7.02 Programmes de protection des droits de l'homme		-	-	-	-	-	-	-
7.03 Renforcement institutionnel spécifique à la lutte contre le sida		14,877.50	-	14,877.50	-	14,877.50	-	-
7.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida focalisés sur les		54,793.00	-	54,793.00	-	54,793.00	-	-
7.05 Programmes de réduction des violences sexistes		-	-	-	-	-	-	-
7.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable,		200,000.00	-	200,000.00	200,000.00	-	-	-
7.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable,		22,047.00	-	22,047.00	-	22,047.00	-	-
8. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)		-	-	-	-	-	-	-
8.01 Recherche biomédicale		-	-	-	-	-	-	-
8.02 Recherche clinique		-	-	-	-	-	-	-
8.03 Recherche épidémiologique		-	-	-	-	-	-	-
8.04 Recherche en sciences sociales		-	-	-	-	-	-	-
8.05 Recherche sur les vaccins		-	-	-	-	-	-	-
8.98 Activités de recherche liées au VIH, non ventilées par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-
8.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-

Formulaire des dépenses effectuées en 2008

Nom de la monnaie locale:	Gourdes							
Devise exprimée en:	Unités (x 1)							
Taux de change moyen pour 2008 Gdes contre USD	39.132							
2008 Catégories des dépenses liées au SIDA	TOTAL USD	Sources publiques		Sources internationales				
		Public sous-total	International sous-total	Contributions bilatérales directes	Multilatérales Agences des Nations		Autres sources internat'les	
					Unies	Fonds Mondial		
TOTAL	144,431,066.33	236,584.38	144,194,481.95	115,884,983.17	994,880.24	27,063,523.46	251,095.09	
1. Prévention (sous-total)	59,270,806.60	-	59,270,806.60	47,873,179.17	650,924.00	10,746,703.43	-	
1.01 Communication pour changement social et de comportement	5,673,334.03	-	5,673,334.03	3,866,706.00	9,745.00	1,796,883.03		
1.02 Mobilisation communautaire	2,809,142.00	-	2,809,142.00	2,809,142.00				
1.03 Conseil et test volontaires	8,849,863.19	-	8,849,863.19	5,105,000.00		3,744,863.19		
1.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	3,748,361.83	-	3,748,361.83	2,058,943.00		1,689,418.83		
1.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	1,177,592.79	-	1,177,592.79	1,177,592.79				
1.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	775,000.00	-	775,000.00	775,000.00				
1.07 Prévention de la transmission du VIH au sein de populations vivant avec le VIH	277,247.12	-	277,247.12	277,247.12				
1.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	344,274.85	-	344,274.85	344,274.85				
1.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	100,000.00	-	100,000.00	100,000.00				
1.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)	-	-	-	-				
1.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	300,000.00	-	300,000.00	300,000.00				
1.12 Marketing social des préservatifs	1,971,725.67	-	1,971,725.67	631,004.00		1,340,721.67		
1.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	2,663,408.00	-	2,663,408.00	2,663,408.00				
1.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	2,292.00	-	2,292.00	2,292.00				
1.15 Microbicides	-	-	-	-				
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	1,821,607.27	-	1,821,607.27	875,000.00		946,607.27		
1.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	3,710,009.28	-	3,710,009.28	3,035,000.00	11,179.00	663,830.28		
1.18 Circoncision masculine	-	-	-	-				
1.19 Sécurité transfusionnelle	3,964,379.17	-	3,964,379.17	3,400,000.00		564,379.17		
1.20 Injections médicamenteuses sûres	-	-	-	-				
1.21 Précautions universelles	(186.00)	-	(186.00)	(186.00)				
1.22 Prophylaxie post-exposition (PEP)	-	-	-	-				
1.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité	3,455,812.41	-	3,455,812.41	2,825,812.41	630,000.00			
1.99 Activités de prévention, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	17,626,943.00	-	17,626,943.00	17,626,943.00				
2. Soins et traitement (sous-total)	55,079,584.15	-	55,079,584.15	47,021,719.00	49,707.00	8,008,158.15	-	
2.01 Soins ambulatoires	55,064,310.65	-	55,064,310.65	47,021,719.00	34,433.50	8,008,158.15	-	
2.01.01 Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire	-	-	-	-				
2.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes (IO)	3,145,585.28	-	3,145,585.28	385,040.00		2,760,545.28		
2.01.03 Thérapie antirétrovirale	34,757,275.37	-	34,757,275.37	29,507,679.00	1,983.50	5,247,612.87		
2.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	-	-	-	-				
2.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH	5,914,000.00	-	5,914,000.00	5,914,000.00				
2.01.06 Programmes dentaires pour les personnes vivant avec le VIH	-	-	-	-				
2.01.07 Traitement et services d'accompagnement psychologique	-	-	-	-				
2.01.08 Soins palliatifs ambulatoires	10,665,000.00	-	10,665,000.00	10,665,000.00				
2.01.09 Soins à domicile	550,000.00	-	550,000.00	550,000.00				
2.01.10 Médecine traditionnelle et services de soins et de traitement informels	-	-	-	-				
2.01.98 Services de soins ambulatoires, non ventilés par type d'activité	32,450.00	-	32,450.00	-	32,450.00			
2.01.99 Services de soins ambulatoires, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	-	-	-	-				

