

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)**  
**PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA)**

**RAPPORT UNGASS**

*(Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies)*

**HAÏTI, 2005**

*Préparé par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE)*  
**Janvier 2006**

## **Avant propos**

Le présent rapport est présenté en vue de répondre à l'engagement pris par le Gouvernement haïtien à l'occasion de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la lutte contre le SIDA en 2000.

## Remerciements

L'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) remercie le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), l'ONUSIDA et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour lui avoir confié la rédaction du Rapport UNGASS.

Ses remerciements s'adressent également aux partenaires du « Cluster » Monitoring/Evaluation pour l'appui fourni au moment de la collecte des données.

Ils vont aussi aux partenaires qui ont facilité ce travail en acceptant de lui fournir des données nécessaires à la rédaction du rapport.

Ses remerciements s'étendent finalement aux collègues de l'IHE qui ont participé à la collecte des données.

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

<b>ARV</b>	<b>: Anti-rétroviral</b>
<b>ASON</b>	<b>: Association de Solidarité Nationale avec les personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA</b>
<b>AZT</b>	<b>: Zidovudine (Azidothymidine)</b>
<b>CARLI</b>	<b>: Comité des Avocats pour le Respect des Libertés Individuelles</b>
<b>CCC</b>	<b>: Communication pour le Changement de Comportement</b>
<b>CCM</b>	<b>: Mécanismes de Coordination pays</b>
<b>CDC</b>	<b>: Centers for Disease Control and Prevention</b>
<b>CDV</b>	<b>: Centre de Dépistage Volontaire</b>
<b>CECOSIDA</b>	<b>: Centre de Communication sur le SIDA</b>
<b>CERA</b>	<b>: Centre d'Évaluation et de Recherche Appliquée</b>
<b>CPFO</b>	<b>: Centre de Promotion des Femmes Ouvrières</b>
<b>CRS</b>	<b>: Catholic Relief Services (Secours catholique)</b>
<b>EMMUS</b>	<b>: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services</b>
<b>ESC</b>	<b>: Enquête de Surveillance Comportementale</b>
<b>FEBS</b>	<b>: Fondation Esther Boucicault Stanislas</b>
<b>FHI</b>	<b>: Family Health International</b>
<b>FOSREF</b>	<b>: Fondation pour la Santé Reproductive et l'Éducation Familiale</b>
<b>GHESKIO</b>	<b>: Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes</b>
<b>GIPA</b>	<b>: Greater Involvement of People living with or affected by AIDS (Participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA)</b>
<b>GRASADIS</b>	<b>: Groupe de Recherches et d'Action Anti-SIDA et Anti-Discrimination Sexuelle</b>
<b>IBESR</b>	<b>: Institut du Bien-Être Social et de Recherches</b>
<b>IEC</b>	<b>: Information, Education, Communication</b>
<b>IHE</b>	<b>: Institut Haïtien de l'Enfance</b>
<b>IHSI</b>	<b>: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique</b>
<b>INH</b>	<b>: Isoniazide</b>
<b>IST</b>	<b>: Infections Sexuellement Transmissibles</b>
<b>I-TECH</b>	<b>: International Training and Education Center on HIV</b>
<b>JSI</b>	<b>: John Snow International</b>
<b>MARCH</b>	<b>: Management and Resources pour les Communautés Haïtiennes</b>

<b>MCFDF</b>	<b>: Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme</b>
<b>MEASURE/</b>	<b>: Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Evaluation</b>
<b>MENJS</b>	<b>: Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports</b>
<b>MESI</b>	<b>: Monitoring Evaluation and Surveillance Interface</b>
<b>MHDR</b>	<b>: Mouvement Haïtien pour le Développement Rural (Jacmel, Sud-Est du pays)</b>
<b>MSPP</b>	<b>: Ministère de la Santé Publique et de la Population</b>
<b>OMS</b>	<b>: Organisation Mondiale de la Santé</b>
<b>ONG</b>	<b>: Organisation Non Gouvernementale</b>
<b>ONUSIDA</b>	<b>: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA</b>
<b>OPS</b>	<b>: Organisation Panaméricaine de la Santé</b>
<b>OVC</b>	<b>: Orphan and Vulnerable Children (Enfants Orphelins du SIDA et autres Enfants Vulnérables)</b>
<b>PEPFAR</b>	<b>: President Emergency Plan for AIDS Relief</b>
<b>PHAP</b>	<b>: Plate-forme Haïtienne des Associations des PVVIH</b>
<b>PIH</b>	<b>: Partners in Health</b>
<b>POZ</b>	<b>: Promoteurs Objectif ZéroSIDA</b>
<b>PSI</b>	<b>: Programme Santé Information</b>
<b>PSNE</b>	<b>: Plan Sectoriel National de l'Éducation</b>
<b>PTME</b>	<b>: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant</b>
<b>PVVIH</b>	<b>: Personne vivant avec le VIH</b>
<b>REHPIVIH</b>	<b>: Réseau Haïtien des Personnes vivant avec le VIH</b>
<b>REVIH</b>	<b>: Réseau des Personnes vivant avec le VIH</b>
<b>RNDDH</b>	<b>: Réseau National de Défense des Droits Humains</b>
<b>SIDA</b>	<b>: Syndrome d'Immunodéficience Acquise</b>
<b>TME</b>	<b>: Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant</b>
<b>UCC</b>	<b>: Unité de Contrôle et de Coordination du Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA</b>
<b>UNGASS</b>	<b>: Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies</b>
<b>UNICEF</b>	<b>: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance</b>
<b>USAID</b>	<b>: Agence des Nations Unies pour le Développement International</b>
<b>VDH</b>	<b>: Volontariat pour le Développement d'Haïti</b>
<b>VIH</b>	<b>: Virus de l'Immunodéficience Humaine</b>

# INTRODUCTION

La République d'Haïti partage avec la République Dominicaine l'île d'Haïti située dans la Mer des Antilles. Elle occupe avec une superficie de 27,500 kilomètres carrés, la partie orientale de l'île. La population de la République d'Haïti était en 2003 de 7.929,048 habitants et constituée de 46% de jeunes âgés de moins de 17 ans, selon les résultats du dernier recensement effectué par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). En 2005, elle est estimée à 8.196,686.

Sur le plan de la santé, les IST et le VIH/SIDA constituent des problèmes majeurs de santé publique et Haïti se trouve parmi les pays où l'épidémie de SIDA est de type généralisé. Pour l'année 2005, on estime à 271, 582 le nombre de personnes vivant avec le VIH dont 11, 634 enfants et à 32,511 le nombre de décès annuels dus à cette maladie. La principale voie de transmission du VIH demeure la voie sexuelle particulièrement hétérosexuelle suivie de celle de la mère à l'enfant. L'on assiste à une féminisation de l'épidémie ; le ratio homme/femme est passé de 6 : 1 en 1988 à 1 : 1 depuis 2002 environ.

Les interventions multisectorielles entreprises suite au partenariat public/privé et le fort taux de létalité parmi les personnes vivant avec le SIDA<sup>1</sup> ont conduit à une certaine stabilisation de l'épidémie (*voire une inflexion de la courbe de prévalence*). En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 5.96% en 1996 à 3.44% en 2004.

Toutefois, la situation reste encore préoccupante en dépit de ce résultat positif, eu égard à l'ampleur de certains facteurs déterminants entre autres:

- la promiscuité sexuelle (*l'infidélité du partenaire rapportée par 66% des femmes, la non utilisation du condom et la multiplicité des partenaires : 42.4% et 42.5% des hommes respectivement, constituent les principales raisons évoquées par les enquêtés qui pensent avoir un niveau de risque modéré ou élevé de contracter le VIH*)<sup>2</sup>
- la discrimination et la stigmatisation (*50.4% des femmes ne seraient pas prêtes à s'occuper chez elles d'une PVVIH et 67.9% affirment que cette personne ne devrait pas continuer à travailler avec d'autres personnes ; ces pourcentages sont de 45.2 et 62.5 chez les hommes*)<sup>3</sup>
- les violences faites à l'encontre des filles et des femmes soit par leur partenaire, des proches, des inconnus ou des membres de la famille

---

<sup>1</sup> La thérapie anti-rétrovirale n'a été introduite que récemment (3-4 ans) et ne touche qu'une faible fraction des personnes nécessitant un traitement

<sup>2</sup> Source : EMMUS III

<sup>3</sup> Source : EMMUS II

- Le machisme couplé au faible pouvoir de décision des femmes en matière sexuelle
- le manque d'autonomie financière des femmes
- la faible utilisation du condom (5.6% et 14% de femmes et d'hommes auraient utilisé le préservatif au cours des derniers rapports quel que soit le partenaire)
- la prévalence élevée des IST.

En ce qui a trait à l'éducation, une amélioration du niveau d'instruction a été notée ; le taux d'alphabétisme est passé de 36% au recensement de 1982 à 63% en 2000. Cependant, l'écart entre les genres n'est pas encore réduit de manière satisfaisante puisque le taux d'alphabétisme est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (66.6% Vs 56.7%).

Du point de vue économique, une dégradation du pouvoir d'achat est observée depuis de nombreuses années ce qui contribue à l'accroissement de la pauvreté de la population et de la vulnérabilité des filles en matière sexuelle. « Environ 2/3 de la population vit très en dessous du seuil de la pauvreté, la pauvreté monétaire s'aggrave et la pauvreté humaine demeure une préoccupation de premier plan »<sup>1</sup>. Au début des années 80, il fallait cinq (5) gourdes pour un dollar américain ; actuellement le dollar est coté à 43,50 gourdes.

Sur le plan socio politique, la situation reste encore préoccupante en dépit des interventions effectuées pour juguler la violence et on a assisté à une recrudescence des violences sexuelles faites aux femmes et à l'émergence du viol collectif. Ce qui augmente le risque d'exposition des femmes aux IST et au VIH/SIDA. Le nombre de cas de viols déclaré est passé de 362 en 2004 à 722 en 2005, et 33% des cas de viols reçus sont des viols collectifs, d'après le rapport publié par trois (3) institutions de prise en charge de personnes victimes de violence<sup>2</sup>. Selon un expert indépendant des droits de l'homme des Nations Unies « 85% des violations des droits humains concernent des femmes dont 47% d'agressions sexuelles exercées sur des mineurs »<sup>3</sup>.

Pour faire face au fléau du VIH/SIDA, Haïti, à l'instar d'autres pays, a mis en place un programme de prévention et de contrôle des IST et du VIH/SIDA avec l'appui de divers partenaires depuis près de deux décennies. La disponibilité de ressources à travers le Fonds Mondial et l'Initiative du Président BUSH a constitué et constitue une réelle opportunité pour l'intensification de la riposte à l'épidémie.

---

<sup>1</sup> République d'Haïti, Système des Nations Unies en Haïti : Haïti, Bilan Commun de Pays, octobre 2000. La grave crise socio politique qui sévit dans le pays depuis n'a fait qu'empirer la situation socio économique.

<sup>2</sup> Nouvelliste du 30 novembre 2005, # 37283 rapportant les propos du Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme à l'occasion de la Journée Internationale contre la violence faite aux femmes

<sup>3</sup> Nouvelliste du 29 novembre 2005, # 37282

## RESULTATS

### Actions et engagements internationaux

<b>Dépenses</b>	
<b>Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenus</b>	----

<b>Élaboration des politiques et situation de la mise en oeuvre</b>
<b>Indice composite des politiques nationales</b> <b>Domaines couverts : prévention, soins et appui, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation</b> <b>Groupes cibles : personnes vivant avec le VIH et le SIDA, femmes, jeunes, enfants rendus orphelins et populations les plus à risque</b>

Pour l'indice composite, le formulaire fourni par UNGASS a été utilisé. Il est composé de deux (2) parties :

- la première devant être remplie par les représentants des responsables publics (*Conseil National de lutte contre le SIDA ou organe apparenté*)
- la deuxième devant être administrée par les représentants de partenaires du gouvernement.

### PLAN STRATEGIQUE

Dès l'apparition de l'infection, les décideurs et un groupe de scientifiques se sont mobilisés en vue de conduire des réflexions pouvant permettre de comprendre la dynamique de l'infection et aussi pour mettre en place des structures aptes à y répondre de manière efficace et opportune.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) créa deux (2) Commissions techniques en 1983 et 1985 respectivement. En 1987, la première Commission Nationale de Lutte contre le SIDA vit le jour. Au cours de la période 1987-1991, fut constitué également un Conseil Interministériel de Lutte contre le SIDA. Le MSPP procéda à l'ouverture du Bureau de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA. Un Programme National de Lutte contre le SIDA à moyen terme fut également élaboré.

Les troubles sociopolitiques s'étendant de 1991 à 1994, occasionnèrent un ralentissement des activités.

A la fin de 1994, le MSPP organisa un forum avec pour objectifs, entre autres, la formulation de recommandations pour l'élaboration d'un second Plan à moyen terme.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1996, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) en collaboration avec des partenaires élaborera un Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA couvrant la période 1996-2000. Cependant, il n'a pas pu répondre aux défis entourant cette problématique en raison, entre autres, de sa vision limitée au secteur de la santé, de sa non appropriation par les différents intervenants, des contraintes d'ordre organisationnel, financier et du manque de coordination des interventions.

En 2002, un second Plan Stratégique National de lutte et de contrôle des IST et du VIH/SIDA pour la période 2002-2006, vit le jour. Différents secteurs tels les Ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports (MENJS), des Affaires Sociales, de la Condition Féminine et aux Droits des femmes (MCFDF), de la Justice, des organisations non gouvernementales et internationales, d'autres groupes constitués ont été impliqués dans son élaboration. Le plan est articulé autour de trois (3) objectifs stratégiques :

- diminuer le risque d'infection aux IST et au VIH pour ralentir l'épidémie
- réduire la vulnérabilité
- diminuer l'impact de l'épidémie

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA a été validé au cours d'un atelier de travail regroupant divers secteurs d'interventions avec, dans une moindre mesure, la participation de la Société Civile.

Le plan couvre les aspects préventif et curatif ; les interventions proposées s'adressent à l'ensemble de la population avec emphase sur les femmes en âge de procréer particulièrement les femmes enceintes et enfants infectés, les jeunes des deux (2) sexes, les enfants orphelins et autres enfants vulnérables, les travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations avec des hommes ainsi que le personnel de santé et les milieux du travail. Il est à remarquer qu'au moment de la rédaction de ce plan, les médicaments ARV n'étaient pas disponibles à grande échelle vu leur coût exorbitant à l'époque ; de ce fait, la prise en charge médicale incluant le traitement ARV n'avait pas été prise en compte suffisamment. Le traitement curatif dans ce plan ne mettait l'ampleur que sur les infections opportunistes.

Des plans opérationnels départementaux ont été élaborés incluant un budget détaillé avec indications sur les potentielles sources de financement. Le MENJS et le MCFDF disposent de leur plan stratégique mais leur application n'est pas pleinement effective.

A noter que dans la pratique le plan stratégique national n'a été que partiellement mis en opération. Certains éléments ont été priorisés à la faveur du projet Fond Mondial et du projet PEPFAR.

### **APPUI POLITIQUE**

La question du VIH/SIDA est débattue publiquement par le chef et des représentants du Gouvernement. Certains représentants participent à des fora/colloques sur le SIDA tant aux niveaux national qu'international. Certains programmes de développement national et le cadre d'Aide au développement des Nations Unies intègrent la question du VIH/SIDA. Ces derniers couvrent les aspects relatifs à la prévention du VIH, aux soins et appui, à l'atténuation de l'impact du VIH et du SIDA et à la réduction des inégalités liées au sexe.

Toutefois, il n'existe pas un organe national de coordination légal. Le CCM, un comité mis en place pour coordonner le financement du Fonds Mondial, joue actuellement le rôle d'organe national. Il encourage une interaction entre les différents acteurs (*gouvernement, personnes vivant avec le VIH, secteur privé et la société civile*) pour la mise en œuvre de stratégies/programmes de riposte à l'épidémie. Il dispose d'un plan d'actions et d'un secrétariat fonctionnel.

La majorité des personnes interrogées ont fait remarquer que l'engagement politique n'est pas encore affirmé.

### **PREVENTION**

Un Comité d'appui à la promotion de l'information dans le domaine du VIH/SIDA, le « Cluster CCC », a été mis sur pied pour une meilleure coordination des activités relatives à l'IEC. Il regroupe différents partenaires ayant une expertise dans le domaine.

Un organe médiatique, le Centre de Communication sur le SIDA (CECOSIDA), organise, dans le cadre de partenariat, des fora, sessions de formation et d'information périodiques sur le SIDA.

Des spots orientés vers l'offre des services, les changements de comportement, les négociations des relations sexuelles, la promotion de l'utilisation du préservatif, sont diffusés quotidiennement à la radio et à la télévision et ce plusieurs fois par jour. Du matériel éducatif sous forme de panneaux, journaux, vidéos, pamphlets, affiches, livrets, maillots, gadgets est reproduit ou élaboré pour distribution. Des scénettes sont conçues et représentées dans le cadre de la sensibilisation et de la motivation du public et des jeunes en particulier. Des séances d'information sont effectuées lors des fêtes patronales, la

commémoration de journées mondiales du SIDA, de la jeunesse, des femmes etc.. Des championnats de football sont organisés à l'intention des jeunes.

Depuis plusieurs années, une permanence téléphonique est assurée à travers le téléphone bleu, qui a une couverture nationale, pour l'appui psychosocial et des conseils.

Une organisation non gouvernementale de confession religieuse protestante a mis également à la disposition du public et des jeunes en particulier une ligne téléphonique dans le même objectif.

Le MSPP et ses partenaires organisent chaque année des activités pour commémorer le Memorial International SIDA à la chandelle.

Le MENJS co-anime une émission télévisée à travers un media d'état dénommée « Kite jenn yo pale » (*Donnez la parole aux jeunes*).

Certaines institutions ont développé des programmes d'IEC spécifiques s'adressant aux jeunes, aux travailleuses de sexe et aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Il existe des maisons de jeunes, des clubs de jeunes où sont développées des activités spécifiques de prévention contre les IST et le VIH/SIDA.

Le Programme Santé Information (PSI) s'occupe depuis plusieurs années du marketing social du préservatif tant masculin que féminin.

Pour les migrants transfrontaliers, un projet binational (*République d'Haïti/République Dominicaine*) a été conçu au niveau du département du Nord-Est.

Des dispositions ont été prises pour la sécurité transfusionnelle et des injections sans risque ainsi que pour la gestion des déchets particulièrement des déchets bio médicaux : rôle d'organe principal responsable de la gestion des activités de transfusion dévolu à La Croix Rouge Haïtienne par le MSPP, implantation du Programme National de Sécurité Transfusionnelle, Projet de Sécurité des Injections, formation du personnel, installation de matériel et d'équipements, supervision etc...

Le dépistage de la syphilis a toujours été l'un des éléments du paquet offert en consultations prénatales dans le cadre du programme de la Santé Reproductive. Le programme de PTME commencé en 1999 a été renforcé. Il est délivré actuellement dans 72 institutions de santé.

Toutes les personnes rencontrées tant du secteur privé que public s'accordent pour dire que les efforts relatifs à la mise en place des programmes de prévention du VIH se sont accrus au cours de l'année 2005 du fait d'une plus grande disponibilité de ressources à travers le Fonds Mondial et PEPFAR.

## SOINS ET APPUI

Depuis 1996, avec le Plan Stratégique 1996-2000, le MSPP avait déjà mis l'accent sur le volet de prise en charge intégrale des personnes infectées et affectées. Avec les possibilités qui se sont offertes (*meilleur accès aux médicaments, accroissement de l'intérêt des agences de financement à la prise en charge thérapeutique, mouvement de solidarité internationale en faveur des pays à ressources limitées*), le MSPP a pu renforcer sa capacité de prise en charge institutionnelle et y a intégré l'aspect communautaire avec le souci d'harmoniser les différentes interventions. Deux (2) Manuels de Normes ont été élaborés et disséminés dont l'un de Prise en charge Clinique et Thérapeutique (2004) et l'autre de Prise en Charge Communautaire (2005), des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Le programme de soins couvre essentiellement les activités de dépistage du VIH, du traitement des infections opportunistes, des IST et aux anti-rétroviraux, la prophylaxie par cotrimoxazole et INH.

Un renforcement de ces activités notamment en ce qui a trait au traitement anti-rétroviral a été effectué en 2005 grâce à l'augmentation du portefeuille de l'Etat et de certaines ONG à travers le Fonds Mondial et PEPFAR. L'accès est encore faible, la couverture nationale très limitée. Pour certains, les critères d'éligibilité sont trop restrictifs ; il faudra les questionner et éventuellement les réviser.

De l'avis de plus d'un, l'appui psychosocial aux personnes infectées et affectées se fait timidement.

Les soins nutritionnels ne sont pas généralisés ; ils demeurent des initiatives de certaines ONG et agences internationales.

La prophylaxie post exposition qui au début se pratiquait au niveau des deux (2) principaux sites de dépistage et de traitement (Centres GHESKIO et PIH), s'est étendue en 2005 à d'autres centres situés tant dans l'aire métropolitaine que dans certaines des grandes villes de province ; l'aire métropolitaine est mieux pourvue.

Cependant, certains estiment que les avancées restent insuffisantes.

La prise en charge à domicile n'est pas encore bien organisée. Selon les interviewés, il n'y a pas eu de progrès patent relatif à ce volet.

Le soutien aux enfants orphelins et autres enfants vulnérables se fait à travers des activités spécifiques à un petit nombre d'organisations nationales/internationales et de la famille élargie. Les organisations prennent en compte le paiement des frais de scolarisation et mettent en place des programmes communautaires visant la réinsertion dans la famille d'origine, la formation socio

professionnelle, un support économique aux familles par des activités génératrices de revenu, la formation de leaders communautaires, la sensibilisation des femmes par des femmes VIH+, l'accompagnement médical etc.

## **DROITS HUMAINS**

Le pays n'a pas encore de lois et de réglementations protégeant de la discrimination les PV-VIH. Cependant, le pays a adhéré à la Convention relative aux droits de l'enfant et dispose d'un Code de protection des enfants. Aucune loi ou réglementation n'impose au personnel de santé de fournir des soins aux personnes infectées et affectées et la loi mère en son article 19 stipule que « *l'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le Droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme* ».

La stratégie de riposte au VIH et au SIDA prévoit de faire la promotion de la protection des droits de la personne infectée et affectée. Tous les interviewés s'accordent pour affirmer que le gouvernement n'octroie ni appui politique ni appui financier pour favoriser la participation des populations vulnérables à la conception de politiques publiques en rapport avec le VIH et à la mise en œuvre des programmes.

La politique de santé se base sur les principes d'égalité et d'équité garantis par la Constitution. Les femmes et les enfants bénéficient davantage des soins en Haïti que les hommes. Et l'implantation de la politique n'est pas effective.

Aucune politique n'interdit le dépistage du VIH en ce qui a trait à l'emploi.

Sur le plan de la recherche, un Comité de Bio - Ethique et de Protection des personnes a été, par décision ministérielle, constitué en 1999. Il existe un Comité des Droits Humains au niveau des Centres GHESKIO, un Institut de formation, de dépistage, de traitement et de recherche qui vit le jour en 1984. Ces Comités comprennent des représentants de la Société Civile mais pas de PVVIH affirmés. Dans le cadre des essais vaccinaux anti-VIH en Haïti, un représentant désigné par le MSPP siège au comité technique, scientifique international de supervision, le « Data Safety Monitoring Board ». Un Comité Communautaire Consultatif a été créé par les Centres GHESKIO pour informer la communauté sur le SIDA et les essais vaccinaux auxquels Haïti participe depuis 2001 (projet mené aux centres GHESKIO).

S'agissant du système judiciaire, les rares activités sont le fait d'initiatives privées telles la PHAP (*Plate- forme des PVVIH regroupant plusieurs Associations : ASON, GIPA, REHPIVI, FEBS, MHDR et GRASADIS*), le CARLI et le RNDDH ; et la

couverture nationale reste très limitée. Au dire de certains interviewés, Le CARLI s'est impliqué pour la révision des textes de loi et le RNDDH pour la protection des droits des PVVIH et des prisonniers.

Quelques hommes de loi ont été sensibilisés dans le cadre de la célébration de la journée des Droits de l'Homme.

La collecte d'informations, les programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux PVVIH sur les questions relatives à leurs droits s'effectuent surtout à travers la PHAP.

Concernant l'atténuation des effets de la stigmatisation et de la discrimination, le MSPP a validé un document pour la sensibilisation de la société en ce sens. Certaines ONG ont des programmes conçus à cet effet.

Les efforts visant à la conception et à l'application de lois/règlementations non discriminatoires à l'endroit des personnes infectées et affectées ne sont pas considérables. Pour certains, les droits fondamentaux de la personne doivent être envisagés sans tenir compte du statut sérologique.

### **PARTICIPATION DE LA SOCIETE CIVILE**

La société civile a manifesté sa volonté de contribuer à la lutte contre le SIDA. Mais sa participation au processus de planification et d'implantation de la riposte à l'épidémie reste encore faible de l'avis de plus d'un en dépit du fait qu'on a assisté à une meilleure implication au cours de l'année 2005.

### **SUIVI ET EVALUATION**

Le pays ne dispose pas d'un plan national de suivi et d'évaluation. Un cadre national de Suivi/Evaluation est en cours d'élaboration. Les éléments suivants sont pris en compte :

- stratégie de collecte et d'analyse des données,
- stratégie d'évaluation de la qualité et de l'exactitude des données,
- stratégie de diffusion et d'utilisation des données
- et un ensemble défini d'indicateurs pour la gestion du programme.

Parallèlement, le processus d'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique qui devait alimenter le cadre, est en cours.

Une Unité de suivi et d'évaluation existe et est basée au MSPP. Elle connaît certaines difficultés à cause des ressources limitées dont elle dispose. Un administrateur travaillant à plein temps a été désigné.

Un groupe de travail dénommé « Cluster Suivi/Evaluation », chargé de la coordination des activités a été constitué. Il est composé de différents intervenants évoluant dans le domaine et a été constitué en 2004. Mais, il n'arrive pas encore à jouer pleinement son rôle. Sa dernière réunion remonte au 23 novembre 2005. Il inclut les représentants des deux (2) plus grands bailleurs en matière de VIH/SIDA, le Fonds Mondial et le PEPFAR. Ces deux (2) derniers gèrent chacun sa base de données. Des négociations sont en cours en vue d'arriver à une meilleure harmonisation des outils. La société civile et les PVVIH ne sont pas représentés.

Une ONG nationale, l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), a la responsabilité du monitoring des données à travers un contrat passé avec les CDC dans le cadre du projet PEPFAR. Elle procède à la validation et dans une certaine mesure à l'analyse des données. Elle travaille en partenariat avec le MSPP et collabore avec d'autres institutions qui y sont impliquées.

Les indicateurs relatifs aux activités de dépistage volontaire et du programme TME ont été finalisés en ateliers de travail, les outils de collecte et de transmission élaborés et distribués ; le personnel formé à leur utilisation et encadré.

En 2004, des sessions de formation en matière de suivi et d'évaluation ont été organisées aux niveaux national et régional à l'intention du personnel du MSPP et d'autres institutions partenaires, concerné.

Un dossier médical développé par un autre intervenant (I-TECH) est utilisé et a fait l'objet d'une évaluation. Les corrections nécessaires ont été apportées, les résultats et les perspectives ont été discutés lors d'un atelier de travail.

Une base de données électroniques, MESI, a été développée par SOLUTION -une firme privée d'ingénierie informatique- avec l'appui de l'IHE et est gérée par l'IHE et l'Unité de suivi et d'évaluation qui se trouve dans un processus d'appropriation.

Il n'existe pas un système d'information sanitaire unique mais des sous systèmes. Le rapportage se fait soit sur une base mensuelle, soit sur une base trimestrielle, dépendant des procédures établies par le MSPP ou le bailleur. Cependant, les délais ne sont pas toujours respectés.

Depuis 1993, des études de séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la Syphilis, de l'hépatite B chez les femmes enceintes sont

menées chaque trois (3) ans en Haïti. La dernière, réalisée en 2003-2004, avait intégré la détermination de la prévalence de l'hépatite C. La planification de la cinquième étude est en cours. De plus, la quatrième Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV) en cours d'exécution, a également pour objectif de déterminer la prévalence du VIH/SIDA au niveau national.

Des projections épidémiologiques du VIH/SIDA sont effectuées à partir, entre autres, des données de séroprévalence. La dernière mise à jour remonte à novembre 2004. Les experts attendent les résultats de l'EMMUS-IV et ceux de l'étude de séroprévalence pour procéder à de nouvelles projections.

La relance de la surveillance active des cas de VIH/SIDA a eu lieu en février 2004, sur une base pilote au niveau de quatre (4) sites ARV. L'évaluation de la surveillance a été effectuée ; les résultats se sont révélés concluants et ont été partagés au cours de la dernière réunion du « Cluster » Suivi/Evaluation. Un atelier de consensus impliquant les différents intervenants sera organisé, avant l'extension de cette surveillance.

Le partage d'information se fait régulièrement soit au cours des réunions, soit par courrier électronique soit par courrier ordinaire.

Au niveau du Ministère de l'Education, il n'existe pas de système fonctionnel d'information.

<b>PROGRAMMES NATIONAUX : PREVENTION /EDUCATION</b>	
<b>Pourcentage d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire</b>	----

Les résultats de plusieurs études effectuées en Haïti ont fait état de la situation précaire des jeunes en ce qui a trait à leur protection en matière de sexualité. Au cours d'une journée de réflexion organisée en prélude à l'élaboration du Plan Sectoriel National de l'Education (PSNE), l'un des constats relatifs à l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation est la diminution de l'offre en terme de manque de ressources pour l'éducation (*perte de cadres qualifiés, baisse de la productivité de ceux affectés/infectés*) et la diminution du nombre d'enfants à accéder à l'éducation et à achever leur scolarité (*décès de responsables, réaffectation des ressources de la famille, diminution des fonds publics et privés, abandon scolaire*). Conscient de cette réalité, le gouvernement à travers le Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports (MENJS) en collaboration avec des organisations internationales et du

secteur privé avait mis sur pied en 1998 un projet d'Education à la Vie Familiale. La majorité des parents est favorable à ce que leurs enfants soient éduqués en matière sexuelle. Selon l'EMMUS-III conduite en 2000, 62% des hommes et 49% des femmes interrogés estimaient que les enfants de 12-14 ans devraient être éduqués sur l'utilisation du condom. Suite à l'élaboration du Plan Stratégique National, le PSNE a été conçu en 2003 mais il n'est pas encore pleinement implémenté. Actuellement, le MENJS toujours en partenariat avec les agences internationales et le secteur privé exécute un projet de prévention des IST et du VIH/SIDA en milieu scolaire, s'adressant pour le moment au secteur public. Une émission télévisée « Kite jèn yo pale/Donnez la parole aux jeunes » a été conçue avec débats entre des jeunes scolarisés, coordonnée par des spécialistes en la matière sur des sujets relatifs au mode de vie, à la prévention et la prise en charge des IST et du VIH/SIDA et la santé reproductive.

Selon le responsable de la santé scolaire au MENJS, le projet privilégie la stratégie d'éducation par les pairs. Cependant, les enseignants et les parents constituant des acteurs importants de la lutte, y seront intégrés.

Au cours de cette année, une trentaine de professeurs de la 7<sup>ème</sup> année fondamentale à la philosophie provenant de l'Aire métropolitaine et du département du Nord-Est ont été formés. Cette formation a été réalisée en collaboration avec le service de Santé scolaire du MSPP et de partenaires ayant des programmes s'adressant spécifiquement aux jeunes dont le VDH, la FOSREF et Plan Haïti. Mais ces enseignants n'ont pas encore commencé à répliquer cet enseignement.

PROGRAMMES NATIONAUX : PREVENTION/POLITIQUES SUR LE LIEU DE TRAVAIL	
Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	----

L'une des retombées négatives du VIH/SIDA demeure son impact sur l'économie en atteignant surtout la classe productive et entraînant une utilisation accrue des ressources dans le cadre de la prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA, en dépit du fait que le prix des médicaments (ARV) a nettement chuté.

Le secteur commercial et industriel, à travers la Chambre de Commerce et d'Industrie d'Haïti et l'Association des Industries d'Haïti, s'est engagé avec l'appui du Centre de Promotion des Femmes Ouvrières (CPFO) aux côtés du gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le but entre autres de diminuer l'impact économique et social de la pandémie.

Depuis vingt (20) ans environ, le CPFO travaille avec des femmes ouvrières dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA. Ses activités englobent les aspects préventifs et curatifs de la lutte.

<b>PROGRAMMES NATIONAUX : PREVENTION/ COUVERTURE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT</b>	
<b>Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement anti-rétroviral complet pour réduire le risque de TME</b>	<b>19.37%<sup>1</sup></b>

En 1999, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) initia un projet pilote de Prévention de la transmission Mère/Enfant du VIH en Haïti de la mère à l'enfant, de concert avec différents partenaires tels l'UNICEF, l'OPS/OMS, l'ONUSIDA, la Coopération Française, les Centres GHESKIO, l'Institut Haïtien de l'Enfance, l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti et le Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France avec le financement de l'ONUSIDA de l'UNICEF et du FOND INTERNATIONAL DE SOLIDARITE THERAPEUTIQUE. Trois (3) institutions y prirent part. Puis le projet s'est étendu à une soixantaine d'institutions réparties à travers le pays. Les médicaments fournis dans le cadre du programme sont l'AZT et la Névirapine. Un faible pourcentage de femmes enceintes est placé sous trithérapie de courte durée.

La couverture des femmes enceintes VIH+ en traitement prophylactique reste faible ; elle est estimée à 19.36%.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce taux de couverture :

- Accès limité des femmes aux soins de santé (*inexistence des services de santé : 39% et l'éloignement des institutions de santé : 37%*)
- Consultation prénatale tardive
- Accouchements institutionnels faibles: 23%
- Stigmatisation

Le faible taux d'accouchement en milieu institutionnel constitue le facteur le plus important

---

<sup>1</sup> Estimations faites comme proposées par les Directives pour l'Elaboration d'Indicateurs de Base de l'ONUSIDA, pour la période allant de janvier à septembre 2005, à partir des données de l'Etude de séroprévalence

PROGRAMMES NATIONAUX : PREVENTION/ SECURITE TRANSFUSIONNELLE	
Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	100% des unités de sang livrées ont été testées (HIV-1 et 2) <sup>1</sup>

En Haïti, l'on ne dispose pas de données sur le taux de transmission du VIH par la transfusion sanguine mais les spécialistes en la matière s'accordent pour dire que ce mode de transmission serait négligeable. Cependant, à l'instar des pays engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA, les responsables ont fait de la sécurité transfusionnelle l'une de leurs priorités en raison du risque d'infection du sang et de ses dérivés. Un programme National de Sécurité Transfusionnelle a été mis en place. A travers le projet MEASURE/Evaluation, un projet de sécurité des injections et de gestion des déchets a été également implanté.

Depuis les années 1986-1987, le MSPP a fait de la Croix-Rouge Haïtienne l'unique organe responsable de collecte de sang et d'approvisionnement pour la transfusion. Le réseau est constitué de douze (12) sites. Trois (3) des dix (10) départements, le Nord-Est, le Nord-Ouest et les Nippes, en sont dépourvus.

Selon les informations recueillies de la Croix-Rouge Haïtienne, 100% des unités de sang produites ont été testées pour le dépistage des anticorps VIH-1 et VIH-2. La majorité des dons de sang proviennent de donneurs intra familiaux (95%) et 5% de donneurs permanents, dons altruistes. Depuis quelques années, la Croix Rouge Haïtienne fait face à une carence en donneurs volontaires réguliers occasionnant des problèmes de constitution et de renouvellement de stock. Une campagne de sensibilisation à travers les médias (*journaux, radio, télévision*) est menée par la Croix Rouge avec le support du MSPP, d'agences internationales et d'organismes non gouvernementaux en vue d'augmenter les dons altruistes et de fidéliser les anciens donneurs

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS	
Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Pourcentage de jeunes âgés de 20-24 ans qui déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans)	Femmes 15-19 ans : 12% <sup>2</sup> Femmes 20-24 ans : 13.9%  Hommes 15-19 ans : 28.3% Hommes 20-24 ans : 33.8%

Les relations sexuelles précoces exposent aux grossesses non désirées et aux infections sexuellement transmissibles. En Haïti, des proportions relativement élevées de jeunes (12% de femmes de 15-19 ans / 13.9% de celles âgées de 20-24

<sup>1</sup> Croix Rouge Haïtienne

<sup>2</sup> EMMUS-III, HAÏTI 2000

ans) et (28.9% des hommes de 15-19 ans / 33.8% de ceux âgés de 20-24 ans) ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

La précocité des rapports paraît plus fréquente chez les hommes que chez les filles. Ceci pourrait s'expliquer par certaines croyances culturelles encore ancrées chez nous.

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS	
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois	<p>Garçons : 9.0% (rapports monnayés)<sup>1</sup></p> <p>Filles en union : 38.2%<sup>2</sup></p> <p>Garçons en union : 66.7%</p>
** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier, hors mariage ( <i>Utilisation du condom au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête avec partenaire autre que conjoint</i> )	<p>Femmes 15-19 ans : 24.6%<sup>3</sup></p> <p>Femmes 20-24 ans : 17.1%</p> <p>Femmes 15-24 ans : 20.0%</p> <p>Hommes 15-19 ans : 32.9%</p> <p>Hommes 20-24 ans : 27.4%</p> <p>Hommes 15-24 ans : 30.0%</p>

Il est difficile d'évaluer le pourcentage de filles ayant eu des rapports sexuels monnayés, hors mariage, à cause des tabous entourant le sujet.

La monogamie constitue la forme d'union officiellement reconnue. Cependant, le multi partenariat est assez courant et serait plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En effet, 38.2% des filles en union et 66.7% des garçons en union ont eu des rapports sexuels avec d'autres partenaires au cours des 12 mois ayant précédé une enquête<sup>4</sup> menée en 2000.

D'autre part, 9% des garçons ont eu des rapports sexuels monnayés au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête tandis qu'aucune des filles interrogées n'auraient eu ce genre de relations.<sup>5</sup>

En dépit du fait que le condom constitue l'un des moyens fiables de prévention des IST et du VIH/SIDA, on a remarqué qu'un pourcentage relativement élevé d'enquêtés (24.6% de femmes de 15-19 ans et 17.1% des 20-24 ans ; 32.9% des hommes de 15-19 ans et 27.4% des 20-24 ans) ont eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires autres que le conjoint.

<sup>1</sup> ESC, HAITI 2003

<sup>2</sup> EMUUS-III, HAITI 2000

<sup>3</sup> EMMUS-III, HAITI 2000

<sup>4</sup> EMMUS-III, 2000

<sup>5</sup> ESC, 2004

Depuis plusieurs années, se développe ce qu'on appelle « la prostitution informelle » chez des jeunes filles vivant chez leur(s) parent(s) en raison principalement de la détérioration des conditions socio économiques. Basé sur ce fait, on peut émettre l'hypothèse que les enquêtées pourraient ne pas déclarer avoir eu des rapports rétribués en espèces et/ou en nature.

La faible utilisation du préservatif serait due aux tabous liés à ce moyen de prévention et à l'idée selon laquelle le condom ne saurait se négocier qu'avec les travailleuses du sexe.

PROGRAMMES NATIONAUX : SOINS ET TRAITEMENT/ GESTION DES CAS D'IST	
Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans des centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune (Pourcentage de personnes ayant présenté une IST traitées)	84.03% <sup>1</sup> Hommes : 86.1% Femmes : 83.6%

Il est reconnu que les IST, principalement la syphilis, outre le fait qu'elles peuvent provoquer d'autres problèmes de santé (*cécité, stérilité, cancer du col de l'utérus etc.*), font augmenter les risques d'attraper le VIH. L'étude de séroprévalence menée chez des femmes enceintes en 2003/2004 vient corroborer les résultats de travaux entrepris en 1999 par les Centres GHESKIO; les femmes enceintes ayant un test sérologique positif pour la syphilis ont trois fois plus de risque d'être infectées par le VIH qu'une femme enceinte indemne de syphilis. Selon l'EMMUS-III, la prévalence déclarée des IST (déclarations et symptômes) serait de 15% chez les femmes et de 9% chez les hommes. Une étude comportementale récente (2003) a montré une prévalence chez les 15-24 ans de 44% chez les garçons de rue, 8% chez les garçons, de 25% chez les filles et de 24% chez les femmes de 25-49 ans. Les filles de 15-24 ans auraient été autant affectées que les femmes de 25-49 ans. Les activités de prévention et de prise en charge ont été renforcées mais leur couverture reste insuffisante.

L'on ne dispose pas pour l'instant d'informations permettant de respecter la définition opérationnelle de l'indicateur telle que libellée. Toutefois, dans le cadre du programme CDV, la définition adoptée se réfère aux personnes dépistées pour une IST et qui ont été traitées.

De janvier à novembre 2005, sur les 32,342 cas d'IST diagnostiqués dans le réseau d'institutions financées par le PEPFAR dont 5,021 hommes et 27,322 femmes, 27,178 ont reçu un traitement, soit 84.03%. Ce pourcentage est de 86.1% chez les

<sup>1</sup> Source : rapports statistiques mensuels du réseau PEPFAR (constitué de 93 sites CDV dont 72 sites PTME), janvier - Septembre 2005

hommes et de 83.6% chez les femmes. On a remarqué également dans l'enquête de Surveillance comportementale menée en 2003 que la recherche de traitement ou de conseils a été faite surtout par les femmes de 25-49 ans (58.4%) que par celles âgées de 15-24 ans (46.3%) (p=0,004).

Cette disparité dans la recherche de traitement entre les hommes et les femmes serait la résultante du mode de fonctionnement du système de santé qui a longtemps privilégié les femmes et les enfants.

En ce qui a trait aux jeunes, cette différence significative pourrait s'expliquer par les tabous entourant ces pathologies et la faible disponibilité des services qui leur sont adressés.

<b>PROGRAMMES NATIONAUX : SOINS ET TRAITEMENT/ COUVERTURE DE L'ASSOCIATION D'ANTI-RETROVIRAUX</b>	
<b>Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'anti-rétroviraux</b>	<b>11.2%</b>

La prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH est l'une des stratégies priorisée par le programme de lutte et de contrôle du VIH/SIDA. Si pendant longtemps, le coût exorbitant des anti-rétroviraux a constitué une contrainte majeure à l'accessibilité au traitement, depuis tantôt quatre (4) ans, l'accès aux anti-rétroviraux s'est amélioré avec l'apport additionnel de ressources à travers le Fonds Mondial et PEPFAR. Cela a permis au pays de renforcer sa réponse à la pandémie en élargissant la gamme des services offerts aux PVVIH. Un Manuel de Normes de Prise en charge Clinique et Thérapeutique des personnes vivant avec le VIH a été élaboré en collaboration avec divers partenaires ayant développé une expertise dans le domaine, dans un souci de standardisation des soins aux patients. Le manuel a été présenté aux cadres et partenaires à l'occasion d'une journée scientifique. Des séances de formation sont organisées en vue de renforcer la capacité technique des prestataires pour une meilleure prise en charge des PVVIH.

Selon les estimations faites pour l'année 2005, environ 40,000 personnes (15% des 271.000 VIH+) devraient bénéficier de la thérapie anti-rétrovirale. Cependant, d'après les responsables de l'Unité Suivi/Evaluation, le MSPP/UCC avec ses partenaires, s'était fixé pour objectif d'atteindre 9,200 personnes ayant présenté un stade avancé de la maladie tenant compte des ressources disponibles et autres facteurs contraignants.

De janvier à novembre 2005, 4478 personnes<sup>1</sup> ont été placées sous ARV, soit un pourcentage de 11.2%. Le pourcentage d'atteinte des objectifs est de 48.7.

Des mesures d'accompagnement ont été également prises afin d'augmenter la couverture et de garantir l'adhérence au traitement par exemple : intensification de la sensibilisation, visites domiciliaires, disponibilité des prestataires en dehors des heures de services, support alimentaire, aide au transport ; don de cartes de téléphone pour faciliter la communication patients/prestataires et adjonction d'un accompagnateur (*pour certaines institutions*).

Cependant, certains facteurs limitent encore l'accès au traitement : la peur de connaître son statut sérologique, le déni, la stigmatisation (*contraignant une personne séropositive à ne pas s'adresser à une structure de santé pour se faire soigner ou à aller chercher des soins dans un établissement situé en dehors de sa zone de résidence*), l'inaccessibilité géographique et les tabous entourant cette maladie (*50% et 43% respectivement des femmes et des hommes interrogés en 2000 ont affirmé que le SIDA peut être transmis par sorcellerie*).

<b>PROGRAMMES NATIONAUX: SOINS ET TRAITEMENT/ COUVERTURE DES SERVICES DESTINES AUX ENFANTS RENDUS ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNERABLES</b>	
<b>Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge</b>	----

Selon l'EMMUS-III, 1% des enfants haïtiens sont orphelins de mère et de père. Le nombre exact d'enfants orphelins et autres enfants vulnérables est difficile à déterminer avec exactitude. Une étude<sup>2</sup> menée de juillet à août 2002 auprès des 32 orphelinats reconnus par l'IBERS, a révélé une concentration de ces centres au niveau du département de l'Ouest (97%) principalement dans l'Aire Métropolitaine (72%). Ces orphelinats n'accueillent pas seulement des orphelins : 19.4% étaient des non orphelins et pour 38% des pupilles, leur statut n'était pas précisé. Une faible proportion des orphelinats (3%) a ciblé les enfants infectés par le VIH. Ces 32 orphelinats totalisaient 2958 enfants âgés de 1 à 21 ans. Dans 2/3 des cas, les conditions d'hébergement ont été jugées acceptables.

Dans le cadre du financement du Fonds Mondial, certaines institutions fournissent un appui aux enfants vulnérables comprenant l'aide alimentaire, la scolarisation, le logement etc..

<sup>1</sup> Réseaux Fonds Mondial et PEPFAR

<sup>2</sup> HS-2004/USAID avec appui technique de l'IHE

Selon les informations recueillies pour cinq des dix départements à savoir : l'Artibonite, le Centre, la Grande-Anse, les Nippes et le Nord-Ouest, un total de 1470 OVC seraient supportés par le programme.

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS	
<b>** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (Objectif : 90 % d'ici 2005 et 95 % d'ici 2010)</b>	<b>Filles : 40.7%<sup>1</sup> Garçons : 55.9%</b>

Haïti est constitué d'une population jeune ; 46% de ses habitants sont âgés de moins de 17 ans. Les résultats de l'EMMUS-III ont révélé une fécondité assez élevée chez les femmes de 15-19 ans (80 pour mille femmes) et une initiation à la vie sexuelle plus précoce chez les garçons que chez les filles (parmi les 15 - 19 ans 12% des filles avaient eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans contre 28% chez les garçons). Une étude de Séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez des femmes enceintes effectuée en 2003-2004 a accusé respectivement un taux de prévalence de 2.6% et de 3.8% chez les moins de 25 ans.

Le gouvernement et ses partenaires développent/renforcent des projets ciblant les jeunes, axés surtout sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA. Diverses stratégies sont utilisées : séances d'éducation dans les écoles ou les maisons/espaces de jeunes, soit par des enseignants soit par des intervenants de la santé, de l'éducation ou par les pairs, sensibilisation de masse (*radio, télévision, fêtes champêtres ou commémoratives, activités socioculturelles etc.*) afin d'aider les jeunes à mieux négocier leurs relations sexuelles et à adopter un comportement sécuritaire.

Selon les résultats d'une Etude de Surveillance de Comportement menée en 2004 dans le but, entre autres, de « collecter des données de base en vue d'évaluer l'impact des interventions de prévention », 40.7% des filles et 55.9% des garçons âgés de 15 à 24 ans connaissaient les trois (3) modes majeurs de prévention du VIH et avaient rejeté trois (3) méthodes erronées de transmission de prévention du VIH.

Dans la mesure où le niveau de connaissance d'une maladie influe sur les comportements et attitudes à adopter, il convient de renforcer les activités préventives afin de non seulement conserver les acquis mais surtout

<sup>1</sup> Enquête de Surveillance Comportementale, Haïti 2003, Centre d'Evaluation et de Recherche Appliquée

d'augmenter le niveau de connaissance des jeunes. A noter que 24.7% et 14.7% respectivement des filles pensent ou savent que le SIDA ne peut être évité.<sup>1</sup>

IMPACT	
** Ratio de scolarisation actuelle entre enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans	100 : 96

La perte d'un ou des deux parents perturbe la vie familiale particulièrement celle des enfants. L'EMMUS-III a révélé que 1.7% des enfants de 10-14 ans sont orphelins de père et de mère. Cette perte le plus souvent prive les enfants non seulement de l'affection mais aussi de certains soins et services dont le pain de l'instruction et l'introduction d'un nouveau membre dans une famille déjà affaiblie peut créer des frustrations et des tensions.

Le ratio de scolarisation actuelle entre enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans est de 100 : 96.

En Haïti, la prise en charge serait assurée en grande partie par des familles proches ou éloignées. Et l'élan de compassion vis-à-vis des enfants pourrait expliquer que le taux de scolarisation ne serait pas plus bas chez les enfants orphelins que parmi ceux qui ne le sont pas, du moins pour le groupe d'âge 10-14 ans. Au-delà de cet âge, la situation peut bien changer.

IMPACT	
** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Objectif : réduction de 25 % dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010) {Indicateur calculé en utilisant des données portant sur les femmes enceintes reçues dans des maternités/Cliniques)	<p>Femmes enceintes 15-24 ans : 2.6%<sup>2</sup>  Femmes enceintes 15-19 ans : 2.1%  Femmes enceintes 20-24 ans : 2.9%</p> <p style="text-align: center;">Jeunes 15-24 ans : 3.08%<sup>3</sup>  Filles 15-24 ans : 4.20%  Garçons 15-24 ans : 1.98%</p>

Il est unanimement reconnu que les jeunes représentent l'avenir d'un pays. La population d'Haïti, comme nous l'avons souligné tantôt, est constituée majoritairement de jeunes. Plusieurs études ont fait état d'un comportement sexuel non responsable de la part des jeunes, comportement résultant de divers facteurs. Depuis de nombreuses années, le gouvernement et des partenaires tant

<sup>1</sup> EMMUS-III, 2000

<sup>2</sup> Etude de Séro prévalence, HAÏTI 2003

<sup>3</sup> Cliniques Jeunes FOSREF (au nombre de 9 situés dans les départements de l'Ouest, des Nippes et du Nord), octobre – septembre 2005

du secteur public que privé ont développé et implanté des programmes dirigés vers ce groupe afin de les sensibiliser sur les dangers que représentent les IST et VIH-SIDA, de « meubler leurs loisirs et leur solitude » par des activités récréatives instructives. Des campagnes sont menées en vue de les porter à connaître leur statut sérologique pour mieux se protéger et protéger les autres ; 45% et 55% respectivement des jeunes filles de 15-19 ans et de 20-24 ans et un peu plus de garçons 56.2% âgés de 15-19 ans et 63.7% des 20-24 ans désirent se faire tester selon l'EMMUS-III.

D'après les résultats de l'étude de séroprévalence (2003/2004), 2.6% de femmes enceintes âgées de 15-24 ans ont eu un test de dépistage au VIH positif dont 2.1% chez les 15-19 ans et 2.9% chez les 20-24 ans.

Les données provenant des cliniques des jeunes de la FOSREF pour la période octobre 2004-septembre 2005, l'une des institutions ayant l'expertise dans le domaine, accusent un pourcentage de séropositivité de 3.08% chez les jeunes âgés de 15-24 ans. Les filles sont plus affectées que les garçons, 4.2% et 1.98% (p=0,0000), renforçant le constat de féminisation de l'épidémie. Ces centres accueillent chacun en moyenne 60 à 100 jeunes par jour pour les services suivants : conseils en santé sexuelle, formation en éducation sexuelle/vie familiale, sessions de sensibilisation, CDV/HIV, consultations gynécologiques, IST.

<b>IMPACT</b>	
<b>Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement anti-rétroviral 12 mois après le début de celui-ci</b>	<b>93.52%</b>

Les conditions de vie des PVVIH se sont améliorées avec l'introduction de la thérapie anti-rétrovirale. Le taux de mortalité est passé de 20% à 4,9 mois en 1991 à 44% à 18 mois en 1994. Les résultats d'une étude récente effectuée par les Centres GHESKIO en collaboration avec des Universités américaines sur 1004 patients ayant débuté leur traitement en mars 2003 ont révélé que 90% des patients étaient en vie dans les six (6) mois et 87% à douze(12) mois.

Les données collectées au niveau des Centres GHESKIO et de la Clinique Béthel de Fonds des Nègres ont montré que 93.52% des 139 patients enrôlés dans les douze derniers mois sont encore en vie.

IMPACT	
<b>Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus</b>  <i>(Objectif : réduction de 20 % d'ici 2005 et de 50 % d'ici 2010)</i>	26%

Comme nous l'avons vu avec l'indicateur # 6, un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a démarré à titre pilote en 1999. Les services relatifs à la PTME sont offerts par seulement 8.4% des établissements sanitaires du pays. Le taux de transmission en l'absence de toute intervention est estimé à 30%. Cependant, à l'échelle nationale, ce programme n'a pas encore produit l'effet escompté puisqu'un pourcentage relativement faible de femmes enceintes (19.36%) ont pu compléter leur prophylaxie anti-rétrovirale.

D'après les estimations faites à partir des données collectées dans le réseau PEPFAR et du taux de séroprévalence chez les femmes enceintes, le pourcentage de nourrissons VHI+ nés de mères séropositives demeure encore élevé : 26.

Au niveau d'institutions comme les Centres GHESKIO, (*ayant développé une expertise dans ce domaine*) qui sont arrivées à fidéliser leur clientèle, on a observé un taux de réduction passant de 30% à 8% en cas de monothérapie et à 2% en cas de trithérapie.

## CONCLUSION

Des progrès certes ont été réalisés dans la lutte contre le SIDA en Haïti, comme en témoignent le niveau et l'évolution de nombreux indicateurs présentés dans ce rapport. Pour certains d'entre eux, l'absence de données ne permet pas malheureusement de se renseigner sur leur niveau actuel.

Il serait important pour garantir voire renforcer les progrès déjà enregistrés que le MSPP réactualise dans les meilleurs délais le plan stratégique national (PSN) de lutte contre le SIDA et de revisiter le contenu des projets Fond Mondial et PEPFAR afin de les intégrer dans le PSN assurant ainsi une meilleure synergie des activités en cours dans un souci d'efficacité et d'efficience.

Une attention spéciale devrait être accordée dans l'opérationnalisation du PSN afin de combler les points de faiblesse détectés. En particulier, il serait opportun que l'accent soit mis sur :

- Un engagement plus ferme et plus concret de l'Etat Haïtien (gouvernement et société civile) dans cette lutte

- Un renforcement des droits des PV-VIH avec pour objectif de réduire de façon significative la stigmatisation et la discrimination
- L'opérationnalisation effective de la composante PSNE et PSMCFDF
- Un élargissement de la couverture du PTME
- Un renforcement des soins et traitement et de la gestion des IST ciblant en particulier les hommes.
- L'élargissement de l'accès en traitement antirétroviral tout en veillant au respect strict des normes dans la livraison de ces soins
- En renforcement des services offerts aux enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables.

Il va sans dire qu'un renforcement/uniformisation de la composante Suivi-Evaluation est nécessaire en vue de pouvoir mieux monitorer les activités planifiées et d'apporter au fur et à mesure les corrections nécessaires lors de leur exécution

A l'avenir, il faudrait aussi entamer beaucoup plus tôt le processus de préparation du rapport UNGASS.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 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'ELABORATION D'INDICATEURS DE BASE - Août 2005 »

M. Cayemittes, M. F Placide, B. Barrère, S. Mariko, B. Sévère, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ORC MACRO, Measure DHS+, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). « Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-III, Haïti 2000. »

Centre d'Evaluation et de Recherche Appliquée (CERA), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Family Health International/Family Health Institute (FHI), US Agency for International Development (USAID), Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Population, Services Information (PSI). « Enquête de Surveillance Comportementale, Haïti 2003 »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Les Centres GHESKIO, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). « Etude de sero surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2003-2004 ».

Ministère de l'Economie et des Finances, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), « Enquête Budget-Consommation des Ménages (EBCM 1999-2000), Volume I »

Ministère de l'Economie et des Finances, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), « 4<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat - Résultats Préliminaires, Août 2003 »

République d'Haïti, Système des Nations Unies en Haïti, « Haïti, Bilan Commun de Pays, Octobre 2000 »

E. M Gaillard, M. Cayemittes, L.M Boulos, L. Eustache/ Assistance technique : C. Alexandre/Collaboration : M. F Placide, J.Deas Von Onacker, N. Duval, E. Louissaint, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Policy Project, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE). « Le VIH/SIDA en Haïti, Une raison d'espérer - Mise à jour des projections épidémiologiques du VIH/SIDA en Haïti, Décembre 2004 »

B. Desmangles, Ministère de la Santé Publique et de la population (MSPP), Programme National de Sécurité Transfusionnelle « Evaluation des Centres de Transfusion Sanguine en Haïti, Avril 2005 »

Centres GHESKIO « Mise à Jour sur les Essais Vaccinaux, anti-VIH en Haïti, Décembre 2004 »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé

(OPS/OMS), Projet MSPP/IDA. « Analyse Situationnelle de la Prise en charge des IST/SIDA, Novembre 1999 »

E. P Trouillot, E. Trouillot, « Code de Lois Usuelles, Tome I 1998 - Les Editions SEMIS INC »

Le Moniteur, Journal Officiel de la République d'Haïti, 154<sup>ème</sup> Année No. 99, Décembre 1999

Ministère de la Santé Publique et de Population (MSPP), US Agency for International Development (USAID) Family Health International (FHI), Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS), ONUSIDA, Centres GHESKIO, Zanmi Lasante. « Manuel de Normes de prise en charge Clinique et Thérapeutique des Personnes vivant avec le VIH, Mars 2004 »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), ONUSIDA, OPS/OMS, USAID (Projet HS-2004 et Policy Project), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE). « Plan Stratégique National pour la Prévention et le Contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti, 2002-2006. Mars 2002 »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Center for Disease Control and Prevention, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) « Rapports statistiques mensuels des institutions du réseau monitoring »

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Fonds Mondial/Fondation Sogebank « Rapports statistiques mensuels des institutions du réseau Fonds Mondial »

## **METHODOLOGIE DE PREPARATION DU RAPPORT**

### **Procédures de collecte**

Avant de commencer la collecte, des sources potentielles de données ont été identifiées et la liste de référence finalisée avec les membres du « Cluster » Suivi/Evaluation.

Plusieurs techniques ont été utilisées pour la collecte : interview, revue de documents, consultation de base de données existantes.

Des mini interviews ont été réalisées avec des Responsables et/ou des représentants du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), d'Organisations Nationales et Internationales

Des documents techniques et la base de données (MESI) ont été consultés pour la rédaction du rapport.

### **Instruments de collecte**

La page du « Guide de Construction des Core Indicateurs » contenant la liste des indicateurs qui concernent le travail a été utilisée pour la collecte des données.

Le questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales fourni par l'UNGASS a été employé pour les mini-interviews avec les Responsables et/ou les Représentants du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), d'Organisations Nationales et Internationales.

### **Traitement/Analyse des données**

L'analyse a été effectuée par chapitre une fois que celui-ci a été complété. Le consensus a été fait sur les données recueillies au cours d'une réunion du « Cluster » Suivi/Evaluation organisé par l'UCC. Des corrections ont été apportées pour tenir compte des modifications proposées.

## **LIMITATIONS**

La principale difficulté rencontrée est liée à la non existence d'un système d'information central permettant de générer l'ensemble des indicateurs du Rapport UNGASS. Pour y pallier, il a été nécessaire de consulter différentes bases de données ou de rapports préparés par des organismes divers et dans la majorité des cas les données n'étaient pas à jour nécessitant de se référer à des chiffres antérieurs à 2005 ou encore à procéder à des projections.

La seconde difficulté majeure est l'indisponibilité des données de nature financière; il en est résulté l'impossibilité de déterminer le montant des fonds nationaux engagés pour

les dépenses de la lutte contre le SIDA, amputant ainsi le rapport d'une section importante.

Finalement, le court laps de temps pour préparer le rapport a été une contrainte.

**LISTE DES PERSONNES RENCONTREES  
POUR LES MINI INTERVIEWS**

<b>1. Dr Gérald LEREBOURS</b>	<b>MEASURE/Evaluation</b>
<b>2. Dr Max Lélío JOSEPH</b>	<b>FHI</b>
<b>3. M. Steeve LAGUERRE</b>	<b>CRS / GRASSADIS</b>
<b>4. M. Saurel BEAUJOUR</b>	<b>ASON</b>
<b>5. Dr Dieudonné JEAN-BAPTISTE</b>	<b>USAID</b>
<b>6. Dr Marie Mercie ZEVALLOS</b>	<b>POZ</b>
<b>7. Dr Laurent EUSTACHE</b>	<b>POLICY PROJECT</b>
<b>8. Dr Joëlle Deas VON ONACKER</b>	<b>UCC/MSP</b>
<b>9. Dr Edieu LOUISSAINT</b>	<b>UCC/MSP</b>
<b>10. Dr Michel CAYEMITTES</b>	<b>IHE</b>