



REPUBLIQUE D'HAITI



Programme  
National de Lutte  
contre le VIH/Sida

**RAPPORT NATIONAL  
DE SUIVI DE LA  
DÉCLARATION D'ENGAGEMENT  
SUR LE VIH/SIDA (UNGASS)**

**HAITI 2007**

**Janvier 2008**

## 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
CECOSIDA	Centre de Communication sur le sida
CERA	Centre d'Évaluation et de Recherche Appliquée
CD	Consommateurs de Drogues
CDC	Centers for Disease control and Prevention
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
CDV	Centre pour le Dépistage Volontaire
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
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	

<b>GRASADIS Discrimination</b>	<b>Groupe de Recherches et d'Actions Antisida et Anti Sexuelle</b>
<b>GRET</b>	<b>Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques</b>
<b>HCP HSH</b>	<b>Health Communication Partnership Homme ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes</b>
<b>ICC/GCH IEC IHE IHSI INH IO ISC IST I-TECH</b>	<b>International Child Care/Grace Children's Hospital Information, Éducation et Communication Institut Haïtien de l'Enfance Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique Isoniazide Infections Opportunistes Initiative de la Société Civile Infections Sexuellement Transmissibles International Training and Education Center on HIV</b>
<b>JILAP JSI</b>	<b>Commission Épiscopale Nationale Justice et Paix John Snow Inc.</b>
<b>KF</b>	<b>Konesans Fanmi</b>
<b>MAST MCFDF Femme MENJS Sports MEASURE Evaluation MESI MIG MJSP MMIS MSPP</b>	<b>Ministère des Affaires Sociales et du Travail Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface Migrant/Migrante Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique Making Medical Injections Safer (Sécurité des Injections) Ministère de la Santé Publique et de la Population</b>
<b>ND</b>	<b>Non Disponible</b>
<b>ODM OEV OMS ONUSIDA</b>	<b>Objectifs du Millénaire pour le Développement Orphelins et Enfants Vulnérables Organisation Mondiale de la Santé Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA</b>

<b>OPS</b>	<b>Organisation Panaméricaine de la Santé</b>
<b>PALIH</b>	<b>Projet d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH-Sida en Haïti</b>
<b>PECIMAA</b>	<b>Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et</b>
<b>de l'Adulte</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>PNH</b>	<b>Police Nationale d'Haïti</b>
<b>PNLS</b>	<b>Programme National de Lutte contre le Sid</b>
<b>PNST</b>	<b>Programme National de Sécurité Transfusionnelle</b>
<b>POZ</b>	<b>Promoteurs Objectif Zéro Sida</b>
<b>PSI</b>	<b>Programme Santé Information</b>
<b>PSNM</b>	<b>Plan Stratégique National Multisectoriel</b>
<b>PTME</b>	<b>Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à</b>
<b>l'Enfant</b>	
<b>RGPH</b>	<b>Recensement Général de la Population et de l'Habitat</b>
<b>SEROVIE</b>	<b>Vie quel que soit le statut sérologique de la personne</b>
<b>SIDA</b>	<b>Syndrome d'Immunodéficience Acquise</b>
<b>SMARTWork</b>	<b>Strategically Managing AIDS Responses Together in The</b>
<b>Workplace</b>	
<b>SOFA</b>	<b>Solidarite Fanm Ayisyen</b>
<b>TAR</b>	<b>Thérapie Antirétrovirale</b>
<b>TB</b>	<b>Tuberculose</b>
<b>TS</b>	<b>Travailleur/Travailleuse du Sexe</b>
<b>UCMIT/MSPP</b>	<b>Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et</b>
<b>Transmissibles</b>	
<b>UCP/MSPP</b>	<b>Unité de Coordination des Programmes IST/VIH-Sida,</b>
<b>Tuberculose et</b>	
<b>UNGASS</b>	<b>Malaria/Ministère de la Santé Publique et de la Population</b>
<b>Unies sur le</b>	<b>Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations</b>
	<b>VIH/Sida</b>
<b>UNICEF</b>	<b>Programme des Nations Unies pour l'Enfance</b>
<b>UNFPA</b>	<b>Fonds des Nations Unies en matière de Population</b>
<b>USAID</b>	<b>Agence des États-Unis pour le Développement</b>
<b>International</b>	
<b>VDH</b>	<b>Volontariat pour le Développement d'Haïti</b>
<b>VIH</b>	<b>Virus de l'Immunodéficience Humaine</b>

## INTRODUCTION

En juin 2001, lors de la clôture d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida qui reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM), à savoir stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici à 2015.

Le rapport UNGASS est une exigence pays résultant d'une promesse de suivre la mise en œuvre de la déclaration d'engagement pris. Ayant participé et souscrit à la résolution, Haïti doit régulièrement fournir ce rapport.

Le rapport UNGASS est une appréciation de l'effort national dans la lutte contre le VIH-Sida, une évaluation du niveau d'implication, d'engagement des différents secteurs de la vie nationale dans cette lutte. Cette appréciation s'effectue à travers le suivi de l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs liés aux objectifs fixés dans le document « Déclaration d'engagement ».

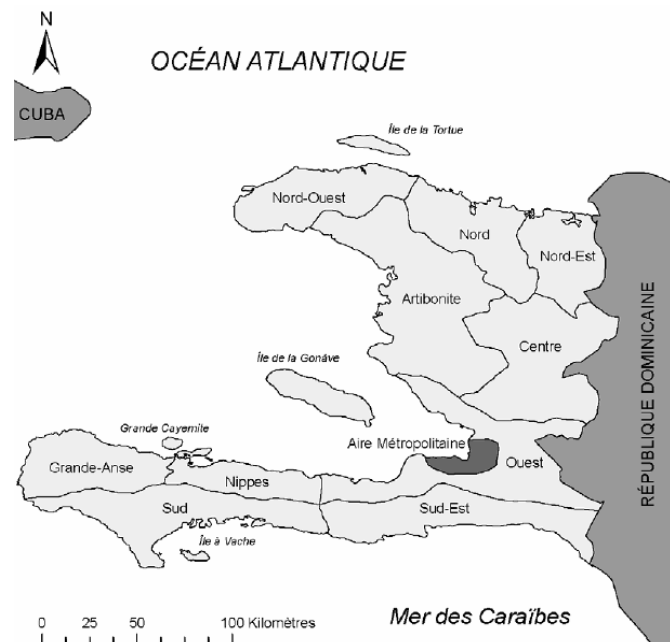
Ces indicateurs sont au nombre de vingt-cinq (25). Ils sont repartis en deux (2) catégories : les indicateurs mondiaux et nationaux Les cinq (5) mondiaux représentent les tendances et niveaux de l'engagement international. Les vingt (20) autres traitent :

- des Actions et engagements nationaux
- des Programmes Nationaux
- des Connaissances et comportements
- de l'Impact

La soumission du rapport UNGASS se fait sur une base biannuelle. Ce rapport, le troisième fourni par le pays depuis la Session Spéciale, représente le bilan pays 2006-2007 sur le VIH/sida en regard des indicateurs UNGASS à soumettre à l'ONUSIDA en vue de l'établissement par ce dernier du *Rapport mondial sur l'épidémie*.

## CARACTERISTIQUES DU PAYS

La République d'Haïti est située dans la partie ouest de l'île d'Haïti qu'elle partage avec la République Dominicaine (partie est). L'île toute entière mesure 76 480 km<sup>2</sup>. Elle fait partie du groupe des Grandes Antilles. Avec une superficie de 27,750km<sup>2</sup>, elle se trouve en deuxième position par rapport à Cuba (110 860 km<sup>2</sup>), en



avant de la Jamaïque (10 990 km<sup>2</sup>) et de Porto Rico (8 900 km<sup>2</sup>).

Sur le plan politico-administratif, le pays est divisé en dix (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-est. La capitale, Port-au-Prince, est de loin la ville la plus importante du pays, avec 1,1 million d'habitants; elle est située au fond du golfe de la Gonâve. Les autres agglomérations, bien plus petites, sont Cap-Haïtien au nord, Les Cayes au sud et Les Gonaïves au nord-ouest. Au total, il existe 140 communes et 570 sections communales.

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPPH) de 2003, Haïti comptait une population de 8 373 750 habitants. En 2007, la population a été estimée à 9 609 600 habitants. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (52%) que les hommes (48%). La population haïtienne est jeune : la moitié a moins de 20 ans.

Plus d'un tiers de cette population (37%) habite l'Ouest, département où se trouve la capitale du pays. L'Artibonite (16%) et le Nord (10%), représentent après l'Ouest, les départements les plus importants du point de vue démographique. Le poids de chacun des autres départements se situe entre 4% et 7% de l'ensemble.

Environ 60% de la population du pays (59,2%) vivent en milieu rural. Près de 2/3 de la population urbaine réside dans le seul département de l'Ouest.

On relève une forte proportion d'analphabètes, touchant surtout les populations rurales et les femmes (*milieu rural : 38% de femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 27,7% d'hommes ; milieu urbain : 15% de femmes contre 8% d'hommes*).

Sur le plan économique, Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère sud. Le revenu annuel par habitant est estimé en moyenne à \$US 250. Les résultats du dernier RGPH ont révélé que le taux de population économiquement active se situe autour de 54,4%. De plus, on estime que 70% de la population vivent avec moins de 1\$US par jour.

Sur le plan sanitaire, en matière d'indicateurs de santé, Haïti est le moins bien placé de tous les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes. Les indicateurs de santé sont assez alarmants. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans pour les femmes et de 52 ans pour les hommes. Selon les résultats de la dernière enquête démographique et de santé, seulement 25% des accouchements ont lieu dans une institution sanitaire ; la mortalité maternelle est estimée à 630 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 57 pour 1 000.

Moins de la moitié de la population a accès aux services de santé. Les ressources humaines en santé sont limitées et mal réparties à travers le territoire. La couverture en personnel de santé est de 2,5 médecins, une infirmière, 2,5 auxiliaires, pour 10.000 habitants. Des 1 850 médecins qui assurent la couverture sanitaire, la majorité se trouve dans le département sanitaire de l'Ouest.

En ce qui concerne le VIH-Sida, une certaine stabilisation de l'épidémie a été observée cependant, Haïti reste le pays ayant le plus fort taux de prévalence de la Caraïbe : 2,2 %.