Formulaire des dépenses effectuées en 2008 (Suite)

Taux de change moyen pour 2008 Gdes contre USD		0.000		Sources publiques	Sources internationales				
2008	TOTAL	USD	Public sous-total		International sous-total	Contributions bilatérales directes	Multilatérales		Autres sources internat'les
							Agences des Nations Unies	Fonds Mondial	
Catégories des dépenses liées au SIDA									
3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV) (sous-total)		8,871,521.75	-	8,871,521.75	7,539,070.00	-	1,081,356.67	251,095.09	
3.01 Education des OEV		-	-	-	-	-	-	-	
3.02 Soins de santé de base destinés aux OEV		146,471.84	-	146,471.84	-	-	-	146,471.84	
3.03 Appui à la famille/à domicile aux OEV		-	-	-	-	-	-	-	
3.04 Appui communautaire aux OEV		104,623.25	-	104,623.25	-	-	-	104,623.25	
3.05 Services sociaux et coûts administratifs liés aux OEV		-	-	-	-	-	-	-	
3.06 Soins institutionnels destinés aux OEV		-	-	-	-	-	-	-	
3.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité		8,620,426.67	-	8,620,426.67	7,539,070.00	-	1,081,356.67	-	
3.99 Services destinés aux OEV, non classifiés ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-	
4. Gestion et administration de programmes (sous-total)		15,511,019.22	-	15,511,019.22	10,676,015.00	201,128.50	4,633,875.72	-	
4.01 Planification, coordination et gestion de programmes		9,274,433.22	-	9,274,433.22	4,560,447.00	80,110.50	4,633,875.72	-	
4.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds		167,109.00	-	167,109.00	155,347.00	11,762.00	-	-	
4.03 Suivi et évaluation		3,555,345.00	-	3,555,345.00	3,547,782.00	7,563.00	-	-	
4.04 Recherche opérationnelle		29,400.00	-	29,400.00	-	29,400.00	-	-	
4.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)		61,195.00	-	61,195.00	61,195.00	-	-	-	
4.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH		67,293.00	-	67,293.00	-	67,293.00	-	-	
4.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments		870,000.00	-	870,000.00	870,000.00	-	-	-	
4.08 Technologies de l'information		640,000.00	-	640,000.00	640,000.00	-	-	-	
4.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients		-	-	-	-	-	-	-	
4.10 Amélioration et construction d'infrastructures		161,244.00	-	161,244.00	161,244.00	-	-	-	
4.11 Test VIH obligatoire (ne relevant pas du CTV)		-	-	-	-	-	-	-	
4.98 Gestion et administration de programmes, données non ventilées		5,000.00	-	5,000.00	-	5,000.00	-	-	
4.99 Gestion et administration de programmes, données non ventilées		680,000.00	-	680,000.00	680,000.00	-	-	-	
5. Ressources humaines (sous-total)		2,736,584.38	236,584.38	2,500,000.00	2,500,000.00	-	-	-	
5.01 Incitations financières liées aux ressources humaines		236,584.38	236,584.38	-	-	-	-	-	
5.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels		-	-	-	-	-	-	-	
5.03 Formation		2,500,000.00	-	2,500,000.00	2,500,000.00	-	-	-	
5.98 Ressources humaines, données non ventilées par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-	
5.99 Ressources humaines, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-	
6. Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables (sous-total)		2,669,832.73	-	2,669,832.73	75,000.00	1,403.24	2,593,429.49	-	
6.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers		-	-	-	-	-	-	-	
6.02 Protection sociale sous forme d'avantages en nature		-	-	-	-	-	-	-	
6.03 Protection sociale sous forme de services sociaux		-	-	-	-	-	-	-	
6.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le sida		-	-	-	-	-	-	-	
6.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés		2,668,429.49	-	2,668,429.49	75,000.00	-	2,593,429.49	-	
6.99 Services de protection sociale et services sociaux, non classifiés		1,403.24	-	1,403.24	-	1,403.24	-	-	
7. Environnement propice et développement communautaire (sous-total)		291,717.50	-	291,717.50	200,000.00	91,717.50	-	-	
7.01 Sensibilisation		-	-	-	-	-	-	-	
7.02 Programmes de protection des droits de l'homme		-	-	-	-	-	-	-	
7.03 Renforcement institutionnel spécifique à la lutte contre le sida		14,877.50	-	14,877.50	-	14,877.50	-	-	
7.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida focalisés sur les		54,793.00	-	54,793.00	-	54,793.00	-	-	
7.05 Programmes de réduction des violences sexistes		-	-	-	-	-	-	-	
7.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable,		200,000.00	-	200,000.00	200,000.00	-	-	-	
7.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable,		22,047.00	-	22,047.00	-	22,047.00	-	-	
8. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle) (sous-total)		-	-	-	-	-	-	-	
8.01 Recherche biomédicale		-	-	-	-	-	-	-	
8.02 Recherche clinique		-	-	-	-	-	-	-	
8.03 Recherche épidémiologique		-	-	-	-	-	-	-	
8.04 Recherche en sciences sociales		-	-	-	-	-	-	-	
8.05 Recherche sur les vaccins		-	-	-	-	-	-	-	
8.98 Activités de recherche liées au VIH, non ventilées par type d'activité		-	-	-	-	-	-	-	
8.99 Activités de recherche liées au VIH, non classifiées ailleurs (n.c.a.)		-	-	-	-	-	-	-	

Annexe 3.- Compte Rendu de la réunion de Validation du Rapport UNGASS 2010

Lieu : Local PNLS ,41 rue Borno, PV

Date : 21 Avril 2010

Heure prévue : 10hres

Participants : Voir liste ci incluse

La réunion débuta autour de 10hres 45 avec les propos de bienvenue du Directeur Général du MSPP, Dr Gabriel Thimothé. Il parla de l'importance et de la signification du rapport UNGASS. Voici l'essentiel de ses propos :

Le rapport UNGASS est une exigence nationale, le pays doit soumettre au secrétariat des Nations Unies via ONUSIDA-Genève chaque deux ans un rapport sur l'état d'avancement des résolutions prises en juin 2001 (**déclaration d'engagement**) au cours de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA tenue à New York. C'est une appréciation, une évaluation de la riposte nationale au SIDA. Tous les acteurs nationaux, les différentes parties prenantes de la lutte contre le SIDA sont invités à dire leur mot sur la problématique. Le SIDA qui constitue un problème de société est pris en compte dans « Objectifs de Développement du Millénaire ».

Le rapport doit refléter la situation actuelle du SIDA dans le pays. En dépit du retard lié aux conséquences du séisme du 12 janvier pour la soumission intégrale au 31 mars 2010, le pays va instamment transmettre le rapport au complet.

Le Dr Thimothé a aussi souligné qu'il y a beaucoup de défis à relever pour la poursuite de la lutte contre cette pandémie du VIH-SIDA dans le pays et entre autres, il a cité **l'absence d'un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)**. Il souhaite la validation et l'appropriation du rapport par les divers partenaires, en vue d'avancer vers des résultats plus significatifs. Il ne faut pas oublier que la lutte contre le SIDA en Haïti bien qu'elle soit à date un « success story » est menacé depuis le séisme du 12 Janvier 2010. Il y a nécessité de regroupement des différents secteurs concernés dans la bataille contre le SIDA.

Après le Dr Thimothé, Le Dr. Edieu Louissaint présenta de manière succincte les outils méthodologiques utilisés pour mener l'enquête, spécialement ceux concernant l'indicateur I (flux de dépenses) et l'indicateur II (Indice composite des Politiques Nationales, ICPN). Ces deux indicateurs concernent les engagements nationaux.

Le Dr. Brunel Delonay présenta peu après le rapport narratif ou rapport de situation nationale. Il s'agit ici du quatrième rapport UNGASS à produire par le pays, le processus d'élaboration de ce dernier a donc été interrompu par le séisme.

Les principaux résultats de 2007 à 2009 peuvent se résumer ainsi:

- Haïti peut être considérée comme un pays avec une épidémie de type généralisé.
- Une tendance à la baisse de la courbe de progression du VIH-SIDA, si on se réfère aux résultats de la dernière enquête de séro prévalence chez les femmes enceintes
- Une augmentation de l'offre institutionnelle de l'offre des services ARV, PTME et CDV quoiqu'il y ait une concentration de sites dans certaines zones urbaines comme Port-au-Prince.
- Une satisfaction de l'ordre de 68% des besoins en traitement de SIDA en décembre 2009.