### **Aperçu de la Situation**

Sous l'impulsion du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS) et avec l'accompagnement de l'ONUSIDA Haïti, le processus d'élaboration du rapport a démarré officiellement le 11 octobre 2007.

Différents secteurs tant publics que privés de la vie nationale se sont impliqués dans le processus de rédaction de ce rapport.

Des confessions religieuses catholiques, protestantes, l'université, l'organisation politique, ISC, l'association des droits humains, des associations de femmes, le secteur industriel, des associations de personnes infectées et affectées par le VIH étaient du nombre des acteurs ayant fourni les éléments pour le rapport. Sur une liste de 33 institutions identifiées pour des rencontres et entrevues, on a pu réaliser 23 entrevues, soit environ 70%. Ce qui représente une bonne performance vu le temps limité pour effectuer ce travail.

Il s'agit pour le secteur public de la Primature, des Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC), plus particulièrement la Direction de la Jeunesse, Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF), Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP), de la Police Nationale d'Haïti (PNH), du Comité de Coordination du VIH/sida pour le Fonds Mondial (CCM).

Il faut souligner l'engagement du Président de la République René Garcia PREVAL (2006-2011) et du Premier Ministre Jacques Edouard ALEXIS qui ont fait de la lutte contre le VIH/Sida une des priorités de leur déclaration de Politique Générale (Politique Générale Gouvernement PREVAL/ALEXIS, juin

2006). Par ailleurs, le Sida constitue également l'un des axes du « Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté » (DSNCRP).

On retrouve la participation de la société civile (des organisations non gouvernementales intervenant en santé.

Le secteur public a été soumis aux interviews et les organisations non gouvernementales nationales intervenant en santé ont participé outre à l'interview mais aussi à la collecte des données.

Le «Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/Sida en Haïti (PSN) 2002-2006 » a été actualisé et le nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel couvre la période 2008-2012. Contrairement au précédent qui s'articulait autour de trois (3) axes stratégiques, ce dernier s'organise autour de six (6) axes. Ainsi, le pays dispose d'un outil adapté et efficace pour mieux aborder les défis actuels du VIH/Sida en Haïti.

Depuis juillet 2006, le rapport préliminaire de la dernière Enquête de Morbidité, Mortalité, Utilisation des Services (EMMUS-IV 2005-2006) avec un volet spécifique de dépistage VIH a révélé une séroprévalence nationale du VIH de 2,2 % chez les 15 à 49 ans. Ceci allait être confirmé à la publication de la version définitive et officielle de l'EMMUS-IV en mai 2007. L'épidémie est au stade généralisé affectant tous les groupes d'âge.

Au cours de la période de janvier 2006 à décembre 2007, on a réalisé et présenté respectivement les résultats de la dernière enquête de surveillance comportementale (BSS-III) et de la cinquième étude de séro surveillance par méthode sentinelle chez les femmes enceintes en clinique prénatale.

Les résultats de cette enquête ont accusé un taux de séroprévalence de 4,4%. Ce chiffre a généré des discussions et des interrogations sur lesquelles on n'a pas fait de consensus.

Globalement, la situation actuelle de l'épidémie en Haïti est stable depuis 2006.

## Récapitulatif des Indicateurs de l'UNGASS

### Engagement et actions au plan national

Indicateurs	Résultat	Source
Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	Les résultats sont présentés en annexe	---
Indice composite des politiques nationales (Domaines : sexospécificité, programme sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, prévention, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation)	Voir pages 21 à 34 puis 35 à 38 du présent document	----

**Programmes nationaux** (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)

Indicateurs	Résultat	Source
3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	<i>Rapport annuel PEPFAR/CNST</i>
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	<b>Sexe Masculin</b> : 3,854 <b>Sexe Féminin</b> : 4,942 <b>Ensemble</b> : 8 796  <b>Objectifs non définis pour l'année 2006</b>  <b>Sexe Masculin</b> : 40,1% (5 821/14 528)	<i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2006</i>      <i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2007</i>

	<p><b>Sexe Féminin</b> : 59% (7 765/13 210)</p> <p><b>Ensemble</b> : 49% (13 586/27 738)</p>	
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	<p><b>Femmes vues dans les sites PTME</b> : 33,75% (993/2 942)</p> <p><b>Mères ayant besoin de PTME : Objectifs non définis pour l'année 2006</b></p> <p><b>Femmes vues dans les sites PTME</b> : 26,73% (975/3 648)</p> <p><b>Mères ayant besoin de PTME</b> : 5 224</p> <p>975/5 224 =18,7%</p>	<p><i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2006</i></p> <p><i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2007</i></p> <p><i>Estimation de la séroprévalence du VIH en Haïti en 2007 selon le milieu de résidence urbain et rural pour chacun des 10 départements- Octobre 2007/PNLS-MSP/USAID/ Health Policy Initiative</i></p>
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	4,95% (61/1230)	<i>Données fournies par ICC/GCH pour cinq (5) départements : Centre, Nord, Ouest, Sud et Sud-est</i>

**Programmes nationaux** (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultat</b>	<b>Source</b>
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant subi un test VIH dans les douze (12) derniers mois et qui en connaissent le résultat	<p><b>Femmes :</b>            15-19 ans : 4,0% (108/2701)            20-24 ans : 9,7% (194/2004)            25-49 ans : 8,3% (501/6052)            15-49 ans : 7,5% (807/10757)</p> <p><b>Hommes :</b>            15-19 ans : 1,7% (21/1211)            20-24 ans : 5,7% (51/893)            25-49 ans : 6,8% (159/2334)            15-49 ans : 5,2% (231/4438)</p>	<b>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</b>
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les douze (12) derniers mois et qui en connaissent le résultat	<p><b>TS</b>            Ensemble : 71% (176/248)            15-24 ans : 71% (108/152)            25 ans et + : 71% (68/96)</p> <p><b>CVP</b>            Ensemble : 32% (60/188)            15-24 ans : 20% (5/25)            25 ans et + : 34% (55/163)</p> <p><b>MIG</b></p>	<b>Enquête de Surveillance des Comportements, Haïti 2006</b>

	<p>Ensemble hommes :  18% (47/258)  15-24 ans : 17%  (15/88)  25 ans et + : 19%  (32/170)</p> <p>Ensemble femmes :  21% (70/332)  15-24 ans : 21%  (27/126)  25 ans et + : 21%  (43/206)</p> <p><b><u>HSH</u></b>  Ensemble : 48%  (288/600)  15-24 ans : 41%  (177/430)  25 ans et + : 65%  (109/168)</p>	
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	<b>ND</b>	-----

**Programmes nationaux** (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultat</b>	<b>Source</b>
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	<b>Ensemble</b> : 5,2% (268/5 145) <b>Femmes</b> : 5,4% (141/2 604) <b>Hommes</b> : 5,0% (127/2 541)	<i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i>
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	---	---

### Connaissances et comportements

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultat</b>	<b>Source</b>
12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et non orphelins, âgés de 10 à 14 ans	<b>Ensemble</b> : 0,86 <b>Féminin</b> : 0,85 <b>Masculin</b> : 0,86	<i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i>
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	<b>Femmes</b> : 15-19 ans : 30,9% (835/2 701) 20-24 ans : 33,2% (665/2 004) 15-24 ans : 31,9% (1 501/4 704) <b>Hommes</b> : 15-19 ans : 34,2% (414/1 211)	<i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i>

	20-24 ans : 48,7% (435/893) 15-24 ans : 40,4% (850/2 104)	
--	--	--

## Connaissances et comportements (Suite)

<p>14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, 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</p>	<p><b><u>TS</u></b>            Ensemble : 6,5%            (16/248)            15-24 ans : 5,3%            (8/151)            25 ans et + : 7,3%            (7/96)</p> <p><b><u>CVP</u></b>            Ensemble : 0,0%            (0/188)            15-24 ans : 0,0%            (0/25)            25 ans et + : 0,0%            (0/163)</p> <p><b><u>MIG</u></b>            Ensemble hommes :            17% (43/258)            15-24 ans : 20,5%            (18/88)            25 ans et + : 15%            (25/170)</p> <p>Ensemble femmes :            17% (55/332)            15-24 ans : 21%            (26/126)            25 ans et + : 14,1%            (29/206)</p> <p><b><u>HSH</u></b>            Ensemble : 36%            (215/600)            15-24 ans : 38,1%            (164/430)            25 ans et + : 34%            (57/168)</p>	<p><b>Enquête de Surveillance des Comportements, Haïti 2006</b></p>
<p>15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des</p>	<p><b>Femmes :</b>            15-19 ans : 15,3% (413/2701)</p>	<p><b>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</b></p>

rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	<p>20-24 ans : 13,5% (271/2004)</p> <p><b>Hommes :</b>  15-19 ans : 41,9% (507/1211)  20-24 ans : 43,7% (390/893)</p>	
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	<p><b>Femmes :</b>  15-19 ans : 2,8% (25/896)  20-24 ans : 3,1% (45/1448)  25-49 ans : 1,3% (65/5026)  15-49 ans : 1,9% (140/7371)</p> <p><b>Hommes :</b>  15-19 ans : 27,8% (156/562)  20-24 ans : 38,2% (261/684)  25-49 ans : 27,7% (603/2176)  15-49 ans : 29,8% (1020/3422)</p>	<i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i>
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultat</b>	<b>Source</b>
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	<p><b>Femmes :</b>  15-19 ans : 32,3% (206/637)  20-24 ans : 26,1% (171/654)  25-49 ans : 20,3% (169/833)  15-49 ans : 25,7% (546/2125)</p> <p><b>Hommes :</b>  15-19 ans : 33,0% (184/557)</p>	<i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i>

	20-24 ans : 52,6% (327/622) 25-49 ans : 40,1% (378/943) 15-49 ans : 41,9% (889/2122)	
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>Ensemble</b> : 90% (224/248) 15-24 ans : 90,1% (136/151) 25 ans et + : 91% (87/96)	<b>Enquête de Surveillance des Comportements, Haïti 2006</b>
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	<b>Ensemble</b> : 73% (437/600)  Données selon groupe d'âge non disponibles	<b>Enquête de Surveillance des Comportements, Haïti 2006</b>
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	<b>ND</b>	----
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils s sont injecté de la drogue	<b>ND</b>	----

## Impact

Indicateurs	Résultat	Source
22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15 à 24 ans infectés par le VIH	<p><b>Femmes enceintes :</b>            15-19 ans : 3,7% (38/1041)            20-24 ans : 3,7% (69/1884)            15-24 ans : 3,7% (107/2925)</p> <p><b>Ensemble :</b>            15-19 ans : 0,5% (13/2518)            20-24 ans : 1,7% (32/1871)            15-24 ans : 1,0% (45/4389)</p> <p><b>Femmes :</b>            15-19 ans : 0,9% (12/1322)            20-24 ans : 2,3% (23/999)            15-24 ans : 1,5% (35/2321)</p> <p><b>Hommes :</b>            15-19 ans : 0,1% (1/1197)            20-24 ans : 1,1% (10/872)            15-24 ans : 0,5% (11/2069)</p>	<p><i>Étude 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 2006-2007</i></p> <p><i>EMMUS-IV, Haïti 2005-2006</i></p>
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	<p><b>TS</b> : 5,23% (276/5276)</p> <p><b>Jeunes</b> : 1,06% (10/947)</p> <p><b>TS</b> : 5% (265/5303)</p> <p><b>Jeunes</b> : 1,74% (22/1262)</p>	<p><i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2006</i></p> <p><i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2007</i></p>

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	65,3% (4 723/7 228)  65,1% (6 943/10 669)	<i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2006</i>  <i>PEPFAR/IHE-MESI, Année 2007</i>
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	<b>ONUSIDA</b>	

## Indicateurs mondiaux

Indicateurs	Résultat	Source
1. Montant des flux financiers bilatéraux et multilatéraux (engagements et versements) en faveur des pays à revenu faible et intermédiaire	ND	---
2. Montant des fonds publics affecté à la recherche et développement de vaccins et de microbicides préventifs du VIH	ND	---
3. Pourcentage d'entreprises transnationales implantées dans les pays en développement qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH sur le lieu de travail	ND	---
4. Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH sur le lieu de travail	ND	---

## Aperçu de l'épidémie de sida

Selon le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie du VIH publié en décembre dernier, on estime que 33,2 millions [30,6 – 36,1 millions] de personnes vivent avec le VIH en 2007. Ce chiffre comparé à celui de 2006 (42 millions) présenterait une nette amélioration, un grand recul de l'épidémie. Mais il ne faut pas automatiquement crier victoire. Car, si on reconnaît l'effet des programmes VIH sur ces chiffres, les chercheurs ont aussi noté que « *Les estimations de l'épidémie présentées dans le rapport de cette année reflètent les améliorations apportées à la collecte et à l'analyse des données au niveau des pays, ainsi qu'une meilleure compréhension de l'histoire naturelle et de la répartition de l'infection à VIH* ».

Haïti a plus ou moins connu une situation quasi pareille. Dépourvu de système de notification systématique de cas au début de l'épidémie, le pays s'était basé sur des enquêtes sporadiques pour se faire une idée de la situation de l'épidémie. En effet, selon un extrait du document : **Estimation de la Séroprévalence chez les adultes en Haïti - Méthodologie pour estimer la séroprévalence du VIH en Haïti : Projections et impact du SIDA sur la population Haïtienne - 1998 POLICY Project** : « *Les premiers cas de SIDA en Haïti ont été observés à Port-au-Prince au début des années 80 et répertoriés pour la première fois en 1982. Cependant, le plus ancien cas de SIDA, retracé rétrospectivement, remonte à juillet 1978. Les premiers cas enregistrés chez des haïtiens vivant aux Etats Unis ont été diagnostiqués en 1981. Le nombre total des cas de Sida confirmés n'est pas connu. De toute évidence les données rapportées ne reflètent pas la réalité à cause du niveau élevé de sous notification.* »

Un pas qualitatif a été fait avec l'adoption des enquêtes de sérosurveillance chez les femmes enceintes en clinique prénatale à partir de 1993 pour suivre l'épidémie en Haïti. Faute d'enquête nationale au niveau de la population générale, le groupe des femmes enceintes est considéré comme un bon indicateur-proxy de la tendance de l'épidémie au niveau de la population.

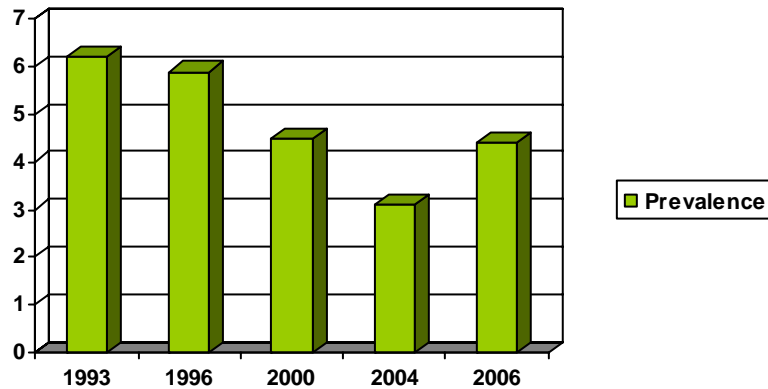
En Haïti, on a utilisé les résultats des enquêtes de séroprévalence chez les femmes enceintes pour faire des extrapolations à la population générale. De 1993 à 2006, le pays a réalisé cinq études sentinelles (1993, 1996, 2000, 2004, 2006). La prévalence chez ce groupe a diminué de 50 % de 1993 à 2004, passant de 6,2 % à 3,1%.

La dernière enquête (2006) de séroprévalence donne une prévalence de 4,4 % chez les femmes enceintes. Ce qui représente une hausse par rapport aux résultats (3,1%) de l'avant dernière enquête. Les résultats présentés en 2007 ont

soulevé bien des discussions et n'ont pas fait de consensus dans la communauté scientifique haïtienne.

### Evolution de la Séroprévalence chez les Femmes enceintes vues en cliniques prénatales dans les sites sentinelles

Haïti, 1993-2006



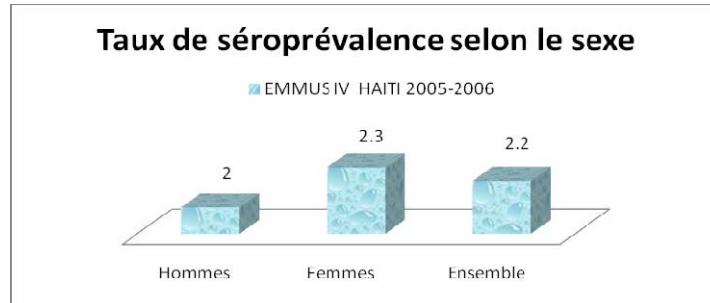
*Source : Etudes de Sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes*

En outre, la base de données nationale ([www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)) qui héberge les rapports institutionnels de fourniture de services CDC, PTME, ARV donne une prévalence variant entre 3% et 8 % chez les usagers.

Avec les résultats de la dernière Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-IV), qui a eu un volet spécifique VIH, on peut s'enorgueillir d'avoir la tendance du VIH dans la population générale. La base de calcul pour l'EMMUS est différente de celle de séroprévalence chez les femmes enceintes. On ne doit donc pas comparer les chiffres de ces deux enquêtes (*surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et enquête démographique populationnelle*).

A partir de l'enquête EMMUS-IV (2006), on a une meilleure appréciation de la situation épidémiologique du VIH en Haïti. Avec une prévalence de 2,3% chez les femmes contre 2% chez les hommes, l'épidémie est toujours au stade

généralisé en Haïti ; toutes les couches sociales tous âges confondus sont atteintes par ce fléau. La concentration des cas se retrouve davantage en milieu urbain (1,9% contre 1% en milieu rural). Mais la tendance à la ruralisation se fait de plus en plus sentir. Elle a été d'ailleurs largement soulignée lors de la présentation des dernières Estimations et Projections épidémiologiques du VIH et du SIDA en Haïti (septembre 2007).



Suivant cette dernière étude, le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est estimé pour l'année 2007 à 109 116 pour les adultes de 15 ans et plus, à 5 888 enfants de 0-14 ans ; le nombre de décès annuels à 8 109 tous âges confondus. Les nouvelles infections attendues sont estimées à 12 499. La féminisation de l'épidémie représente aussi un fait marquant voire préoccupant. L'EMMUS-IV donne un ratio de 115 femmes pour 100 hommes atteints de VIH alors que l'infection touchait 6 hommes pour 1 femme en 1988 et 1 homme pour 1 femme en 2002.

## **Riposte Nationale à l'Épidémie du Sida**

### *Plan stratégique*

Comme mentionné précédemment, le gouvernement haïtien et ses divers partenaires se sont mobilisés pour répondre aux défis posés par l'épidémie du sida.

Dès la fin des années 1970, période au cours de laquelle le sida fit son apparition en Haïti, un groupe de chercheurs et de cliniciens mirent sur pied le Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO) afin de mieux cerner cette nouvelle pathologie et de proposer des éléments de réponse scientifique et adaptés.

En 1983 et en 1985, le gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) créa successivement deux (2) Commissions techniques. La première Commission Nationale de Lutte contre le sida vit le jour en 1987. Un

Conseil Interministériel de Lutte contre le sida fut constitué au cours de la période 1987-1991.

Quatre (4) plans stratégiques nationaux furent élaborés : l'un relatif à la période 1988-1992, un second concernant la période 1996-2000 ; un troisième se rapportant à 2002-2006 et le dernier devant s'étendre de 2008 à 2012.

Celui couvrant la période 1996-2000 n'a pu être opérationnel en raison de sa vision limitée (*priorisation des interventions du secteur santé*) d'une part, de sa non appropriation par les intervenants et des problèmes d'ordre financier d'autre part.

Conscients du fait que le sida est une maladie sociale et que le secteur santé à lui seul ne saurait la juguler, les différents intervenants confèrent au plan stratégique 2002-2006 un caractère multisectoriel. Divers autres secteurs furent impliqués tels les Ministères de l'Éducation Nationale , de la Jeunesse et des Sports (MENJS), de la Condition Féminine et aux Droits de la Femme (MCFDF), des Affaires Sociales et du Travail (MAST) et de la Justice (MJ) ; des organisations non gouvernementales et internationales et certains groupes constitués comme l'Association de Solidarité Nationale avec les personnes affectées et infectées par le VIH/sida (ASON) et le Groupe de Recherches et d'Actions Antisida et Anti Discrimination Sexuelle (GRASADIS).

Ce plan s'articulait autour des trois (3) axes stratégiques suivants:

- diminution du risque d'infection aux IST et au VIH pour ralentir l'épidémie
- réduction de la vulnérabilité
- diminution de l'impact de l'épidémie.

Les aspects préventif et curatif avaient été pris en compte. Cependant, du fait de la non disponibilité à grande échelle des antirétroviraux dans le système, l'accent avait été mis principalement sur la prise en charge des infections opportunistes.

Un atelier de travail avait été organisé avec la participation de divers secteurs pour la validation de ce plan.

Sous l'égide du Fonds Mondial, le Conseil Consultatif Multisectoriel (CCM) a été constitué, avec pour principale mission la supervision de la gestion globale du Fonds Mondial en Haïti

Un comité multisectoriel fut constitué pour la révision du PSN 2002-2006. Et un nouveau plan national stratégique multisectoriel fut élaboré pour la période 2008-2012.

Ce plan stratégique s'articule autour de cinq (6) axes principaux d'intervention :

- réduction du risque
- réduction de la vulnérabilité
- réduction de l'impact
- promotion et défense des droits humains
- construction de la pérennité des interventions
- surveillance de l'épidémie et recherche

L'implication du gouvernement au plus haut point a été obtenue et le lancement du processus d'élaboration du plan a été fait par le Premier Ministre en janvier 2007 lors d'une cérémonie officielle.

De même, le comité multisectoriel s'est inspiré des recommandations issues de la rencontre de juin 2006 relative à l'accès universel lors de la révision du plan.

Le plan a été validé et pour la plupart des personnes interrogées, le processus d'harmonisation des programmes par différents partenaires en fonction du nouveau cadre a été déjà initié.

Il est prévu l'élaboration de plans opérationnels départementaux et de plans sectoriels pour la définition d'actions concertées et mieux coordonnées. Six (6) plans sectoriels (MSPP, MCFDF, MEFP, MJ, MAST et MJSAC) sont en cours de rédaction. Le plan prévoit également la conception d'un plan de suivi et d'évaluation. Un cadre a déjà été rédigé et attend la constitution du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida pour être finalisé.

Comme celui de 2002-2006, ce plan présente un budget détaillé pour chaque domaine programmatique. Cependant, le pourcentage du budget alloué au suivi et à l'évaluation est nettement en dessous des 10% généralement recommandés.

Par ailleurs, un Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé a été également préparé pour la période 2005-2010.

Sur une initiative de la Direction Générale du MSPP, un comité de pilotage a été mis sur pied en avril 2007 avec pour mandat d'organiser un forum national pour le réaligement du secteur Santé.

Les termes de référence portaient sur la gouvernance, la décentralisation, les ressources humaines, le financement et l'offre de soins.

Un bilan sur chacun de ces thèmes a été réalisé et les résultats présentés lors du forum tenu en décembre 2007. Ces différents bilans ont été validés.

Des groupes de travaux ont été formés pour chaque thématique afin de les réaligner, le cas échéant.

### *Appui politique*

Haïti, à l'instar d'autres pays, a ratifié la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida lors de la Sessions extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001. Par cet acte, le gouvernement haïtien s'est engagé à renforcer ses interventions en vue de combattre ce fléau. Comme nous l'avons souligné antérieurement, quatre (4) plans stratégiques ont été élaborés et le dernier vient d'être finalisé.

Selon la majorité des personnes interrogées, la lutte contre le VIH/Sida constitue l'un des axes de deux (2) plans généraux de développement : le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et le plan national de développement. La prévention du VIH, la réduction des inégalités entre les sexes et de revenu, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et la démarginalisation économique des femmes, constituent les principaux éléments pris en compte par ces plans.

Au-delà d'une prise de parole graduelle, progressive et systématique des responsables politiques sur la problématique du VIH, il y a un sens de suivi des activités qui s'est dessiné, une participation visible et plus constante dans les activités de lutte contre le VIH/Sida. Un niveau d'engagement manifeste se concrétise, se matérialise chaque jour davantage.

En voici quelques grands acquis au cours de la période :

- Le Plan Stratégique National Multisectoriel, 2008-2012 : la préparation du document a été lancée par le Premier Ministre en janvier 07 ; il en a suivi le processus d'élaboration et préfacé le document finalisé le 2 juillet 07 ;
- A travers divers discours, le Premier Ministre a pris l'engagement d'accompagner le Programme National dans la mise en place :
  - D'un système de Suivi et d'Evaluation Unique du programme VIH/Sida
  - D'une instance de Haut niveau pour coordonner la lutte

- La participation du Premier Ministre au remplissage du questionnaire sur l'indice composite et la constitution d'une équipe technique pour la collecte de données financières dans le cadre de l'élaboration du rapport UNGASS ;
- Au niveau du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), la stratégie prônée par l'OPS/OMS appelée PCIMAA qui opte pour la décentralisation des services VIH/Sida, en vue d'atteindre l'Accès Universel, a été adoptée ;
- L'appui du Ministre de la Santé au processus d'élaboration du rapport UNGASS et la participation du Directeur Général au remplissage du questionnaire sur l'indice composite et aux discussions relatives aux meilleures pratiques dans le cadre de la lutte ;
- Un financement spécifique venant du trésor public est attribué au VIH/Sida pour l'année fiscale octobre 2007-septembre 2008. Cet acte constitue une toute première dans l'histoire de la lutte contre le VIH/Sida en Haïti.

Le pays ne dispose pas encore d'un organe national de coordination multisectoriel. Les démarches relatives à la constitution de cette entité est en cours. Cependant, depuis de nombreuses années, ce rôle a été dévolu à une structure du secteur santé, l'Unité de Coordination et de Contrôle du Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/Sida.

Parallèlement, fonctionne le CCM, comité à caractère multisectoriel, responsable de la gestion du Fonds Mondial en Haïti.

### *Droits de la personne*

Le principe d'équité et d'égalité dans la fourniture des soins a été établi par la Constitution qui, en son article 19, stipule « *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* ».

Tous les informateurs s'accordent pour affirmer que le pays ne dispose pas de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la stigmatisation et la discrimination.

Cependant, aucun règlement n'interdit la prise en charge des PVVIH et des populations vulnérables. De plus, le quatrième axe stratégique du PSN 2006-2012 porte sur la promotion et la défense des droits humains. Des projets de lois concernant les Droits et devoirs des PVVIH ont été élaborés et soumis à l'exécutif pour être présentés au Parlement.

Pour certains groupes reconnus vulnérables, tels les femmes, les enfants et les handicapés, des dispositions quant à la protection de leurs droits ont été prises. La signature de la Convention relative aux droits de l'enfant et la disponibilité d'un code de protection des enfants, la création de l'Office de Protection des Citoyens, du Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes et tout récemment, celle de la Secrétairerie d'État à l'Intégration des Personnes Handicapées, constituent la matérialisation d'une volonté face à des engagements pris.

Hormis des programmes d'éducation et de sensibilisation de la population et du personnel prestataire pour le développement d'attitudes non discriminatoires et non stigmatisantes, des mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne dans le cadre de la lutte contre le VIH, n'ont pas été implantés.

Les associations de PVVIH se sont mobilisées pour la défense de leurs droits. Elles reçoivent un appui soutenu de l'organisation Promoteurs Objectif Zéro Sida (POZ). Elles ont, avec le support de l'UCC/MSPP, Fondation Sogebank, l'AOPS et Concern créé une revue « Leadership » pour sensibiliser leurs membres, les décideurs politiques et la population, faire passer leur message et entendre leur voix. Une session de formation en techniques de plaidoyer a été organisée à l'intention de certains membres.

Les résultats concernant la lutte contre les phénomènes de rejet semblent être encourageants. Selon l'EMMUS-IV, un changement de comportement de la population vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/sida a été noté. Si en 1999-2000 35% des femmes et 42% des hommes étaient prêts à s'occuper, dans leur famille, d'une personne malade du sida, en 2005-2006, ces pourcentages sont passés respectivement à 61%.

Aucune loi interdisant le dépistage du VIH dans le cadre de l'emploi n'a été votée. Selon une personne bien avisée, « les compagnies d'assurance ne veulent pas assurer les travailleurs infectés ».

En dehors de quelques initiatives privées, les membres du système judiciaire n'ont pas été spécifiquement touchés par cette problématique.

Les avis sont partagés sur l'appui fourni par le gouvernement aux populations les plus à risque pour leur permettre de participer à la conception de politiques et la mise en œuvre de programme de lutte contre le VIH/Sida.

Sur le plan de la recherche, un Comité de Bio-Éthique et de Protection des personnes été constitué en 1999, par décision ministérielle. Il compte parmi ses membres des représentants de la société civile mais pas de représentants de PVVIH. Pour certaines études telles que l'EMMUS-IV et les Études de séro surveillance par méthode sentinelle chez les femmes enceintes par exemple, les protocoles ont été révisés également par le Comité d'éthique de l'institution chargée de fournir l'appui technique.

Il semble que l'existence de ce comité national n'est pas bien connue de tous les informateurs clés ; les déclarations divergent quant à la disponibilité d'une telle politique.

Dans l'ensemble, les personnes interviewées pensent que l'engagement du gouvernement en terme de droits de la personne demeure insuffisant. Des efforts ont été certes entrepris sur les aspects d'élaboration de politiques, de projets de lois et de mise en place de structures de protection mais vu sous l'angle d'application et de suivi, la situation n'a pas vraiment évolué depuis 2005.

### *Participation de la société civile*

De l'avis de plus d'un, des efforts ont été consentis en vue d'accroître la participation de la société civile comparativement à l'année 2005.

Dans le cadre de l'approche participative, différents secteurs ont été mobilisés ; des ONG et des associations de PVVIH principalement s'étaient impliquées dans le processus de révision du PSN. Un renforcement de leurs interventions en matière de prévention et de prise en charge a été observé. En termes d'appui à la mise en œuvre des interventions, d'aucuns estiment que de plus grande opportunités leur sont offertes dans le domaine de l'assistance technique qu'en ce qui concerne le soutien financier.

Selon les estimations faites par la majorité des personnes du secteur privé interrogées, un fort pourcentage de programmes et de services, et pas des moindres, est assuré par la société civile. Elles ont mentionné dans une fourchette allant de 50% et plus, la prévention pour les jeunes, les conseils et test, les services cliniques (IO/ARV).

La prévention pour les HSH, les soins à domicile et les programmes en faveur des OEV le seraient à au moins 50%.

## *Prévention*

Les résultats de diverses études faisant état de l'importance de la prévention dans la lutte contre cette pandémie, le gouvernement à l'instar de ceux des autres pays, fit de ce volet, son cheval de bataille.

La précocité des rapports sexuels, la faible utilisation du préservatif, la féminisation de l'épidémie constatée dès la fin des années 1990, déterminèrent le gouvernement à mettre en place un projet d'Information et d'Éducation en faveur des jeunes principalement et le projet de transmission de l'infection du VIH de la mère à l'enfant. Ce programme est supporté dans une grande mesure par l'aide externe.

Les personnes des secteurs public et privé interrogées estiment que la sensibilisation et l'éducation quant à la réduction des risques, de la stigmatisation et de la discrimination, la promotion des préservatifs et le conseil et test volontaire, sont effectués dans tous les départements.

Par contre, les opinions divergent en ce qui a trait à la disponibilité des autres services. Si pour le secteur privé, la réduction des risques chez les professionnels/les du sexe, la sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la prévention du VIH sur le lieu du travail se font au niveau de quelques-uns des départements, pour le secteur public, il en est autrement ; tous les départements en offrent.

Concernant la prévention, trois (3) organisations partenaires, la Fondation de la Santé Reproductive et de Santé Familiale (FOSREF), le Volontariat pour le Progrès d'Haïti (VDH) et le Programme Santé et Information (PSI) se sont, dès le début, engagées dans la prévention chez les jeunes en privilégiant la stratégie de l'éducation par les pairs. Elles seront rejointes par d'autres dont Promoteurs Objectif Zéro sida (POZ) par la mise à disposition du public du téléphone bleu 24 h sur 24, et les confessions religieuses. Des services cliniques pour jeunes sont offerts par la FOSREF depuis deux (2) décennies et récemment par les Centres GHESKIO.

Des cliniques mobiles sont organisées par certains partenaires afin de faciliter l'accessibilité aux services. D'autres comme Konesans Fanmi (KF), organisent des séances de dépistage pour les jeunes lors des caravanes de sensibilisation.

Les professionnels/les du sexe constituent l'un des groupes cibles visés par le programme de prévention et de traitement. Cependant, très peu d'organisations ont développé des programmes s'adressant aux travailleurs/ses du sexe et à

leur (s) client (s). Ils ont été implantés particulièrement par deux (2) partenaires du secteur privé : FOSREF dans l'Ouest (Aire métropolitaine) et le Nord, et PALIH dans l'Artibonite. Ces programmes couvrent l'aspect relatif à la prévention incluant le dépistage du VIH.

Une éducation ciblée et des cours d'orientation professionnelle sont offerts aux femmes afin d'arriver à une revalorisation de l'estime de soi et à une certaine autonomisation.

Pour ce qui est des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, un seul partenaire, POZ avec l'appui d'autres ONG, offre à travers le SEROVIE (*nouvelle appellation de GRASADIS*) une éducation ciblée à ce groupe. Ce programme couvre trois communes : Port-au-Prince dans l'Ouest, Jacmel dans le Sud-est et Cap-Haïtien dans le Nord.

Les policiers représentent l'un des groupes ciblés par le programme de prévention. Ce programme couvre les aspects relatifs à la communication pour le changement de comportement, la fourniture de préservatifs, le conseil et le dépistage du VIH, la prise en charge des IST et les soins et support.

En matière de conseil et de dépistage, le test est obligatoire pour les postulants, volontaire et anonyme après recrutement.

La problématique du VIH/Sida en milieu carcéral n'est pas encore bien formulée. Elle se pose et se développe dans une perspective générale d'accès aux soins de santé et du respect des droits humains. Habituellement, le prévenu est référé, sur demande du Commissaire du Gouvernement à un établissement public de santé pour être pris en charge.

Diverses initiatives promouvaient la mise en place de structures de soins à l'intérieur des prisons mais ces dernières ne se sont jamais concrétisées. Soulignons qu'un personnel infirmier dispense des soins primaires aux détenus.

Au cours de l'année 2007, à l'initiative du Comité International de la Croix-Rouge et de la Croix-Rouge Haïtienne, différentes rencontres d'acteurs clés ont eu lieu, comme le MJSP, le MSPP et les organisations des droits humains pour offrir un paquet global de santé aux détenus. C'est en ce sens qu'au cours du deuxième trimestre de l'année 2007, le personnel du Pénitencier National a été formé sur les modes de transmission du VIH et certaines précautions sanitaires universelles.

Les chauffeurs de véhicules publics ne constituent pas un groupe cible pour le programme de lutte contre le VIH/Sida. Ils sont touchés à travers les interventions offertes à la population générale.

En Haïti, la prise en charge des consommateurs de drogues (CD) est assurée par l'Association pour la prévention de l'Alcoolisme et autres Accoutumances Chimiques (APAAC). Selon les informations recueillies, la consommation par injection n'est pas courante en Haïti et l'APAAC affirme n'avoir pas recensé de consommateurs de drogues injectables (CDI) parmi ses clients.

De plus, l'APAAC ne dispose d'aucune information relative au résultat du test VIH effectué par ses clients.

La non utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues, les exposant au risque d'attraper les IST et le VIH/Sida, l'APAAC organise à leur intention des séances d'IEC ciblées. Du matériel éducatif a été développé avec l'appui technique de Family Health International (FHI) et le support financier de l'USAID.

Un plan de Communication pour le Changement de Comportement et la Mobilisation Communautaire (CCC/MC) fut également élaboré. Un mapping des interventions CCC a été réalisé par le MSPP et ses partenaires à la fin de l'année 2007 en vue d'arriver à une meilleure couverture des départements, les résultats d'une analyse situationnelle effectuée par Health Communication Partnership (HCP) ayant révélé, entre, autres, une concentration des interventions dans les zones d'accès facile et un manque de coordination entre les intervenants.

Beaucoup de matériel éducatif furent produits : pamphlets, livrets, affiches, maillots. Un inventaire du matériel éducatif effectué au cours du dernier trimestre de l'année 2007 par le groupe thématique CCC/MC a mis en évidence une carence en matériel destiné aux hommes et à la population en général.

Selon les informateurs clés, plusieurs types de canaux, de supports et de moyens sont utilisés pour atteindre la population : les media, les écoles, témoignages de PVVIH image/déclaration de personnalités, théâtre/film et les supports visuels (affiches, pamphlets).

Lancé en 1999, le Centre de Communication sur le sida (CECOSIDA) continue de mener ses activités d'information et de formation centrées sur la promotion de comportements sexuels responsables.

Il est vrai que les réponses se sont intensifiées avec l'apport de PEPFAR et du Fonds Mondial mais certains défis restent encore à relever.

Le niveau de connaissance complète du VIH/sida demeure insuffisant. Selon les résultats de l'EMMUS-IV, les hommes de 15-24 ans sont mieux informés (40%) que les femmes du même groupe d'âge (30%).

Cette situation demeure préoccupante parmi les groupes les plus à risque. Selon les résultats de l'Enquête de Surveillance des Comportements menée en 2006, à l'exception des HSH chez lesquels le niveau de connaissance avoisine celui des hommes de la population générale (36%), les travailleuses du sexe, les migrants/tes ont peu de connaissance du VIH (respectivement 6.5% et 17%). Les chauffeurs de véhicules publics (0,0%) n'en possédaient aucune connaissance.

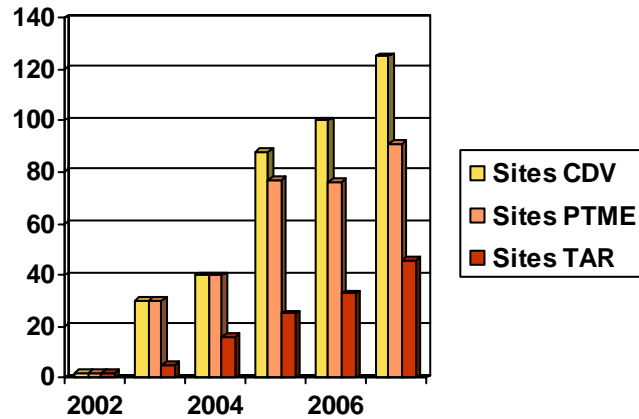
Cependant, même si le niveau de connaissance des travailleuses du sexe est faible, la quasi-totalité interrogée lors de l'enquête comportementale (90,0%), a déclaré avoir des rapports protégés avec leurs derniers clients, quel que soit leur groupe d'âge. Chez les HSH, le taux d'utilisation du préservatif était de 73%.

Si les résultats relatifs à la précocité des rapports sexuels ont montré des changements considérables chez les jeunes hommes de 15-24 ans (43% des jeunes hommes en 2005-2006 contre 62% en 1999-2000), chez les jeunes femmes du même groupe d'âge la situation est restée stationnaire (14,5% en 2005-2006 contre 13% en 1999-2000)

Par contre, le taux d'utilisation du condom au cours des rapports sexuels à risque chez les personnes de 15-49 ans connaît une nette augmentation; passant de 14% en 1999-2000 à 26% en 2005-2006 chez les femmes et de 26% à 42% chez les hommes.

En ce qui concerne le dépistage volontaire et la transmission verticale, l'installation de centres de dépistage volontaire (CDV) couplés, dans la majorité des cas, de centres de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a débuté en 1999. Une augmentation du nombre de sites CDV et PTME a été observée. A la fin de 2007, le système disposait de 125 sites CDV et de 91 sites PTME répartis au niveau des dix (10) départements sanitaires du pays. Il faut souligner que le département de l'Ouest compte à lui seul 46% et 36% des sites respectivement.

### Evolution de la couverture des services



Types de Sites	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sites CDV	2	30	40	88	100	125
Sites PTME	2	30	40	77	76	91
Sites TAR	2	5	16	25	33	46

Source: MESI Haiti

### Répartition des sites PTME par département Haïti, Décembre 2007

Département	Nombre de sites PTME	Pourcentage
Ouest	35	38,4
Nord	10	11,0

Sud	10	11,0
Artibonite	10	11,0
Grande-Anse	4	4,4
Nord-ouest	5	5,5
Nippes	2	2,2
Centre	9	9,9
Sud-est	3	3,3
Nord-est	3	3,3
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

Source : MESI

### Répartition des sites CDV par département Haïti, Décembre 2007

Département	Nombre de sites CDV	Pourcentage
Ouest	57	45,6
Nord	11	8,8
Sud	13	10,4
Artibonite	12	9,6
Grande-Anse	5	4
Nord-ouest	7	5,6
Nippes	4	3,2
Centre	9	7,2
Sud-est	4	3,2
Nord-est	3	2,4
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Source: MESI

Eu égard aux efforts considérables qui ont été faits pour porter les gens à se faire dépister, les avancées dans ce domaine se sont révélées encourageantes quoiqu'encore faibles.

En effet, on note une augmentation significative du nombre de personnes à avoir été testées entre les périodes 1999-2000 et 2005-2006. En 1999-2000, 4% des femmes et 5% des hommes avaient déclaré avoir effectué un test de dépistage. Ces pourcentages sont passés respectivement à 18% et à 11% en 2005-2006. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir subi un test de dépistage. Ceci serait-il dû au fait que la promotion des services s'était adressée essentiellement aux femmes dans le cadre de la PTME ?

Selon les données recueillies des sites de PTME en 2006, 34% des femmes VIH+ ont bénéficié de la prophylaxie aux antirétroviraux. Ce pourcentage est de 27% en 2007.

Sur les 5 224 femmes enceintes qui devraient avoir accès à la prophylaxie antirétrovirale selon les projections épidémiologiques effectuées pour l'année 2007, 19% en avaient bénéficié.

Pour ce qui est du marketing social, le Programme Santé Information (PSI) s'en occupe depuis de nombreuses années. Dans le cadre d'un partenariat MSPP, OPS-OMS, USAID, UNFPA et PSI, un système centralisé de gestion des intrants est en train d'être mis en place. Les préservatifs seront pris en compte dans ce mécanisme. La coordination sera assurée par le MSPP à travers la Direction de Pharmacie et de Médecine Traditionnelle (DP/MT).

En ce qui a trait à la sécurité transfusionnelle, un Programme National de Sécurité transfusionnelle a été créé par décret ministériel en 2005.

Suite à une évaluation des centres de transfusion sanguine menée en 2005 qui avait révélé une limitation du nombre de sites, une carence en donneurs réguliers (4%) et la quasi inexistence d'un système d'évaluation de la qualité des services, certaines dispositions ont été prises en vue de palier ces insuffisances.

Une augmentation du nombre de sites fixes fournisseurs de sang a été effectuée et la collecte à travers des points mobiles renforcée ; de neuf (9) sites répartis dans sept (7) départements sur dix (10) en 2005, le nombre est passé à vingt-et-un (21) répartis dans neuf (9) départements en 2007. La majorité d'entre eux (29%) se trouve dans l'Ouest; l'Artibonite, le Centre et le Nord en détiennent 14% chacun.

Un programme de contrôle de qualité/d'assurance de qualité est exécuté en partenariat avec les Centres GHESKIO.

Une campagne pour la promotion du don de sang est entreprise par PSI en collaboration avec la Croix Rouge Haïtienne et l'Organisation Mondiale de la Santé dans le cadre du projet PEPFAR. Il a été institué également la journée du don de sang.

Le gouvernement a mis l'accent également sur la sécurité des injections et la gestion des déchets piquants tranchants. Un projet, le Making Medical Injections Safer (MMIS) est exécuté par John Snow Inc. (JSI) pour le compte du MSPP dans le cadre du projet PEPFAR depuis 2004. Un Comité National de Sécurité des Injections (CNSI) a été formé au cours de la période 2004-2006. De même,

Ce projet vise à un changement de comportement des travailleurs de santé et de la communauté dans leurs pratiques d'injections et une gestion efficace des déchets biomédicaux.

Il s'articule autour des axes stratégiques suivants :

*renforcement des capacités* : dispensation de la formation du personnel des dix (10) départements sanitaires (*médecins, personnel infirmier, officiers sanitaires, personnel de soutien, étudiants/tes des facultés des sciences de la santé*) pour des pratiques saines d'injections et de gestion des déchets ;

*approvisionnement en intrants* : distribution de seringues rétractables et autobloquantes, boîtes de sécurité pour la collecte des seringues usagers, gants de travail, poubelles aux institutions ciblées par le programme ;

*communication* : élaboration et diffusion de spots de sensibilisation, d'affiches à l'intention du personnel médical et paramédical ainsi que du public portant sur la promotion des médicaments oraux, le recours à un personnel qualifié en cas de problèmes de santé;

*amélioration des pratiques de gestion des déchets piquants tranchants* : implantation d'un système de support mural pour assurer la proximité des boîtes de sécurité par rapport aux prestataires, mise en place de comité d'hygiène, construction d'enclos et de sites d'élimination, distribution d'incinérateurs dans le cadre d'un partenariat avec l'UNICEF

Selon les résultats de l'EMMUS-IV, 20% des femmes et 12% des hommes enquêtés ont déclaré avoir eu une injection dans les douze mois ayant précédé l'enquête. Pour la quasi-totalité des femmes (99%) et des hommes (96%), du matériel neuf avait été utilisé par le personnel prestataire. Il faut souligner que les hommes pour lesquels l'injection a été effectuée selon les normes préconisées, sont proportionnellement moins nombreux au niveau du département du Nord (87%) que ceux des autres départements.

En matière d'intervention sur le lieu du travail, le secteur commercial (*formel et informel*) et industriel ainsi que le syndicat des chauffeurs se sont engagés dans la lutte.

Des séances d'IEC sont organisées au niveau des entreprises par le Centre de Promotion des Femmes Ouvrières (CPFO) et SMARTWork. Le CPFO effectue également la prise en charge des IST. Cependant, ce travail ne se fait pas sans certaines difficultés. Au dire d'un représentant de l'une de ces institutions, avec les contraintes logistiques et de ressources humaines, il faut beaucoup de flexibilité pour s'adapter aux horaires fixés par les entreprises et/ou au temps accordé pour les séances. Les animateurs, très souvent, font face au manque de disponibilité et d'attention du personnel (*séance à l'heure du lunch/ travaillant à la*

*pièce, certains ouvriers se dépêchent afin de pouvoir fournir le maximum dans la journée).*

Qu'il s'agisse des informateurs du secteur public que de ceux du secteur privé, ils sont légion ceux qui admettent que les progrès accomplis au cours des deux (2) dernières années aient été considérables. Certains pensent, cependant, que les activités de prévention ont été un peu affaiblies au profit de la thérapie antirétrovirale ; que les efforts n'étaient pas suffisamment coordonnés.

### ***Traitement, soins et soutien***

Depuis la découverte du traitement, deux (2) partenaires, les Centres GHESKIO dans l'Ouest et Zanmi Lasante dans le Centre, ont introduit la thérapie antirétrovirale dans leur plateau technique.

Haïti, à l'instar d'autres pays en développement, bénéficia de la réduction des coûts des médicaments et de l'appui financier substantiel de PEPFAR et du Fonds Mondial. Le gouvernement profita de ces opportunités pour élargir sa gamme d'interventions. Certaines structures de santé ont été capacitées pour fournir des soins palliatifs et/ou la thérapie antirétrovirale aux personnes infectées. Des sites de soins palliatifs et d'ARV furent implantés à travers les dix (10) départements sanitaires du pays. Jusqu'à mi 2007, neuf (9) départements sur dix (10) en hébergèrent au moins un site. Au cours du second trimestre, le gouvernement dota le département du Nord-est d'un site ARV. L'offre des services se fait à travers 123 sites pour les soins palliatifs et 48 pour les ARV. Le département de l'Ouest est aussi le mieux pourvu : 46% et 29% respectivement. Il faut souligner que la majorité des sites cumulent ces deux (2) fonctions de prise en charge.

Comme pour le CDV et la PTME, une augmentation du nombre de sites d'ARV a été notée, passant de 2 en 2002 à 46 en 2007.

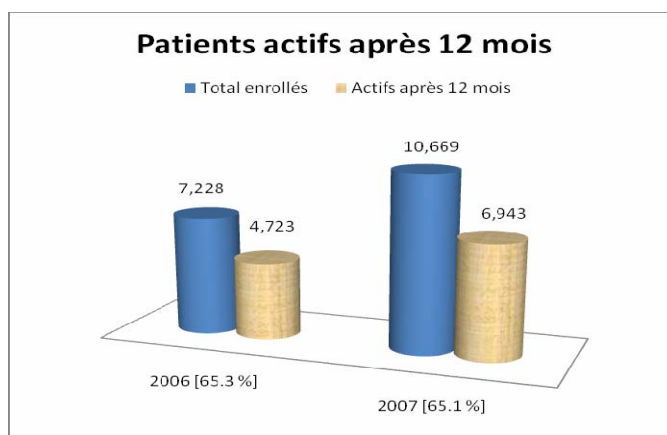
### **Répartition des sites ARV par département Haïti, Décembre 2007**

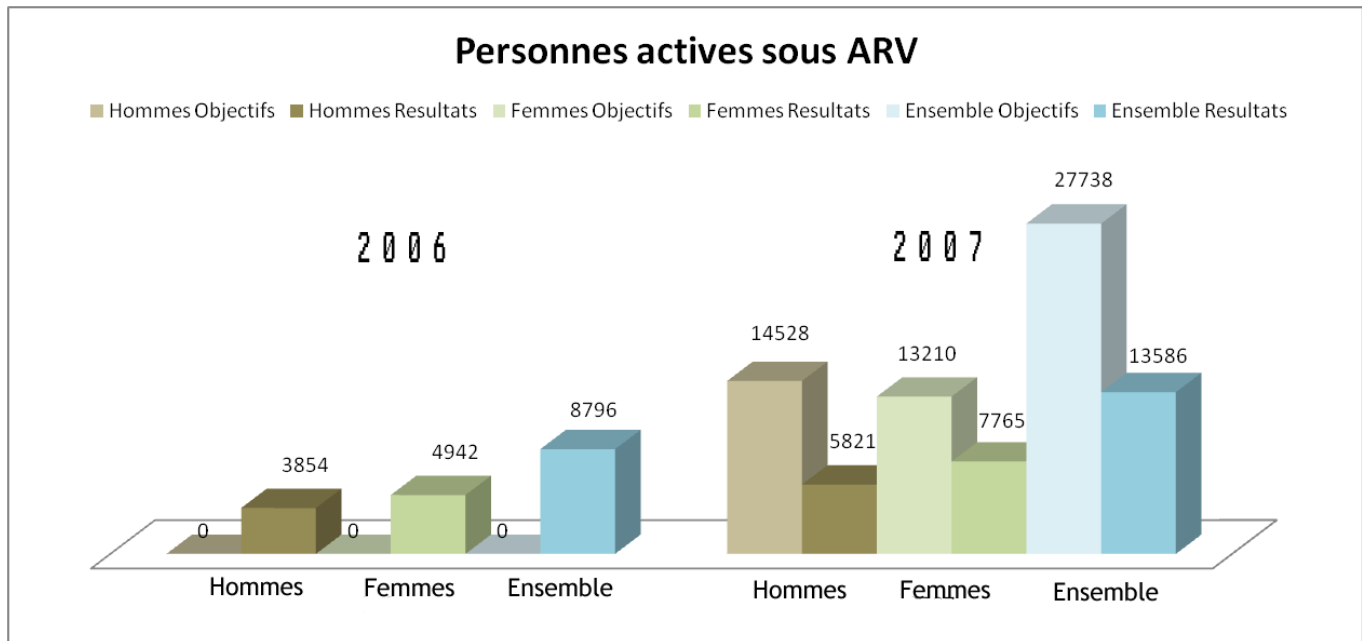
<b>Département</b>	<b>Nombre de sites ARV</b>	<b>Pourcentage</b>
Ouest	14	29,1
Nord	5	10,4
Sud	5	10,4
Artibonite	6	12,5
Grande-Anse	2	4,2
Nord-ouest	4	8,3
Nippes	2	4,2

Centre	8	16,7
Sud-est	1	2,1
Nord-est	1	2,1
Total	48	100,0

*Source : MESI*

En décembre 2007, 49% des personnes éligibles aux ARV ont été placés sous traitement. En outre, le pourcentage de patients que le système a pu maintenir entre 2006 et 2007, est resté stationnaire, respectivement 65%.





Pour la plupart des personnes du secteur privé interviewées, la couverture relative à la thérapie antirétrovirale est insuffisante.

La majorité des informateurs clés pensent que certains besoins, tels les soins nutritionnels, le traitement pédiatrique, le soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées, la co-infection VIH-TB, la prophylaxie à l'INH et au cotrimoxazole, les soins à domicile et la prise en charge sur le lieu de travail, ne sont couverts que par quelques départements. Les opinions des secteurs public et privé ne se recoupent que pour ces deux (2) derniers points.

### Meilleures Pratiques/Leçons apprises

Le partenariat efficace et proactif entre le secteur public et privé et l'existence de plans stratégiques établissant les grandes orientations de la lutte contre le VIH/SIDA ont été des facteurs déterminants dans le succès obtenu au cours de ces dernières années.

La volonté politique de l'État dans la lutte contre le VIH/SIDA manifestée par la parution pour la première fois en 2007 d'un Plan Stratégique National véritablement Multisectoriel (PSNM08-12) est un signal puissant adressé aux différents secteurs à la mise en place de mécanismes de gestion appropriée pour la mobilisation de nouvelles ressources, l'optimisation des ressources disponibles et l'obtention de résultats supérieurs à ceux attendus. Cette volonté a entraîné la mise en œuvre de partenariat public-public visant une solide coordination en amont et la recherche de synergie pour une optimisation des ressources disponibles.

Le partenariat public-public est essentiel au renforcement du partenariat public-privé dans un contexte caractérisé par une instabilité chronique avec des pics ponctuels qui fragilisent de plus en plus le leadership et l'autorité des institutions étatiques à réguler le système de santé. Le Ministère de la santé est en train de l'expérimenter avec des rencontres périodiques de travail de ses entités centrales et départementales sur le VIH/Sida. Cette démarche reste à être étendue aux autres secteurs concernés. Elle a permis grâce à des interventions en amont d'anticiper la faible absorption financière de certaines institutions vitales pour le maintien de certains acquis, de diminuer le coût de certaines interventions et d'éviter le gaspillage ou la rupture de certains intrants essentiels comme les médicaments.

Le partenariat Fonds Mondial / Fondation Sogebank et PEPFAR / USG team en consolidation est un modèle à suivre et à renforcer. Il a permis de mieux harmoniser et de potentialiser les activités de certaines institutions récipiendaires secondaires, par exemple pour une organisation d'une importance majeure comme la Croix Rouge Haïtienne dans le domaine de la production de sang dénué de risque en mettant en place des mécanismes de financement adéquats facilitant une absorption financière élevée et la fourniture de services de qualité par cette institution. Ces institutions (FSGB/USGteam) affichent une ferme volonté de planification conjointe de leur support qui a eu comme effet l'utilisation commune d'un outil de quantification (quantimed) des besoins en intrants essentiels et la centralisation des achats.

La gestion par les résultats est un incitatif majeur entraînant les institutions tant publiques que privées à identifier et à mettre des stratégies à la fois novatrices pour l'amélioration de leur performance et structurantes. Cette approche incite certains acteurs à innover et à s'adapter. Konesans Fanmi et PSI utilisent des stratégies comme la « caravane d'éducation et de services de santé » impliquant le développement des activités ludiques et de proximité avec les institutions prestataires fixes. Ces activités leur permettent d'atteindre leur population cible et en même temps établissent des liens de partenariat pour s'assurer du suivi des services offerts et de la mitigation des perdus de vue.

La prise en charge holistique prônée par plusieurs institutions du pays impliquant une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, counselor, psychologue, travailleur social, accompagnateur), la participation de la communauté et la lutte contre la stigmatisation sont des éléments clé de l'adhérence du patient à son traitement. En atteste la faible utilisation des drogues de deuxième ligne à date en Haïti. Zanmi la Sante à Cange met en œuvre une stratégie qui s'apparente à la stratégie DOTS de la tuberculose.

La disponibilité et la gratuité des services de dépistage et de prise en charge du VIH/Sida à côté des activités de CCC ont grandement contribué à limiter l'extension de la pandémie en Haïti.

L'adaptation des besoins de formation aux exigences des réalités du terrain a permis l'amélioration de la qualité des services fournis à la population.

L'appropriation et la pérennisation des interventions ne peuvent être une réalité sans un renforcement global du système de santé.

### **Principaux Obstacles et Mesures Correctives**

Si les déterminants de la maladie ne sont pas purement sanitaires et médicaux, cette assertion est encore plus fondée dans le cas du Sida. On ne cesse de noter l'aspect multifactoriel et multisectoriel d'une réponse au VIH/Sida. Agir sur les différents facteurs pour contrecarrer cette épidémie c'est comme élaborer un plan de développement. Cependant, on peut identifier certains obstacles spécifiques à la mise en place d'une réponse holistique au VIH/Sida en Haïti au cours des dernières années. On peut entre autres noter :

Une certaine précipitation dans nos démarches de planification ; on n'a pas toujours laissé le temps d'un re-examen de nos stratégies, interventions et activités de lutte contre la maladie.

une multiplicité d'intervenants, d'acteurs avec plusieurs systèmes de S&E rendant difficile l'utilisation des informations stratégiques pour un meilleur contrôle de la pandémie et l'amélioration de la couverture nationale en services de lutte contre le VIH/Sida.

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 n'a pas vraiment évolué.

En guise de mesures correctives, l'implication de tous les secteurs de la vie nationale à la lutte contre le VIH/Sida souhaité dans le PSNM 2008-2012 représente un pan de réponse à certains obstacles identifiés. Mais aussi un regard critique, des sessions d'évaluation périodiques seront aussi des actions importantes à entreprendre. Le développement ou la consolidation d'un niveau de gouvernance, de leadership à la hauteur de la problématique du VIH/Sida comme la mise en place d'approches innovantes et « evidence based » de

communication et de mobilisation sociale représente les points importants de l'agenda biennal 2008-2009.

### **Soutien des Partenaires du Développement**

Haïti se trouve depuis tantôt cinq ans au cœur de multiples initiatives d'appui de partenaires tant bilatéraux que multilatéraux.

Avec l'appui découlant de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida, Haïti a pu bénéficier d'une aide substantielle de l'international à travers l'initiative du président Bush (PEPFAR) et le Fonds Mondial, financement qui a donné une nouvelle impulsion à la lutte.

En 2002, le « Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme » devient opérationnel et approuve un premier cycle de subventions pour la lutte contre le VIH/Sida (Round I). Ce financement d'une durée de cinq ans a été effectif à partir de janvier 2003.

Au cours de l'année 2003 également, le Président des Etats-Unis Georges Bush annonce la mise en place du Plan d'aide d'urgence du Président pour la lutte contre le Sida (PEPFAR), à hauteur de 15 milliards de dollars. Haïti sera parmi les deux pays retenus en Amérique pour le financement PEPFAR.

Dans la même année, l'OPS/OMS et l'ONUSIDA lancent l'initiative « 3 by 5 » '3 millions d'ici 2005'.

En 2004, l'ONUSIDA lance la Coalition mondiale sur les femmes et le Sida, et au cours de la même année un accord est conclu sur les 'Trois Principes' (The threes Ones) - un Cadre National sur le Sida, une Instance Nationale de lutte contre le Sida et un Système National de suivi et d'évaluation - qui deviennent les **principes directeurs de l'engagement des acteurs nationaux et internationaux dans le domaine du Sida.**

La coopération canadienne, à travers le PALIH, donne, depuis 2003, un appui substantiel à la lutte contre le VIH/Sida en Haïti.

En juin 2006, on a réalisé UNGASS II qui constitue le bilan de la première réunion d'UNGASS tenue à NY, USA en juin 2001. Au terme de cette deuxième rencontre, la grande résolution a été de travailler à l'Accès Universel des services dans le cadre du VIH/Sida d'ici 2010. Les appuis sont en voie de consolidation dans cette optique de travail pour l'Accès Universel (AU). On s'oriente vers la décentralisation des services en regard des résolutions de l'Accès Universel adoptées à la dernière rencontre UNGASS et suivant la stratégie PCIMAA prônée par l'OPS/OMS. Tout ceci s'entend dans une approche holistique de

prise en charge du VIH/Sida qui tient compte d'un renforcement global des systèmes en place, et avec la capacité de pouvoir adresser des problèmes comme celui de carence en ressources humaines et la mise en place d'un système Unique de Suivi et d'Évaluation du Programme VIH/Sida à l'échelon du pays.

Pour l'avenir, il est souhaitable que les partenaires continuent à soutenir les actions du MSPP pour une meilleure coordination des interventions et surtout encadrer sa cellule Suivi & Évaluation pour qu'elle puisse jouer un rôle efficace face aux différents intervenants sur le sida dans le pays qui ont chacun leur propre système de contrôle de l'évolution de l'épidémie.

Dans ce même ordre d'idées, l'OPS/OMS fournira un appui technique aux responsables en santé du pays dans le cadre de la mise en place de la PCIMAA pour une meilleure attention aux adolescents/adolescentes et aux jeunes adultes.

### **Suivi et Évaluation**

Vu sous l'angle global de système d'information en appui au management, le système de suivi et d'évaluation du Programme National de lutte contre le Sida en Haïti accuse plusieurs failles. Il a aussi connu différentes étapes de maturation. Dans une appréciation de la situation de Suivi et d'Évaluation du Plan Stratégique National 2002-2006 de lutte contre le VIH/Sida, réalisée au début de l'année 2007 dans le cadre de la préparation du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012, on avait noté :

«A travers le libellé du document Plan Stratégique National (PSN 2002-2006), un plan de suivi évaluation du PSN est clairement défini, les composantes clés stipulent :

- une revue initiale pour réunir les informations sur le niveau des indicateurs en 2002 et les informations sur la disponibilité d'intrants (personnel, matériel, équipement et financement) et de services au niveau institutionnel et communautaire
- une évaluation à moyen terme en 2004-2005 pour estimer le niveau des indicateurs après l'exécution du plan et pour évaluer si les stratégies et le niveau d'efforts déployés sont pratiques
- une évaluation finale en 2006, pour évaluer l'impact du PSN

Il n'en rien car la programmation n'a pas suivi son cours : les plans opérationnels départementaux devant faire suite au PSN 2002-2006 n'ont pas été élaborés et mis en œuvre suivant la logique du PSN. Une des faiblesses de la réponse au VIH/Sida est que la mise en œuvre n'a pas été faite en regard de ce

qui a été planifié, de plus il faut noter le manque de suivi régulier des programmes et activités en cours. Il y a d'évidentes lacunes dans la coordination et la collecte d'informations par le Ministère de la Santé et la Direction technique responsable du VIH/Sida (UCC). Si l'on exempte les rapports UNGASS 2003 et UNGASS 2005 préparés par l'IHE pour le compte du MSPP, il n'y a pas de rapports officiels sur l'avancement ou l'exécution du PSN, ce qui rend son évaluation difficile.

Le gouvernement haïtien dépend en grande partie des rapports de divers bailleurs et organisations partenaires pour connaître la situation de l'épidémie du VIH/Sida dans le pays.

Au début de l'année 2003, des efforts de supervision, des visites aux institutions prestataires ont été initiées par le Programme National, des rapports mensuels et trimestriels sont produits. L'effort de suivi/ évaluation va s'accroître graduellement.

Au sein de l'UCC a été créée une unité de Suivi et Évaluation chargée de coordonner les activités de suivi et évaluation relatives au VIH/Sida. Cette unité ne couvre pas les activités non sanitaires. Cependant, avec son faible niveau de structuration (*1 responsable, 1 assistant, 1 épidémiologiste, 1 secrétaire cumulant les fonctions d'opératrice de saisie et de gestionnaire de la base de données travaillant sur une base permanente et 1 gestionnaire de stock à temps partiel*), cette entité n'arrive pas à jouer correctement son rôle de coordination stratégique. Toutefois, des partenaires impliqués dans le Suivi/ Evaluation (*Institut Haïtien de l'Enfance, MEASURE/Evaluation, PALIH, ONUSIDA, CDC, Fondation Sogebank, OPS/OMS, les Centres GHESKIO, PIH, FHI et quelques autres ONGs*) se sont engagés aux côtés de l'UCC représentée par l'unité de suivi Evaluation, au sein d'un groupe thématique, le « Cluster Suivi Evaluation ». Cette cellule constitue un espace de discussions et d'orientation technique, de débats, une audience de partage d'information. Elle fait office de mécanisme de coordination face aux déficits observés dans le système. Elle se réunit régulièrement chaque deux mois.

Au-delà d'une bonne coordination des activités, la lutte contre le VIH/Sida avance, les Institutions, comme Partners In Health (PIH), les Centres GHESKIO de part leur rôle avant-gardiste dans cette lutte, ont développé leur propre système d'information avec un ensemble de procédures, mécanisme et outils propres. Et c'est à partir de ces substrats que le Programme National de lutte contre le VIH/Sida a pu vers la fin de 2003, avec l'appui soutenu des CDC et du cluster suivi/évaluation, développer certaines directives et construire le système d'information du VIH/Sida. Un dossier médical spécifique pour le patient VIH positif, des formulaires de rapport mensuel pour collecter les données sur les interventions essentielles comme la PTME et le CDV, des registres, deux

interfaces immatériels (*deux bases de données informatiques : MESI, EMR*) ont été élaborés. Cet ensemble d'outils, de procédures et mécanismes est en application au niveau des différentes institutions prestataires des services VIH/Sida avec de petites variantes près. La gestion des différentes bases de données se fait conjointement avec certains partenaires : IHE et Solution pour le MESI, I-TECH pour l'EMR.

De plus, avec l'accompagnement de l'ONUSIDA-Haïti, le programme National (UCC) cherche à faire une appropriation et utilisation au niveau central de la Base de données CRIS (*Country Response Information System, Logiciel mis en circulation par l'ONUSIDA Genève*) comme outil de planification stratégique.

Des mécanismes de flux de données sont définis mais la place du programme National se trouve limité vu le faible niveau de structuration de l'entité responsable de la gestion de l'information. Bien que des données puissent être recueillies à divers endroits, il n'existe pas encore de système d'information au niveau national qui rassemble toutes les données sur la sérosurveillance, la surveillance du comportement, la couverture des interventions essentielles (*pas seulement sanitaires*), le suivi financier, l'impact socio-économique de l'épidémie et ses conséquences sectorielles.

La plupart des projets financés ont leur propre système de suivi évaluation. Les rapports ne sont pas envoyés de manière systématique au programme National. Toutefois, le processus visant à harmoniser toute cette dynamique est en cours. Un document, le « Cadre National de Suivi Evaluation de la Riposte Nationale au VIH/Sida », est en voie de finalisation. Une version préliminaire est déjà disponible. Le document devra être finalisé après l'implantation de l'instance de coordination multisectorielle, le CNLS.

Une mission de l'ONUSIDA-Genève qui a séjourné en Haïti du 20 au 27 mai 2005 en vue d'examiner et documenter l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'initiative des « Three Ones » eut à porter le diagnostic suivant :

« La multiplicité des acteurs et des partenaires impliqués dans les activités de lutte contre le VIH/Sida a donné lieu à différents systèmes de Suivi et d'Evaluation (M&E) ayant chacun leurs propres indicateurs et outils de collecte des données. L'approche est plutôt uni sectorielle (axée uniquement sur le secteur de la santé), non coordonnée et les données ne servent pas à faciliter les prises de décision mais à produire des rapports satisfaisants pour les bailleurs de fonds. La gestion de l'information présente des faiblesses dans tous les domaines et les rôles et responsabilités ne sont pas bien définis ».

Ce constat datant de mai 2005 a été apprécié, sous le même angle, par le professeur Michel Kazatchkine directeur exécutif du Fonds Mondial lors de sa

visite en Haïti en octobre dernier (12 au 15 octobre 2007). En visitant une grande institution haïtienne fournissant des services aux PVVIHs , celui va observer l'existence de deux (2) dépôts : un dépôt pour les intrants achetés sur le projet PEPFAR et l'autre dépôt pour les intrants acquis sur le projet Fonds Mondial. Il en a fait une boutade et a surtout compris l'existence d'une situation anormale à adresser.

Avec l'appui du Fonds Mondial, un atelier sur les systèmes de Suivi Evaluation des Programmes Malaria, TB et VIH-Sida a été organisé en décembre 2007. Tous les grands bailleurs en ont pris part et les extrants attendus de cette consultation étaient:

- Diagnostic du système de suivi et évaluation des trois programmes
- Diagnostic de la capacité des unités de gestion des trois programmes
- Diagnostic de situation des systèmes de reportage des données des trois programmes
- Plan d'action chiffré de renforcement du système de suivi et évaluation des trois programmes
- Plan d'action chiffré de renforcement de la capacité des unités de gestion des trois programmes
- Plan d'action chiffré de renforcement des systèmes de reportage des données des trois programmes
- Engagement des partenaires à assumer l'exécution des différents plans d'action.

Les résultats de cet atelier sont en train d'être finalisés. Il se dessine un plan chiffré, avec calendrier d'exécution, de renforcement du système de Suivi et Evaluation du programme National de lutte contre le VIH et le Sida qui sera disponible au début du mois de février 2008.

Parallèlement, un processus de standardisation du système de monitoring des données du VIH/Sida au niveau communautaire, coordonné conjointement avec MEASURE/Evaluation est en cours dans le cadre du projet PEPFAR. Divers partenaires se sont engagés dans ce processus. Des ateliers ont été réalisés au cours de l'année 2007 ; soit pour la conception/l'adaptation d'outils à partir de la trousse développée par MEASURE/Evaluation, le CLIPR, soit pour la validation des outils et du guide de remplissage suite au pré test.

Ainsi, aujourd'hui avec le nouveau PSNM 2008-2012 ayant des objectifs précis sur le suivi et l'évaluation, l'existence de ce plan de renforcement du système de S&E, tous les espoirs sont permis. Avec un financement adéquat et garanti, on peut arriver à construire le système de Suivi et d'évaluation où l'on aura la disponibilité réelle de données fiables sur tout le programme de lutte contre le VIH et le Sida pour la prise de décisions opportunes, et ceci à tous les niveaux.