Après la présentation du Dr Delonay il y a eu un débat sur les obstacles à la riposte nationale au VIH/SIDA. Les obstacles suivants ont été identifiés :

- Leadership politique inconstant
- Absence de la Commission nationale de lutte contre le Sida
- Limitations du PNLS
- Faiblesse du système d'information
- Mobilisation sociale insuffisante
- Manque d'implication des Ministères clés
- Parcellisation / non intégration des soins et services.

Dr Joëlle Deas, Coordonnatrice du PNLS modérait les discussions, elles ont été parfois assez vives.

Divers points ont été soulevés et discutés, à savoir :

- la tendance à la baisse de la courbe épidémique et le manque de donnée récente sur la prévalence du VIH à l'échelle nationale.
- le problème de l'inconstance du leadership politique dans la lutte contre le SIDA tel que manifesté par l'implication variable des différents gouvernements successifs ;
- l'inexistence de Politique formelle, écrite sur la lutte contre le SIDA dans le pays.
- La nécessité du partage de l'information, de fora d'échanges compte tenu d'un déficit de communication
- La nécessité de plans sectoriels (d'autres ministères) concernant la lutte contre le SIDA

- Le fait que le secteur privé de la santé n'est pas impliqué dans la lutte contre le SIDA
- le caractère fragmenté du système d'information ;
- le rôle limité du MCFDF, celui-ci n'offrant pas directement des services (de par sa mission le MCFDF jouerait un rôle plus positif auprès de la CNLS) ;
- le MAST, le MJSAC et le MCDF ont déjà une ébauche de plan de travail, plans qui seraient « soumis » à l'USAID à la recherche de soutien financier ;
- le MAST est ouvert pour travailler avec d'autres secteurs ;

De ces différents points débattus, deux ont occupé la plus grande partie du temps, ce sont la « **Mise en place d'une CNLS et l'implication du gouvernement dans la lutte** ». Il a été décidé au cours de cette rencontre que ce compte rendu serait partagé avec les dirigeants publics en vue de suivre ces deux points.

Par la suite Mme Kate Spring a présenté l'aspect financier. Les dépenses globales pour la lutte contre le SIDA en Haïti ont doublé de 2007 à 2008 pour se stabiliser ensuite en 2009. Les dépenses du Fonds Mondial sont passées de 12.5% des dépenses totales en 2008 à 18.75% en 2009

A noter qu'il n'a pas été possible de disposer d'information sur les dépenses des ménages et de celles du secteur privé. A noter aussi que les chiffres présentés pour 2009 constituent les décaissements et pas les dépenses réelles. Mme Kate Spring a commenté certains tableaux statistiques de l'indice 1 (Dépenses) qui selon elle méritent d'être approfondis.

Finalement le Dr Edieu Louissaint a présenté brièvement le rapport sur l'Indicateur 2 en utilisant les fichiers électroniques disponibles sur le site ONUSIDA, fichiers qui ont été remplis au préalable par l'équipe du PNLIS avec le support d'experts externes. L'objectif de valider le contenu de ce rapport n'a pas pu être atteint vu le laps de temps très court qui restait. Il a été demandé à tous les participants de visiter le site et de faire parvenir leurs commentaires à l'UCC avant le 24 avril.

La partie statistique intégrale du rapport est disponible sur: <http://ungass2010.unaids.org>
Username: cv_HT et Password: HTsg903G.

Liste des participants à la rencontre du 21 mars 2010

Les institutions suivantes ont participé à cette rencontre:

Du côté du secteur public : le Ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle ; le Ministère des Affaires Sociales et du Travail ; le Ministère à la Condition Féminine et aux droits de la Femme; le Ministère à la Jeunesse, au Sport et à l'Action Civique; le Ministère de la Santé Publique et de la Population ; l'Université d'État d'Haïti ;

Du côté de la société civile et des organismes internationaux : la Plateforme Haïtienne des Associations de PVVIH (PHAP+) ; FOSREF ; IHE ; GHESKIO ; la Croix Rouge Haïtienne; APROSIFA ; ASON ; CARE/Haïti ; CECOSIDA ; JILAP ; l'Initiative de la Société civile ; POZ ; le secteur religieux – Catholique ; le secteur religieux – Protestant ; le secteur religieux – vodouisant ; SOFA ; UNDH ; FHI ; Indépendant ; la Coopération Canadienne ; la Coopération Française ; la Coopération Américaine/USAID

Pour le Système des Nations Unies : ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM