



République d'Haïti

**Gouvernement de la République d'Haïti**



**Programme National de Lutte contre le SIDA**  
**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL**  
**2008 – 2012**

## Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>II</b>
<b>Mots du Premier Ministre .....</b>	<b>4</b>
<b>Résumé exécutif .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Méthodologie de réalisation du plan stratégique national 2008-2012 .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Profil sociodémographique et économique de la République d'Haïti .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Evolution du VIH/SIDA en Haïti : Analyse de la situation .....</b>	<b>19</b>
3.1. Bref rappel historique .....	19
3.2. Epidémiologie du VIH/SIDA en Haïti.....	19
<b>3.3. Les déterminants de l'épidémie.....</b>	<b>21</b>
Les déterminants biologiques .....	21
Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires .....	21
Les déterminants environnementaux et culturels.....	22
Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination du système de santé .....	22
<b>4. Analyse de la réponse .....</b>	<b>23</b>
4.1. Les principales réalisations de 2002-2006.....	23
Les services de prévention et de promotion.....	23
Le conseil et dépistage volontaire (CDV).....	24
La réduction de la transmission mère-enfant .....	24
La sécurité transfusionnelle .....	24
Les accidents d'exposition au sang .....	25
Populations à haut risque .....	25
Les services de prise en charge.....	25
Prise en charge psychosociale.....	26
La prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).....	27
Droits de la personne et le VIH/SIDA .....	27
<b>5. Les leçons apprises.....</b>	<b>27</b>
Forces .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Faiblesses .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Opportunités.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Menaces .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.1. Principes de base.....	29
6.2. La Vision.....	31
6.3. Le but .....	31
6.4. Axes stratégiques d'intervention 2008-2012 .....	31
<b>6.4.1. L'axe stratégique I : La Réduction du risque .....</b>	<b>31</b>
<b>6.4.2. L'Axe Stratégique II : La Réduction de la vulnérabilité .....</b>	<b>31</b>
<b>6.4.3. L'axe stratégique III : La Réduction de l'impact .....</b>	<b>31</b>
<b>6.4.4. L'Axe Stratégique IV : La Promotion et la Défense des Droits Humains</b>	<b>31</b>
<b>6.4.5. L'Axe Stratégique V : La Construction de la Pérennité des Interventions</b>	<b>32</b>
<b>6.4.6. L'Axe Stratégique VI : La Surveillance de l'épidémie et la Recherche...</b>	<b>32</b>
<b>7. Stratégie de mise en œuvre .....</b>	<b>32</b>
7.1. Approche participative.....	32

7.2. La Multisectorialité.....	32
7.3. Approche de mise en œuvre des secteurs .....	32
• Approche des Hautes Instances Publiques du Pays.....	32
• Approche du sous-secteur de la santé .....	33
• Approche des autres secteurs .....	33
• Approche du secteur privé .....	33
• Réponses du secteur communautaire .....	33
• Réponses du secteur des bailleurs.....	33
7.4. Stratégie pour la qualité des programmes .....	34
7.5. Les ressources humaines, matérielles pour la lutte contre le VIH/SIDA .....	34
7.6. La Mobilisation des fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA .....	34
7.7. Les mécanismes d'allocation des fonds.....	35
7.8. La gestion des fonds du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008– 2012 ...	35
<b>8. La structure de gestion du plan stratégique 2008-2012 .....</b>	<b>36</b>
8.1 Cadre institutionnel de coordination et de gestion.....	36
8.2 Premier niveau .....	36
8.3 Deuxième niveau .....	37
8.4 Le troisième niveau.....	39
<b>9. Suivi et évaluation .....</b>	<b>41</b>
9.1. Objectif .....	42
9.2. Mécanismes de collecte, de traitement et d'analyse des données .....	43
9.3. Modalités d'Evaluation du PSNM.....	44
<b>10. Le Plan .....</b>	<b>45</b>
<b>11. Budget du plan.....</b>	<b>50</b>

## Mots du Premier Ministre

### PREFACE

*La République d'Haïti a déjà payé un lourd tribut au VIH/SIDA : tant d'hommes, de femmes, de jeunes et d'enfants fauchés ; tant de familles ravagées, tant d'orphelins en difficulté, tant d'espoirs brisés, tant de stigmates à réparer.*

*Avec le concert des nations qui ont souscrit aux objectifs de développement du Millénaire, Haïti s'engage à « stopper la propagation de l'infection à VIH et à en inverser la courbe d'ici 2015 ».*

*L'Etat haïtien se doit d'honorer la mémoire des nombreuses victimes du SIDA, surprises et emportées par les premières vagues indomptées de l'épidémie. Il se doit aussi de relayer l'effort et les sacrifices consentis par les professionnels haïtiens et les concitoyens de la diaspora pour libérer la nation des stigmates infligés par une publication du CDC (Centre de Contrôle des Maladies des USA) qui la classait au début des années 80 comme facteur de risque, déduction malheureuse d'une interprétation hâtive et erronée d'un profil épidémiologique mal cerné.*

*L'Etat haïtien se doit encore de garantir à tous les fils du pays le support, l'encadrement et la protection dans des situations difficiles et catastrophiques comme celles créées par le SIDA.*

*Ainsi, mon Gouvernement a décidé de marquer un tournant dans la gestion du dossier en assumant au plus haut niveau politique le leadership et la responsabilité de la réponse nationale à ce problème. En ce sens, nous avons accordé la plus grande attention au processus d'élaboration du Nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel lancé officiellement le 15 janvier 2007. Les travaux ayant évolué avec succès, nous avons la satisfaction de présenter au public ce nouvel outil destiné à servir de cadre de référence pour la préparation et l'intégration des plans sectoriels.*

*Chaque secteur, dans son domaine spécifique, envisagera des actions capables de contribuer efficacement à la diminution du risque d'infection, à la réduction de la vulnérabilité et à l'atténuation de l'impact du SIDA.*

*Toute planification sectorielle se fera à la lumière des Principes retenus comme guides de l'effort national concerté contre le phénomène du SIDA, à savoir : l'Universalité, la Globalité, l'Equité, la Qualité, la Solidarité et l'Autodétermination.*

*Désormais, le contrôle du VIH/SIDA s'inscrit dans le programme global de développement du pays et s'intègre dans la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, l'injustice*

*sociale et les inégalités de genre. Notre action gouvernementale, à travers la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS), visera à promouvoir l'accès pour tous aux opportunités offertes par le programme : la prévention, les soins, le support et l'encadrement.*

*J'invite la nation toute entière ainsi que nos partenaires à s'approprier ce Nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel, à participer à sa mise en œuvre et à s'unir pour offrir au pays une issue heureuse dans ce long combat à la fois scientifique, social et économique.*

**Jacques Edouard ALEXIS**  
**Premier Ministre**

## Acronymes et abréviations

<b>ACDI</b>	: Agence Canadienne pour le Développement International
<b>ANTI-TB</b>	: Anti-tuberculeux
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>BCPNLS</b>	: Bureau de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA
<b>BSS</b>	: Behavior Surveillance Survey
<b>CCC/MC</b>	: Communication pour le Changement de Comportement/ Mobilisation Communautaire
<b>CDC</b>	: Center for Disease Control
<b>CDV</b>	: Centre de Dépistage Volontaire
<b>CIFAS</b>	: Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé
<b>CNLS</b>	: Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
<b>CRIS</b>	: Country Response Information System
<b>DOSS</b>	: Direction d'Organisation des Soins de Santé
<b>DSF</b>	: Direction Santé de la Famille
<b>EMMUSS</b>	: Enquête, Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services de Santé
<b>EMR</b>	: Electronic Medical Record
<b>GHESKIO</b>	: Groupe Haïtien de Recherche sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
<b>HS-2007</b>	: Projet Haïti Santé-2007
<b>IHE</b>	: Institut Haïtien de l'Enfance
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>ITECH</b>	: International Training and Education Center on HIV/ AIDS
<b>LAB</b>	: Laboratoire
<b>M&amp;E</b>	: Monitoring and Evaluation
<b>MESI</b>	: Monitoring Evaluation and Surveillance Interface
<b>MHAVE</b>	: Ministère des Haïtiens vivant à l'étranger
<b>MSH</b>	: Management Science for Health
<b>MSPP</b>	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
<b>NY</b>	: New York
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>OPS</b>	: Organisation Panaméricaine de la Santé
<b>PALIH</b>	: Projet d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH/SIDA en Haïti
<b>PEPFAR</b>	: President Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PIH</b>	: Partners in Health
<b>PMS</b>	: Paquet Minimum de Services
<b>PNLL</b>	: Programme National de Lutte contre la Lèpre

<b>PNLM</b>	: Programme National de Lutte contre la Malaria
<b>PNLS</b>	: Programme National de Lutte contre le SIDA
<b>PNLT</b>	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PSN</b>	: Plan Stratégique National
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH</b>	: Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'Immunodéficience Humaine
<b>TAR</b>	: Thérapie Antirétrovirale
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>UCC</b>	: Unité de coordination et de Contrôle du Programme National de Lutte contre les IST et le VIH/SIDA
<b>UCMIT</b>	: Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
<b>UEH</b>	: Université d'Etat d'Haïti
<b>UNGASS</b>	: Réunion Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>UPE</b>	: Unité de planification et Evaluation
<b>USA</b>	: United States of America
<b>VCT</b>	: Voluntary Counseling Testing
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Remerciements

Le caractère multisectoriel que revêt désormais la riposte nationale au VIH/SIDA a indiqué le recours aux représentants de tous les secteurs pour la planification stratégique. Heureusement, la participation a dépassé les espérances : la quasi-totalité des institutions et organisations tant publiques que privées, tant nationales qu'internationales ont payé de leur présence et de leur appui technique.

Ne passera pas sous silence le coup d'envoi officiel donné par le Premier Ministre le 15 janvier 2007. Monsieur le Premier Ministre Jacques Edouard Alexis mérite notre reconnaissance pour son engagement vis à vis de la lutte contre le SIDA. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Nous remercions de façon toute spéciale pour leur contribution les experts suivants :

- Laurent Eustache
- Edieu Louissaint
- Gélin Gédéon
- Joelle Deas Van Onacker
- Brunel Delonay
- Gracia Desforges
- Carl François
- Phillipe Hirsch
- Antoine Augustin
- Karoline Fonck
- Michel Brun
- Yvelt Biamby

Nous remercions également l'OPS/OMS, l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'UNICEF, l'USAID, CDC/PEPFAR, ACIDI, MSH/HS-2007, ainsi que les organisations nationales comme CDS, ICC-CAT, GHESKIO, Zanmi Lasante/PIH, FOSREF, CARE-HAITI, VDH, Fondation Sogebank/Fonds Mondial, AOPS, AMH, qui nous ont accompagnés et continueront de nous accompagner tout au long du processus.

Nous remercions les Ministères qui, à travers leurs points focaux SIDA ont participé aux ateliers d'analyse de la réponse et d'identification des stratégies d'interventions. Il s'agit des Ministères des Affaires Sociales, de l'Education Nationale, à la Jeunesse et aux Sports, à la Condition féminine, de la Planification, de l'Economie et des Finances, du Commerce et de l'Industrie, de l'Agriculture et du Développement rural, de l'Environnement, de la Culture, des Haïtiens vivant à l'étranger et du Ministère chargé des relations avec le Parlement. Merci à toutes les Institutions partenaires gouvernementales et non gouvernementales qui, aux côtés des points focaux ont pris part à l'analyse de la réponse et à l'identification des stratégies

d'intervention. Nous réservons de les identifier toutes dans l'Annexe 2 qui présente la liste des Institutions et des individus ayant participé au processus.

A toutes les personnes qui, par leur présence, leurs interventions, leurs prises de parole, ont contribué au succès de nos sessions de travail et de nos réunions, nous exprimons notre reconnaissance.

Des remerciements particuliers au représentant de la commission santé de la Chambre des Députés, particulièrement le Député Joël Louis qui nous a honorés de sa présence active à plusieurs sessions.

La presse haïtienne, avec l'accompagnement et l'appui de PANOS Caraïbes, a donné une large couverture médiatique aux grandes rencontres organisées dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique National Multisectoriel. Nous apprécions beaucoup cette participation des médias ainsi que la contribution de PANOS et les prions d'agréer nos remerciements.

Nous exprimons notre gratitude aux Institutions qui ont accepté de participer au financement de l'Elaboration du Plan Stratégique. Il s'agit de la Fondation Sogebank, du PALIH, de l'USG-TEAM, de PADESS, de l'ONUSIDA et de la CARICOM.

L'encadrement et l'assistance technique fondamentale pour la réalisation du Plan Stratégique nous ont été fournis par USAID/HPI/Futures Group. Nous leur disons très sincèrement : merci !

Dr Gabriel Thimothé  
Directeur Général du  
MSP

## Résumé exécutif

Depuis l'apparition des premiers cas d'infection au VIH au début des années quatre-vingt (80), face à la stigmatisation croissante des haïtiens considérés à l'époque par le centre de contrôle et de prévention des États-Unis d'Amérique (CDC) comme des facteurs de risque, des professionnels haïtiens commençaient déjà à s'investir dans la lutte contre la nouvelle maladie.

Des plans stratégiques ont été élaborés respectivement pour les périodes 1988-1992, 1996-2000, 2001-2002 et 2002-2006. Le dernier plan, celui de 2002-2006 comportait trois objectifs stratégiques majeurs: *la réduction du risque, la réduction de la vulnérabilité et la réduction de l'impact*. Ce plan a bénéficié du support financier de la communauté internationale et a été exécuté par le MSPP et ses partenaires sous la coordination de l'Unité de contrôle et de coordination du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (UCC).

Le Plan Stratégique National (PSNM) 2002-2006, malgré un déficit de coordination lié au nombre de plus en plus important d'intervenants impliqués dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA, a permis, par son opérationnalisation, une plus grande accessibilité et une plus grande disponibilité des services de dépistage, de prise en charge thérapeutique des PVVIH et de PTME. Toutefois, dans sa mise en œuvre, le MSPP et ses partenaires n'ont pas su exploiter de manière optimale les opportunités qui existaient. Cette mise en œuvre n'a pas été non plus multisectorielle comme le voulait ce plan.

Le PSNM 2008-2012 se situe dans la continuité du PSN 2002-2006. Il se veut fondamentalement multisectoriel dans sa mise en œuvre et s'oriente vers la pérennité des interventions essentielles du programme. Il devrait permettre de réduire de façon significative les risques d'infection au VIH/SIDA et autres IST, d'améliorer la qualité de la vie des personnes infectées et affectées ainsi que les conditions socio-économiques qui entretiennent la vulnérabilité face à la maladie. Six principes fondamentaux le guident: universalité, globalité, équité, qualité, solidarité et autodétermination.

Ce plan stratégique veut orienter la réponse haïtienne au VIH/SIDA à travers toutes les composantes étatiques et la société civile. Il constitue une matrice à laquelle tous les acteurs devront se référer pour toute activité en matière de lutte contre le SIDA. Le Gouvernement réaffirme qu'aucun Secteur, aucun Ministère, aucune Organisation n'est à lui seul suffisant pour adresser l'épidémie du SIDA en Haïti. Il demande à tous les ministères et organismes déconcentrés de l'état, à tous les partenaires nationaux et

internationaux d'utiliser ce document comme référence pour développer leurs propres plans stratégiques et opérationnels afin que toutes les initiatives puissent être coordonnées et harmonisées pour maximiser l'efficacité et l'efficacités.

Le plan stratégique national 2008-2012 s'articule autour de six (6) axes principaux d'intervention :

1. La réduction du risque : promotion de comportements à moindre risque, prise en charge des IST, promotion / distribution de condoms, approvisionnement en sang dénué de risques, réduction de la transmission mère enfant, prévention de la transmission en cas d'exposition accidentelle au sang et en cas de viol.
2. La Réduction de la vulnérabilité : les jeunes, les femmes, l'environnement ethnoculturel ainsi que la pauvreté auront une attention particulière.
3. La Réduction de l'impact : prise en charge médicale et psychosociale des personnes infectées par le VIH et prise en charge médicale des PVVIH atteintes de certaines maladies opportunistes comme la Tuberculose, atténuation des effets non biologiques du SIDA sur les personnes infectées et affectées.
4. La Promotion et la Défense des Droits Humains: protection des droits des personnes infectées et affectées par le SIDA, protection des individus sains de la contamination volontaire, protection de la famille, des femmes et des jeunes.
5. La Construction de la Pérennité des Interventions : initiatives pour créer un fond national de lutte contre le SIDA et augmentation du budget de l'état destiné à la lutte contre le SIDA afin de mettre le pays à l'abri de toute démobilitation en cas de retrait de l'Assistance Financière Internationale.
6. La Surveillance de l'épidémie et la Recherche : promotion de la recherche (tant qualitative que quantitative) pour faciliter une gestion efficace du programme. Des études épidémiologiques, comportementales et d'impacts socio-économiques du VIH/SIDA doivent être menées dans tous les départements sanitaires. Un cadre unique pour la surveillance nationale des IST et du VIH doit être élaboré et utilisé à l'échelle nationale.

La mise en œuvre de ce plan devrait permettre d'atteindre les résultats suivants :

- Réduction globale du niveau actuel de transmission du VIH, toutes sources de contamination confondues.

- Prise en charge adéquate et effective des personnes infectées et affectées.
- Existence d'un environnement légal supportant effectivement les droits des individus dans le contexte de l'épidémie du SIDA.
- Prise en charge financière des interventions essentielles assumée par l'état et la société haïtienne.
- Disponibilité des informations sur le SIDA pour la prise de décision.

Le suivi et l'évaluation de ce plan doit se faire à la lumière des indicateurs proposés dans ce document afin de mieux apprécier le travail réalisé d'ici 2012.

## Introduction

La Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA, adoptée en juin 2001 par 189 états membres à la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), constitua un pas important vers le renforcement de la lutte contre ce fléau. Elle rejoint la philosophie qui a guidé la définition des objectifs du millénaire (ODM) parmi lesquels on retrouve la lutte contre le VIH/SIDA. La riposte nationale s'imprègne, elle aussi, de la même philosophie.

Certaines résolutions spécifiques des Nations Unies servent de repères théoriques à la constitution de cette réponse nationale au VIH/SIDA (ODM, UNGASS I, « The three Ones », UNGASS II et « Accès Universel »).

Aujourd'hui tout un mouvement national tend à se développer autour du VIH/SIDA. Le Président de la République René Garcia PREVAL (2006-2011) et le Premier Ministre Jacques Edouard ALEXIS en font une des priorités de leur déclaration de Politique Générale (Politique Générale Gouvernement PREVAL/ALEXIS, juin 2006). Par ailleurs, le SIDA est pris en compte et intégré dans le « Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté » (DSNCRP) actuellement en préparation.

L'apparition et l'évolution du VIH/SIDA ont marqué de façon particulière l'histoire d'Haïti. Une analyse rétrospective de spécimens pathologiques faite en 1982 par des chercheurs Haïtiens suggéra que le premier cas de SIDA était celui d'un jeune homme mort de toxoplasmose cérébrale en 1978. En 1982, les CDC déclarèrent les Haïtiens « groupe à risque de SIDA », ce qu'ils ont dû rétracter suite à une étude des centres GHESKIO démontrant que les Haïtiens victimes du SIDA avaient les mêmes facteurs de risque que les Américains victimes de la même maladie. De plus, GHESKIO démontra que le sang contaminé provenant de banques commerciales de sang favorisait grandement la transmission du VIH.

Au cours des années 1986 et 1987, un tournant décisif fut observé dans la réponse haïtienne au VIH/SIDA. L'Etat s'impliqua dans le « dossier SIDA » et confia par décret à la Croix Rouge Haïtienne le soin de s'occuper des opérations de dons et de transfusions de sang. Bien que peu médiatisée, cette décision eut une incidence importante sur le cours de l'épidémie en Haïti. Au cours de la même période, le SIDA devint une maladie à déclaration obligatoire. En 1987 la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS), une entité interministérielle, fut créée et en 1988 le Bureau de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA (BCPNLS) vit le jour. Ces efforts de structuration se sont consolidés pour aboutir à l'élaboration par le Ministère de la Santé du premier Plan Stratégique National de lutte contre le

SIDA au cours de l'année 1988. En 1996 et en 2000, un Plan Stratégique National 1996-2000 et un Plan intérimaire 2001-2002 furent élaborés. Ce dernier sera suivi par le «Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti (PSN) 2002-2006 ».

Le PSN 2002-2006 comportait trois objectifs stratégiques majeurs formulés sous forme d'axes d'interventions :

- Réduction du risque
- Réduction de la vulnérabilité
- Réduction de l'impact

La réduction du risque d'infection priorisait les interventions suivantes : la promotion de comportements à moindre risque, la prise en charge des IST, la promotion /distribution de condoms, l'approvisionnement en sang dénué de risques, la réduction de la transmission mère enfant, la prévention de la transmission en cas d'exposition accidentelle au sang et en cas de viol.

La réduction de la vulnérabilité concernait la « jувénilisation » et la « féminisation » de l'épidémie, l'environnement ethnoculturel ainsi que la pauvreté.

La réduction de l'Impact de l'épidémie sur les personnes infectées et les familles affectées devait se concrétiser à travers la prise en charge globale des PVVIH, l'atténuation des effets sur les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA et la défense des droits des personnes affectées.

Le PSN 2002-2006 a été exécuté dans un contexte politique difficile mais riche en opportunités pour le programme de lutte contre le VIH/SIDA de se renforcer. En plus des possibilités additionnelles liées à d'autres sources de financement (Fonds Mondial, PEPFAR, PALIH-ACDI), de nouvelles interventions comme la trithérapie aux ARV (TAR) annonçaient déjà des modifications importantes aux orientations du PSN 2002-2006. Le Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 fera cette révision et permettra au pays, à la lumière de la situation actuelle du VIH/SIDA en Haïti et de la réponse qui y a été apportée, de disposer d'un outil adapté et efficace pour mieux aborder les défis actuels du VIH/SIDA en Haïti.

## **1. Méthodologie de réalisation du plan stratégique national 2008-2012**

Ce plan a été élaboré en tenant compte d'une approche participative. Cette élaboration a été précédée d'une analyse de la situation du VIH/SIDA en Haïti et de la réponse qui y a été apportée. Tous les secteurs qui devraient être impliqués dans la lutte contre cette maladie ont été invités aux ateliers.

Des outils de collecte ont été soumis aux participants. Ils ont permis de mieux cerner la situation actuelle du VIH/ SIDA en Haïti, d'identifier les forces et les faiblesses du programme, les menaces à contrer et les opportunités à saisir pour que le nouveau plan stratégique devienne multisectoriel. Les domaines d'intervention des différents axes stratégiques retenus ont été validés par les participants. Ci-dessous se trouvent les éléments liés à la méthodologie.

ETAPES	ACTIVITES	INTERVENANTS	RESPONSABLE	RESULTATS/ PRODUITS	DELAI
<b>Recherche de consensus pour une réponse nationale à l'épidémie du SIDA en Haïti.</b>  <b>Constitution d'un Comité multisectoriel de Pilotage.</b>	* Plaidoyer * Concertation	* Ministres Education Affaires Sociales, Justice, Cond. Féminine, Culture, Economie, Agriculture, Commerce, Tourisme, Jeunesse et sport, Organismes Droits Humains, Chambre de Commerce, Universités, Représentant AMH, Représentant ASPHA, UCC/MSPP, Dir. Planification MSPP, Eglises, Partenaires du Gouvernement	Ministre de la Santé  Représentant de la Primature si possible	* Déclaration d'engagement de chaque secteur * Un Comité de Pilotage constitué * Normes de travail du Comité définies.	26 déc. 06
<b>Analyse :</b> *Tendances épidémiologiques * Déterminants * Impacts (individu - famille - société - développement économique)	* Préparation d'un plan d'analyse * Préparation d'instruments de collecte * Recherche documentaires * Collecte des données * Analyse des données * Rédaction d'un document d'analyse	* HPI/Futures Group, UCC/MSPP, Dir. Epidém. MSPP, PEPFAR (USG TEAM), IHE, IHSL, ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA	UCC/MSPP, Direction Epidémiologie	* Draft d'un document d'analyse	30 déc. 06
<b>Validation du Document d'Analyse</b>	* Présentation du document * Analyse et discussions * Modifications si nécessaires	*HPI, Consultants, Comité de Pilotage, Partenaires MSPP	Dir. Gén. MSPP, Coord. Gén. UCC	Document Final d'Analyse	5 jan. 07
<b>Analyse de la réponse du secteur santé à l'épidémie du SIDA</b>	* Préparation plan d'analyse * Préparation plan de collecte et instruments de saisie * Revue de littérature * Interviews - réunion * Elaboration document d'analyse	* HPI, UCC /MSPP, CCM, Fondation Sogebank, PEPFAR (USG TEAM), Dir. Planif. MSPP, DOS/MSPP, DFR/MSPP, Dir. Epid./MSPP	UCC/MSPP, UPE (MSPP), Dir. Epidémiologie / MSPP	Draft de document d'analyse de la réponse du secteur santé	6 jan. 07
<b>Analyse de la réponse des autres secteurs :</b>	* Préparation ateliers de travail avec les différents secteurs.	* HPI, Représentant des Secteurs et Sous Secteurs, Partenaires du Gouvernement Haïtien, UCC/MSPP	Consultants	Document d'Analyse de la Réponse par Secteurs Les défis sont définis par secteur Des Stratégies de réponses sont définies par secteurs Les responsabilités sont définies par secteur.	15 jan. 07

<b>Elaboration du Cadre National pour une Réponse intégrée au VIH/SIDA. (à partir des résultats des Ateliers)</b>	* Rédaction du document	*HPI, Consultants, UCC	HPI UCC	Draft d'un Cadre National de Réponse multisectoriel au VIH/SIDA	30 jan. 07
<b>Conférence Nationale de validation</b>	* Préparation, Organisation Officialisation du cadre	* Les Ministères, Société Civile, Partenaires du Gouvernement Haïtien Comité	Ministre de la Santé Primature		15 fév. 07
<b>Elaboration du Plan Stratégique du secteur Santé</b>	* Formation d'un comité de planification, * Analyse Stratégique * Rédaction du Plan * Validation * Publication * Promotion	*HPI, Structures Centrales du MSPP, Structures Départementales Partenaires du MSPP	*UCC/MSPP Dir. Plan. MSPP	Plan Stratégique du Secteur Santé validé et publié	Fin fév 07
<b>Appui à l'élaboration des Plans Sectoriels</b>		* Consultants Secteurs concernés	Secteurs concernés	Plans sectoriels validés et publiés	Mai 07
<b>Elaboration de Plans opérationnels Départementaux intégrés</b>	* Formation de Comités Départementaux de planification * Elaboration du Plan opérationnel	* HPI, Personnel des Départements, Partenaires des Départements, Direct. Cent. Des Ministères	Dir. Départ.	Plans Départementaux validés	Août septembre 07

## **2. Profil sociodémographique et économique de la République d'Haïti**

La lutte contre le VIH/SIDA en Haïti se fait dans un environnement politique, économique et social qui présente certaines spécificités. En effet, le pays a connu une longue période d'instabilité politique depuis 1986. En 2004, la situation avait empiré après le soulèvement de groupes armés contre le gouvernement. Depuis les élections de 2006, l'installation d'un nouveau Chef d'Etat, d'un gouvernement de consensus et d'un parlement semble annoncer un retour à une certaine stabilité.

Sur le plan démographique, le dernier recensement national de l'IHSI de 2003 a confirmé que la population haïtienne avait dépassé huit (8) millions d'habitants (8.373.700). En 2007, les estimations chiffrent à 9.609.600 le nombre d'habitants dans le pays. On a 51,8% de femmes et 48,2% d'hommes. Les jeunes de moins de 21 ans constituent plus de 50% de cette population.

L'économie demeure anémiée malgré des efforts pour réduire l'inflation. Le revenu per capita était de 528 dollars US en 2004. Il est le plus faible de la région des Amériques.

Dans le domaine du social, les indicateurs sont également alarmants. Environ 20% des femmes et 16% des hommes n'ont aucune instruction, soixante six pour cent (66%) n'ont pas d'électricité et 67% n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau. Plus d'un tiers des ménages ne disposent pas de toilettes à l'échelle nationale. En milieu rural, cette proportion est de 50%.

Au niveau du secteur de la santé, le plan stratégique national pour la réforme de ce secteur montre la volonté de l'Etat de ne pas s'intéresser essentiellement à la restauration de la santé mais d'agir également sur les autres déterminants. En effet, ce plan accorde une place importante à l'assainissement du milieu, l'approvisionnement en eau potable, l'éducation pour la santé et la Communication pour un Changement de Comportement. Toutefois, la précarité des moyens financiers et les contraintes structurelles auxquelles fait face le secteur santé ne facilitent pas toujours une utilisation rationnelle, efficiente et optimale des ressources disponibles. Les indicateurs qui suivent ( EMMUS IV, 2005-2006) montrent que la situation est préoccupante.

- Mortalité maternelle : 630/100000
- Mortalité infantile : 57/1000
- Couverture vaccinale globale pour les enfants de < 1 an : 33 %
- Prévalence du VIH, population adulte : 2.2 %
- Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants : 24 %

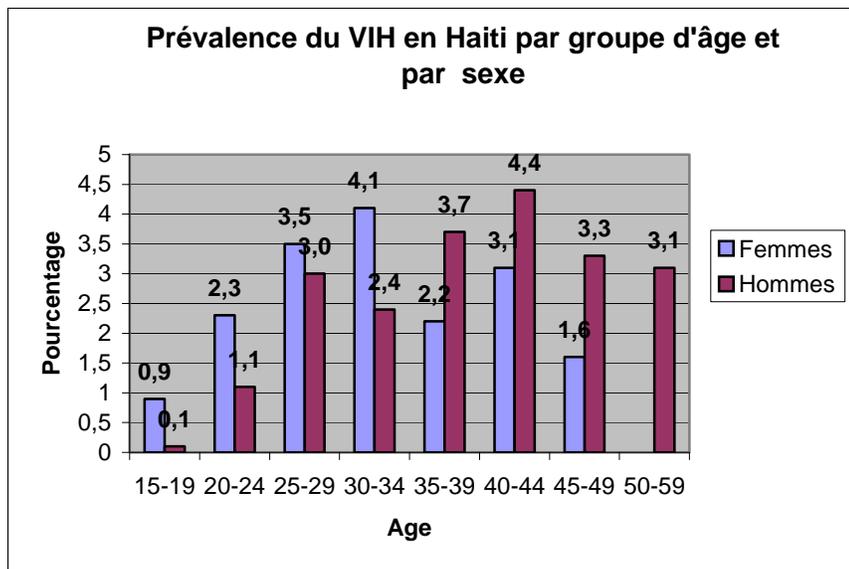
### **3. Evolution du VIH/SIDA en Haïti : Analyse de la situation**

#### **3.1. Bref rappel historique**

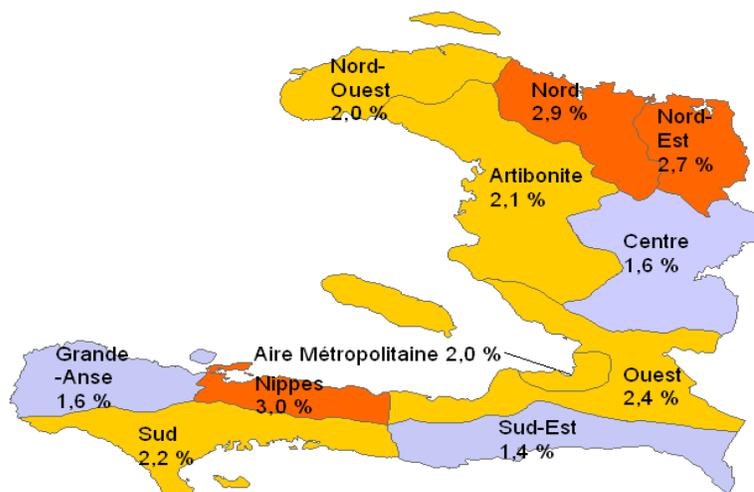
Les infections sexuellement transmissibles sont apparues en Haïti depuis des siècles et évoluent selon un mode endémique. Par contre, l'apparition du sida est plus récente. Le premier cas officiellement rapporté remonte en 1978. Cependant les premiers cas de sida chez les Haïtiens vivant aux états unis datent de juin 1981. Les recherches effectuées laissent croire que le virus a été sans doute introduit dans l'île à la fin des années 70 à partir des réseaux homosexuels liés au tourisme. Le fait de la bisexualité de ces HSH a favorisé le transfert du virus dans la population féminine.

#### **3.2. Epidémiologie du VIH/SIDA en Haïti**

La prévalence moyenne du VIH dans la population de 15-59 ans est de 2.2%. L'épidémie est donc généralisée affectant tous les groupes d'âge comme le montre le graphique 1. La prévalence moyenne dépasse 2% dans presque tous les groupes. Elle varie entre 3,5 et 4% chez les femmes de 25 à 34 ans, entre 3,5 et 4,5% chez les hommes de 35 à 44 ans. (EMMUS IV-2005-2006).



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



La Transmission verticale varie autour de 30% selon les centres GHESKIO. Le nombre de PVVIH en Haïti, selon l'ONUSIDA, était en 2005 d'environ 190,000 dont 17,000 seraient des enfants de moins de 15 ans. Ce même rapport estimait le nombre de décès liés au SIDA en Haïti à 16,000 en l'an 2005.

### **3.3. Les déterminants de l'épidémie**

#### **Les déterminants biologiques**

- **L'âge**

Il ne se dégage pas une tendance unidirectionnelle de la proportion des séropositifs selon l'âge. Cependant il est noté que la prévalence augmente de manière régulière dans les premiers groupe d'âge (15-34 ans).

- **Le Sexe**

Le sexe ratio qui était au départ de 5.6 hommes pour une femme il y a 20 ans est actuellement de 1 homme pour 1.15 femmes ce qui démontre clairement une tendance à la féminisation de l'épidémie chez les moins de 35 ans. Cette tendance se remarque particulièrement dans le milieu urbain.

Il est à noter que le taux de prévalence chez les femmes de 15-49 ans estimé à 2.3% est légèrement supérieur comparé aux hommes (2.0%).

#### **Les déterminants comportementaux et les mouvements migratoires**

Les différentes enquêtes comportementales (BSS 2, BSS 3, PSI etc.) ont démontré en Haïti le poids de certains comportements, attitudes et pratiques négatives sur la propagation du SIDA en Haïti. On peut entre autres mentionner :

- Le manque d'information de la population sur le danger que représente le SIDA et les modes de contamination
- La résistance au changement de comportement
- Les rapports sexuels non protégés et non sûrs
- L'abus d'alcool et les drogues
- Les partenaires sexuels multiples
- La prostitution et le vagabondage sexuel
- Les coutumes et les pratiques culturelles traditionnelles favorisant la transmission du VIH.
- Attitudes sur l'usage des préservatifs

D'autres facteurs liés à la mobilité de certains groupes sociaux jouent également un rôle non négligeable dans le cadre de l'expansion de la maladie.

- L'exode rural. A titre d'exemple on peut citer le cas des enfants qui vont étudier dans les villes loin de tous liens familiaux contraignants et les jeunes chômeurs en provenance du milieu rural livrés à la délinquance dans les bidonvilles.
- la mobilité géographique des camionneurs, des policiers.
- La migration transfrontalière vers la république dominicaine des travailleurs haïtiens.

### **Les déterminants environnementaux et culturels**

- Bidonvilisation  
Particulièrement lié aux grandes villes du pays, le phénomène de bidonvilisation est un facteur non négligeable dans la propagation actuelle du VIH/SIDA. Les conditions d'hygiène, de pauvreté, de promiscuité et d'insécurité ainsi que la difficulté d'accès aux services contribuent à l'augmentation du risque et de la vulnérabilité au sein de la population de ces bidonvilles.
- La précarité des moyens financiers des communautés,  
Seulement 65% des hommes et 55% des femmes déclarent travailler. Il est généralement admis que la grande majorité de la population haïtienne vit en dessous du seuil de pauvreté. (EMMUS 3)
- Le déni et ses corollaires. La stigmatisation et la discrimination engendre le déni qui est associé à la propagation de la maladie.

### **Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination du système de santé**

- Faible capacité des structures de coordination du programme. Il faut souligner les contraintes organisationnelles de l'unité de coordination du programme en particulier liées à la disponibilité de ressources humaines, matérielles.
- Faible implication des structures décentralisées dans la lutte contre le VIH et le SIDA.  
La mobilisation des directions sectorielles déconcentrées restent relativement limitée, mis à part quelques initiatives isolées de coordination des partenaires de terrain au sein de certains départements sanitaires.
- Insuffisance des ressources dans le cadre d'une approche globale, holistique des PVVIH. La dimension multifactorielle du VIH/SIDA nécessite des ressources complémentaires pour assurer la prise en charge des PVVIH. Malgré un apport plus important de ressources pendant ces cinq dernières années, celles ci se révèlent insuffisantes pour répondre à tous les besoins liés à une gestion adéquate des PVVIH et une amélioration réelle de leurs conditions de vie.
- Précarité et vétusté des infrastructures de santé  
La plupart des infrastructures de santé datent de plusieurs décennies et n'ont pas bénéficié de rénovation en profondeur.

- Les faiblesses de la sécurité des injections  
L'introduction récente d'un programme de sécurité des injections n'a pas encore permis de résoudre le problème énorme de gestion et de manipulation des déchets biomédicaux. Le projet est encore limité dans sa couverture du système de soins et ne touche que quelques structures de prestations de services.
- Intégration insuffisante des autres secteurs dans le cadre de la lutte  
Mis à part des interventions ponctuelles du secteur de l'éducation et du ministère de la condition féminine, l'implication des autres secteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA n'est pas encore une réalité. L'hégémonie quasi complète du secteur santé dans la mise en œuvre des interventions est un facteur de limitation dans l'application d'un modèle de prise en charge holistique des PVVIH.

## 4. Analyse de la réponse

### 4.1. Les principales réalisations de 2002-2006

La réponse du Programme National comporte deux grandes composantes : *les services de prévention et de promotion* et *les services de prise en charge*. Grâce à la mobilisation des fonds à travers PEPFAR et le Fonds Mondial, Haïti a pu bénéficier d'un appui financier important dans la lutte contre le VIH/SIDA.

#### Les services de prévention et de promotion

- La promotion de comportements sexuels à moindre risque et la réduction de la vulnérabilité de certains groupes spécifiques.

Plusieurs stratégies étaient envisagées :

- Elaboration et mise en place d'un programme d'éducation à la vie familiale destiné aux enseignants et élèves
- Activités ponctuelles de sensibilisation à l'intention des jeunes et d'autres groupes cibles comme les travailleuses de sexe, les ouvrières, etc.
- Activités d'information et de sensibilisation de la population générale
- Disponibilité de condoms

Jusqu'à date, le programme d'éducation à la vie familiale n'est pas introduit dans les écoles de manière officielle. Les interventions sont toujours à la phase pilote et se font sur une base ponctuelle. Des points de services cliniques et de services CCC ont été implantés pour les jeunes dans diverses villes du pays. Ces *centres cliniques* et ces *maisons de jeunes* offrent des services de prévention du VIH/SIDA et de Santé Sexuelle/Reproductive. Diverses interventions visant la sensibilisation et l'information des jeunes dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA sont également réalisées pour les jeunes.

Une évaluation directe de l'efficacité des interventions de sensibilisation est difficile à réaliser. L'enquête EMMUS IV démontre que seulement 32% des jeunes femmes de 15 à 24 ans et 40% des jeunes hommes du même âge ont une connaissance « complète » du SIDA. On note également qu'il y a un manque de

standardisation et d'harmonisation des interventions. Le programme PEPFAR, par exemple, fait la promotion de l'abstinence pour les jeunes, tandis que d'autres projets font la promotion de l'utilisation du condom. Il y a également un déficit à la fois quantitatif et qualitatif en matériel éducatif.

Un programme de marketing social de condoms a été mis en place et des points de vente établis dans des boutiques à travers le pays. La disponibilité reste cependant à améliorer.

L'EMMUS IV montre qu'une grande proportion de femmes et d'hommes ont eu des rapports sexuels à haut risque (29% et 62% respectivement). Seulement 26% de ces femmes et 42% parmi les hommes ont utilisé un condom au cours de ces rapports. Ce taux d'utilisation est de 15% pour les filles et garçons de 15 à 24 ans au cours du premier rapport sexuel.

### Le conseil et dépistage volontaire (CDV)

Le conseil et le dépistage volontaire constituent un élément de prévention. En effet, les individus qui connaissent leur statut sérologique peuvent prendre des actions pour prévenir une éventuelle infection et, au cas ils sont confirmés séropositifs, ils peuvent éventuellement éviter de transmettre l'infection.

Le nombre de sites CDV a presque doublé entre 2005 et 2006 (de 88 à 161). En 2006, 220,689 personnes ont subi un test VIH dans les CDV. La séropositivité est de 8,4%, soit une prévalence quatre fois plus élevée que celle de la population générale. Cette forte prévalence pourrait s'expliquer par le fait que ce sont surtout des personnes symptomatiques qui se font tester. Un programme de contrôle de qualité des tests effectués dans les CDV a été mis en place pour en améliorer la qualité.

Au cours des interventions ponctuelles (Carnaval, fêtes champêtres, etc.), il existe une grande demande pour le test VIH.

### La réduction de la transmission mère enfant

Le programme de la PTME a connu une vaste expansion au cours des 4 dernières années grâce aux fonds disponibles. Les sites PTME ont augmenté de 2 en 2002 à 99 en 2006.

Malgré cette nette augmentation des interventions, seulement 11% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement prophylactique. Parmi les femmes enceintes détectées comme séropositives au cours des consultations prénatales, seulement 35% reçoivent des ARV pour la PTME.

Un facteur important est la grande proportion des femmes qui accouchent à domicile. Le pays n'a pas défini une politique de nutrition du nouveau-né d'une mère séropositive. Les messages et interventions ne sont ni standardisés ni harmonisés.

### **La sécurité transfusionnelle**

Un décret ministériel de 2005 a créé le Programme National de la Sécurité Transfusionnelle (PNST). Ce programme, en coordination avec la Croix Rouge Haïtienne, augmente le nombre de postes de transfusion sanguine dans le pays (16). Une campagne pour augmenter le don volontaire du sang est en place. Parallèlement, un programme de contrôle de qualité des tests effectués a été mis en place pour rendre le sang dénué de risque.

### **Les accidents d'exposition au sang**

Des normes pour la prise en charge des accidents d'exposition au sang et de la violence sexuelle ont été développées. Les kits de prise en charge de ces AES sont disponibles dans certains hôpitaux.

Des normes sur la sécurité des injections ont également été développées et des formations du personnel ont eu lieu dans certaines structures sanitaires. Une couverture nationale de ces interventions est nécessaire pour améliorer les résultats.

### **Populations à haut risque**

Les travailleuses de sexe de Port-au-Prince, de Pétion ville, de Carrefour et de Saint-Marc ont une prévalence du VIH respectivement de 9%, 3,4%, 7% et 11%. Elles font l'objet d'une intervention spécifique à travers de projets offrant des services de prévention et de prise en charge. Ces projets n'atteignent pas tous les TS du pays. Des interventions additionnelles sont nécessaires particulièrement chez les adolescentes et les jeunes filles pratiquant le commerce sexuel dans des lieux à haut risque où les comportements se caractérisent surtout par des relations avec plusieurs partenaires, l'utilisation irrégulière du condom, la violence sous diverses formes (viols, attachements inappropriés, agression physique etc.). Le pays n'a pas une politique sur l'utilisation de condoms par les TS. Les clients des TS et les propriétaires des bars/bordels sont la cible des interventions de prévention.

Les homosexuels représentent un groupe important à haut risque de transmission du VIH. Une organisation nommée SEROVIE (ex GRASADIS) assistée de plusieurs ONGs locales a mené sans arrêt un programme de prévention et de réduction des risques pour ce groupe spécifique. Les activités ont couvert les villes de Port-au-Prince, de Jacmel et du Cap-Haïtien et ont apporté un certain fruit selon les résultats préliminaires de la dernière enquête de surveillance comportementale. Ils ont montré un changement de comportement et d'attitudes envers les personnes infectées au VIH (BSS-III, 2006).

Les prisonniers constituent une population à hauts risques qui ne bénéficie d'aucune intervention. Toutefois, une réorganisation des services de santé dans les prisons est nécessaire avant toute intervention.

### **Les services de prise en charge**

Ce volet a énormément été développé grâce au financement de PEPFAR, du Fonds Mondial et du partenariat « privé-public » qui a permis la mise en œuvre des activités travers le pays.

## **La prise en charge clinique**

Le nombre de site ARV et de sites de soins palliatifs a considérablement augmenté au cours des 4 dernières années passant de 2 en 2002 à 36 en 2006. Le nombre de patients sous ARV était d'environ 10,000 en mai 2007.

La possibilité d'une prise en charge clinique des patients VIH+ reste néanmoins limitée aux niveaux des hôpitaux. La décentralisation et l'intégration dans les services existants sont nécessaires afin d'arriver à l'accès universel. Une plus grande implication des PVVIH dans l'exécution des tâches comme le conseil, la préparation au traitement et à l'adhérence est souhaitable. Des projets pilotes à la capitale ont montré l'efficacité de cette approche.

## **Prise en charge des enfants**

La prise en charge des enfants se fait de plus en plus. Elle était au début limitée à certains centres de traitement mais, de nombreuses séances de formation et la disponibilité des ARV pédiatriques l'a rendue courante. En mai 2007, environ 500 enfants étaient sous ARV.

## **La prise en charge de la coinfection TB-VIH**

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente et la première cause de mortalité parmi les patients avec VIH. Des efforts ont été faits pour arriver à une prise en charge holistique de ces patients et des formations du personnel ont eu lieu. Dans les sites ARV, les patients séropositifs sont examinés pour la TB et une prophylaxie est disponible. Toutefois, les centres TB du pays ne font pas systématiquement le test de VIH pour leurs patients.

## **Prise en charge psychosociale**

Un niveau élevé de stigmatisation et de discrimination exclut souvent les PVVIH du système de support familial et communautaire. Beaucoup de PVVIH ne peuvent pas trouver un travail parce que certaines institutions (ou Patrons) demandent des examens médicaux au cours du processus d'embauche et disqualifient ceux qui ont un test VIH positif. Cette difficulté d'avoir un emploi entraîne de lourdes conséquences. Plusieurs ONGs interviennent à ce niveau et apportent un appui aux PVVIH. Des groupes de support ont été constitués à travers tout le pays. L'absence de normes nationales favorise cependant une compétition entre les différents intervenants. Les patients préfèrent à aller là où les avantages sociaux sont meilleurs.

Au cours de ces trois dernières années, les intervenants ont appris qu'il était nécessaire de soutenir les PVVIH et leurs familles, leur offrir un environnement et un encadrement qui leur permettent d'adhérer au traitement, de prévenir la transmission sexuelle et surtout de défendre leurs droits. Cette approche orientée vers une prise en charge holistique exige une action intégrée, complète, coordonnée de tous les secteurs.

## **La prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)**

La prise en charge des IST est une composante du paquet mis en place dans les sites ARV/CDV. Une actualisation des normes nationales a été réalisée. Parmi les patients vus en soins palliatifs, 6% des hommes et 17% des femmes étaient traitées pour une IST.

La prise en charge dans les autres structures sanitaires reste aléatoire du fait de l'inaccessibilité financière aux médicaments qui ne sont pas subventionnés.

## **Droits de la personne et le VIH/SIDA**

Malgré l'existence de la maladie depuis plus de 20 ans en Haïti, le niveau de stigmatisation et de discrimination reste très élevé. Mais, parallèlement les associations de PVVIH continuent de se renforcer. De nombreux leaders PVVIH participent aux activités de lutte contre la stigmatisation, à la sensibilisation et à un « activisme actif » auprès des autorités locales et des bailleurs. Selon le principe de GIPA (Greater Involvement of PLWHA), cette action devra être encouragée et multipliée. Il faudra partager les leçons apprises, renforcer la capacité de ces organisations afin de les rendre plus efficaces et capables de se mobiliser pour mieux participer à la lutte nationale contre le VIH.

Un avant-projet de loi pour défendre les droits des PVVIH a été développé et devrait être soumis aux parlementaires pour adoption. Son application contribuera probablement à la réduction du stigma et de la discrimination.

Des pratiques comme des tests obligatoires avant le mariage, des tests avant l'inscription à l'école ou encore avant l'embauche, sont des exemples flagrants du non-respect des droits de l'homme.

Le niveau d'auto stigmatisation reste également très élevé. Par peur de rejet, peu de personnes avec VIH informent leurs conjoints de leur séropositivité.

## **5. Les leçons apprises**

L'analyse de la réponse a permis de mettre en évidence certains éléments clés :

- Les activités massives de sensibilisation et d'éducation autour du SIDA ont contribué à une meilleure acceptation des PVVIH au sein de la société et à un certain recul de la stigmatisation.
- L'introduction de la trithérapie pendant la période 2003-2005 a constitué un tournant dans la lutte contre le VIH en Haïti
- L'engagement et la participation des associations de PVVIH dans cette lutte sont des déterminants importants du succès du programme
- La synergie des interventions peut contribuer au succès du programme comme le montre la relation entre le support alimentaire fourni aux PVVIH et l'adhérence des patients sous traitement ARV.

- L'introduction d'accompagnateurs de PVVIH, stratégie inspirée du modèle *DOTS* des programmes de tuberculose et appliquée dans certaines régions du pays est une expérience innovante pour Haïti. Elle pourrait faciliter l'adhérence au traitement, renforcer l'appui psychosocial et aider à une plus grande réduction de la stigmatisation et de la discrimination contre les PVVIH.
- Une approche holistique incluant des interventions comme les soins de santé, la nutrition, l'éducation, le logement, les activités génératrices de revenus pour les familles d'accueil, l'appui psychosocial et la protection juridique contribue au bien-être des OVC
- Le programme d'éducation aux valeurs d'abstinence et la promotion du dépistage pré-nuptial du VIH a eu une réceptivité mitigée auprès des bénéficiaires
- La mise à la disposition de la population d'une gamme de services étendue en matière de VIH/SIDA exige une amélioration des capacités du système de santé sur plusieurs aspects clés: approvisionnement et gestion des intrants (ARV, OI et médicaments pour soins palliatifs), système de suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH, renforcement des structures normatives et régulatrices de façon à garantir un standard de qualité pour la prestation des services. La multiplicité des activités liées à la lutte contre le VIH et le SIDA demande une forte capacité de gestion et de coordination tant au niveau central que local.
- L'engagement effectif et la participation des bénéficiaires sont déterminants pour la réussite des projets générateurs de revenus. Les mécanismes d'opérationnalisation de ces projets devraient être mieux standardisés.
- Le partenariat public privé est un élément essentiel pour la mobilisation des ressources et la pérennité des interventions
- L'intégration du CDV dans les autres services est un élément déterminant dans l'utilisation des services de dépistage par les bénéficiaires.

### **Forces**

- La volonté politique: engagement de la primature dans la lutte contre le VIH /SIDA
- L'existence de structures d'offre de services dans tous les départements
- L'implication des confessions religieuses
- L'introduction de la lutte contre le sida dans les milieux du travail
- Les effets synergiques de l'action de certains bailleurs
- Le partenariat public/privé
- L'existence d'un mécanisme de contrôle du projet Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose (CCM)
- Expertises acquises par des institutions publiques et des ONG partenaires dans différents domaines programmatiques liés au VIH comme la prévention, la prise en charge et la recherche
- Le forum des bailleurs

### **Faiblesses**

- Manque de données épidémiologiques par département sur l'impact et l'évolution de l'épidémie

- Faiblesse du système routinier de collecte des données sanitaires
- Faible taux de disponibilité, d'accessibilité, de distribution et d'utilisation du condom surtout en milieu rural
- Faiblesse structurelle des centres sentinelles de surveillance épidémiologique
- Manque de coordination entre les différents intervenants
- Faible implication des entreprises privées et paraétatiques dans les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA
- Faible niveau de participation communautaire
- Ressources trop limitées par rapport aux besoins
- Manque d'harmonisation des messages de CCC et absence de standardisation du format de réalisation des activités de CCC/MC sur les moyens de prévention du VIH
- Structures de coordination du programme inadéquates

### **Opportunités**

- Intérêt des Nations Unis pour lutter contre la pandémie du Sida
- Reconduction de financement bilatéral et multilatéral sur les cinq prochaines années
- Volonté de collaboration affichée des bailleurs et autres agences multi et bilatérales
- Bonne gouvernance des fonds gérés en Haïti
- Mobilisation d'ONGs et d'organisations de la société civile contre le SIDA en Haïti.
- Mobilisation des églises chrétiennes dans la lutte contre le SIDA
- Engagement et mise en réseau d'Associations de PVVIH pour participer à la lutte contre le SIDA
- Stabilité politique
- Volonté politique manifeste du secteur étatique

### **Menaces**

- Dépendance quasi totale des interventions du financement international
- Faible niveau de scolarisation
- Aggravation de la pauvreté
- Absence de sécurité sociale
- Manque d'intégration du programme dans les autres services
- Faible intérêt des secteurs autres que la santé
- Trop grande lenteur dans le recul de la stigmatisation et de la discrimination associée au VIH/SIDA
- Accès limité aux services sociaux de base y compris ceux du Secteur Santé

## **6. la Vision et les objectifs du plan stratégique**

### **6.1. Principes de base**

Le plan stratégique 2008 – 2012 de lutte contre le SIDA s’articule, tant dans sa conception que dans les modalités de mise en œuvre, autour des principes suivants :

- **Principe d’Universalité**

- L’application du Principe d’Universalité dans le cadre de ce plan garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à toutes les interventions essentielles, sans distinction de sexe, d’appartenance sociale et religieuse, de lieu de résidence.

- **Principe de Globalité**

- L’application du Principe de Globalité permettra dans le cadre du plan stratégique de considérer non seulement les facteurs directs de risques qui conditionnent la transmission du virus d’un individu à un autre, mais aussi les conditions sociétales qui favorisent l’expansion de l’épidémie du SIDA en Haïti.

- **Principe d’Equité**

- L’application du Principe d’Equité garantira à tous les individus vulnérables ou à risque, affectés ou infectés, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut socio-économique, des attentions d’égale qualité dans le cadre de la gamme des interventions spécifiques prévues.

- **Principe de Qualité**

- Le Principe de Qualité renforce celui d’équité. Son application permettra de développer les interventions prévues avec l’assurance de qualité qu’autorisent le développement technologique et les ressources financières mobilisées.

- **Principe de Solidarité**

- L’application du Principe de Solidarité aménage, pour toutes les organisations de la société civile, la possibilité de s’engager à coté du secteur public dans le programme haïtien de lutte contre le SIDA

- **Principe d’Autodétermination**

- Le Principe d’Autodétermination repose sur la valeur stratégique de la santé en général, la santé des femmes et des jeunes en particulier dans le développement d’Haïti. Il fait obligation à l’état et à la société de générer des ressources suffisantes pour garantir la pérennité des interventions en matière de lutte contre le SIDA en Haïti.

## 6.2. La Vision

La réponse nationale s'articule, en utilisant une approche multisectorielle participative et intégrée, autour de la nécessité de réduire de façon significative les risques d'infection au VIH/SIDA, d'améliorer la qualité de la vie des personnes infectées et affectées et les conditions socio-économiques qui entretiennent la vulnérabilité de la population face à la maladie.

## 6.3. Le but

Bâtir une réponse nationale multisectorielle de lutte contre le SIDA en renforçant les efforts en cours pour arriver à un développement humain durable dans le pays, conformément aux préoccupations nationales et aux objectifs du millénaire.

## 6.4. Axes stratégiques d'intervention 2008-2012

Le plan stratégique national s'articule autour de six (6) axes principaux d'intervention :

### 6.4.1. L'axe stratégique I : La Réduction du risque

Les interventions liées à la réduction du risque comportent des activités de communication et de sensibilisation aussi bien que des interventions de type clinique.

### 6.4.2. L'Axe Stratégique II : La Réduction de la vulnérabilité

Les interventions liées à la réduction de la vulnérabilité comportent des mesures visant à améliorer le statut socio-économique des femmes et des jeunes.

### 6.4.3. L'axe stratégique III : La Réduction de l'impact

Les interventions liées à la réduction de l'impact sont de deux types :

- Celles relatives à la prise en charge médicale et psychosociale des personnes infectées par le VIH y compris les personnes infectées par certaines maladies opportunistes comme la Tuberculose.
- Celles qui contribuent à atténuer les effets non biologiques du SIDA sur les personnes infectées et affectées.

### 6.4.4. L'Axe Stratégique IV : La Promotion et la Défense des Droits Humains

La Promotion et la défense des droits humains s'articulent autour de trois groupes d'interventions :

- Celles qui protègent les droits des individus sains de la contamination volontaire
- Celles qui protègent la famille, les femmes et les jeunes

- Celles qui protègent les droits des personnes infectées et affectées par le SIDA

#### **6.4.5. L’Axe Stratégique V :** La Construction de la Pérennité des Interventions

La Construction de la Pérennité des interventions regroupe toutes les démarches à accomplir pour générer un fond national de lutte contre le SIDA qui mettra le pays à l’abri de toute démobilisation résultant d’un retrait éventuel de l’assistance financière internationale.

#### **6.4.6. L’Axe Stratégique VI :** La Surveillance de l’épidémie et la Recherche

La surveillance de l’épidémie et la recherche (tant qualitative que quantitative) constituent des éléments importants pour une gestion efficace du programme. Des études épidémiologiques, comportementales, d’impacts socio-économiques du VIH/SIDA doivent être menées dans tous les départements sanitaires. Un cadre unique pour la surveillance nationale des IST et du VIH doit être élaboré et utilisé à l’échelle nationale.

### **7. Stratégie de mise en œuvre**

#### **7.1. Approche participative**

L'approche de mise en œuvre du plan est participative et inclusive. Les différents groupes et acteurs intéressés par la pandémie seront mobilisés de façon systématique pour l'élaboration de la réponse. Dans cette perspective, les associations de PVVIH verront leurs rôles renforcés. D'autres groupes, tels que les groupements de femmes, seront également appuyés dans leur structuration et leurs interventions par rapport au VIH/SIDA.

#### **7.2. La Multisectorialité**

Les différents secteurs consultés lors de l'élaboration de la réponse participeront à l'effort de mise en œuvre et de suivi. Ces entités se retrouveront au niveau des différentes structures de gestion de la réponse telle que la CNLS. De façon structurée, ils participeront aux dispositifs de gestion et de mise en œuvre à tous les niveaux (central, départemental, local).

#### **7.3. Approche de mise en œuvre des secteurs**

- **Approche des Hautes Instances Publiques du Pays.**

La primature a clairement exprimé son engagement politique et son support à la réponse haïtienne au VIH/SIDA. Elle a, dans ce cadre, un rôle de leadership fort au niveau national ainsi que de mobilisation de ressources au travers de mécanismes existants et à développer le cas échéant.

- **Approche du sous-secteur de la santé**

De par son mandat, sa nature et la réalité de son fonctionnement, le Ministère de la Santé joue un rôle central dans la réalisation de ce plan en termes d'élaboration de normes, de planification, d'exécution et de gestion. Par ailleurs, les ONGs participeront activement à la lutte particulièrement dans le développement des différents services qui seront offerts à la population.

- **Approche des autres secteurs**

Une place particulière est faite dans ce plan multisectoriel aux autres ministères particulièrement ceux de la justice, des affaires sociales, de l'éducation nationale et de la condition féminine. Leur niveau d'implication s'en trouve considérablement renforcé en comparaison au plan stratégique antérieur.

- **Approche du secteur privé**

Haïti est au tout début de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le SIDA. La coopération publique privée est cependant une nécessité et les actions déjà en cours au sein des entreprises seront renforcées de façon à mieux adresser, entre autres, le problème du SIDA en milieu de travail.

La mobilisation du patronat haïtien est un facteur de réussite important pour ce volet et des actions de sensibilisation seront menées vers ce groupe compte tenu de la complexité de la problématique de SIDA en milieu de travail.

- **Réponses du secteur communautaire**

L'implication des communautés est une réalité depuis un certain temps dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les organisations communautaires de base, les églises, les associations professionnelles pourront dans le cadre de ce plan poursuivre leurs interventions de support psychosocial aux PVVIH ainsi que leurs actions de sensibilisation.

- **Réponses du secteur des bailleurs**

La coordination des bailleurs est un facteur essentiel de réussite de ce plan. L'approche principale prônée à l'intérieur de cette réponse est :

- Le partage et la mise en commun d'information de base sur les programmes et projets (finances et programme).
- Le rapprochement des systèmes et cycles de planification et de suivi informatisé de façon à avoir une synergie des interventions.

Ceci se fera par l'intermédiaire de mémorandums d'entente bi ou pluripartite dans un souci de complémentarité.

#### **7.4. Stratégie pour la qualité des programmes**

La garantie de la qualité des programmes est liée au système de planification inclusive, à la mise en œuvre concertée entre les acteurs, la répartition équitable des ressources et la mise en place de mécanismes et de systèmes de gestion et de suivi efficaces et efficients.

#### **7.5. Les ressources humaines, matérielles pour la lutte contre le VIH/SIDA**

Une utilisation rationnelle des ressources humaines et matérielles pour la lutte contre le VIH/SIDA sera faite au cours de la mise en œuvre du plan stratégique.

Le développement des services entraînera inévitablement une nécessité de renforcement des structures de gestion intermédiaire telles que les directions départementales sectorielles. Ces entités devront donc bénéficier, dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan stratégique, d'un renforcement de leurs capacités par l'augmentation et la formation de leurs cadres. Par ailleurs, dans un contexte d'insuffisance de ressources humaines, des dispositifs d'incitation à la rétention des cadres dans les zones périphériques seront également envisagés.

Toutes les ressources humaines disponibles seront mises à contribution dans le cadre de cette réponse, à savoir:

- Les partenaires nationaux: le secteur public (le Ministère de la Santé et les autres ministères), le secteur privé (formel et informel), le secteur communautaire, les ONG (locales et internationales), les associations de PVVIH, organisations de la société civile
- Les organisations bilatérales ou multilatérales (en particulier les agences onusiennes)

En ce qui a trait aux ressources matérielles et physiques, l'amélioration du système de santé passe nécessairement par le renforcement des plateaux techniques et le développement de l'offre de services en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Des plans de développement de services seront préparés dans ce sens.

#### **7.6. La Mobilisation des fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA**

Deux approches seront utilisées

- **Le financement à partir de fonds internes à Haïti**
  - **Le budget national**

Lors de la cérémonie de lancement des travaux d'élaboration du plan stratégique national multisectoriel, le Premier Ministre haïtien avait très clairement qualifié le VIH/SIDA comme "une menace pour la sécurité nationale". De ce fait, la contribution directe du gouvernement haïtien au financement de la lutte contre la pandémie augmentera de façon significative d'ici 2012, ceci au travers du budget national.

- **Les fonds du secteur privé haïtien**

Le secteur privé haïtien sera sollicité pour supporter de façon coordonnée les interventions de lutte contre le SIDA aux travers de mécanismes à définir au sein des instances de coordination nationale du programme.

- **Le financement à partir de fonds externes**

- **La coopération bilatérale et multilatérale**

Haïti au travers des entités mandatées en la matière poursuivra les efforts d'acquisition de ressources en provenance du Fonds Mondial, de PEPFAR, et de l'ACDI, ces bailleurs finançant déjà l'essentiel des interventions en cours. Par ailleurs le support des agences onusiennes spécialisées sera également mis à contribution particulièrement l'ONUSIDA, l'OPS/OMS, l'UNICEF, l'UNESCO, le FNUAP et le PNUD.

La coopération bilatérale pourra être touchée pour le financement des interventions, et en priorité les coopérations canadienne (ACDI) et française (AFD).

- **Les Fonds privés de donateurs externes**

Certains fonds privés comme les fondations Gates et Clinton seront également sollicités pour le financement des interventions.

Cette mobilisation de fonds se fera, entre autres, lors d'une réunion extraordinaire des bailleurs dans la période de lancement officiel du PSNM. Cette table ronde devra réunir la Primature et les hautes instances publiques sectorielles et les différents donateurs externes et internes.

## **7.7. Les mécanismes d'allocation des fonds.**

Pour garantir une meilleure utilisation des ressources financières disponibles, l'allocation des fonds se fera dans tous les cas sur la base de processus de sélection transparente des organisations bénéficiaires. Le respect de la transparence de ces processus sera garanti par l'instance de coordination nationale de la réponse d'Haïti au VIH/SIDA (CNLS).

## **7.8. La gestion des fonds du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008- 2012**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le SIDA, il sera nécessaire de mettre en place et de renforcer les structures de gestion de fonds en se basant sur la gestion par les résultats. Les aspects de contrôle de ces structures seront mis en avant pour garantir que les procédures utilisées correspondent au souci de rigueur et d'efficacité exigée par les bailleurs.

## **8. La structure de gestion du plan stratégique 2008-2012**

### **8.1 Cadre institutionnel de coordination et de gestion**

La capacité de l'état et de la société haïtienne à mobiliser des ressources et à les gérer de manière efficiente et efficace est un déterminant important pour l'atteinte des objectifs et résultats arrêtés pour la période. Aussi, la mise en œuvre du Plan Stratégique 2008-2012 exige un cadre institutionnel cohérent et souple qui garantit aux acteurs une définition claire des orientations et une certaine autonomie d'action susceptible de s'adapter à l'évolution présente et future de l'épidémie.

Le cadre de gestion comprend trois (3) niveaux :

- Un premier niveau de décision et de mobilisation des ressources
- Un niveau intermédiaire d'organisation, de concertation, de coordination et de suivi de la mise en œuvre des interventions
- Un niveau d'exécution des interventions.

### **8.2 Premier niveau**

#### **8.2.1 Le gouvernement**

Le premier niveau est constitué essentiellement par le gouvernement ayant à sa tête la primature qui coiffe la CNLS. Il entretient des relations fonctionnelles avec le forum des bailleurs. Ses principales attributions sont :

- Ratifier et/ou faire ratifier tous les contrats, conventions, accords relatifs à la lutte contre le SIDA en Haïti.
- Entériner et affermir les décisions prises au sein de la CNLS relatives à la mobilisation, à l'allocation et à la répartition des ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti.
- S'assurer que toutes les décisions prises en matière de lutte contre le VIH/SIDA reflètent les aspirations de toutes les couches de la population haïtienne et résultent de consensus de tous les secteurs de la vie nationale représentés au sein de la CNLS.

#### **8.1.2 Le forum des bailleurs**

Il est constitué des représentants d'organismes bilatéraux, multilatéraux et nationaux impliqués directement dans le financement des activités de lutte SIDA en Haïti et d'autres activités qui contribuent à réduire la vulnérabilité de la population par rapport à l'épidémie. Les attributions du Forum des bailleurs sont :

- Aider à la mise en œuvre des interventions moyennant la mobilisation de ressources financières et techniques.
- Assurer la canalisation efficiente et efficace des ressources moyennant l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan consolidé de financement et d'assistance technique.
- S'assurer de la surveillance de la rentabilité de l'assistance financière moyennant le suivi et l'évaluation de la performance.

Le forum des bailleurs se réunit deux fois l'an avec la CNLS pour évaluer les performances du programme, préparer et présenter le plan financier de l'année à venir. Dans un souci de coordination, les membres du Forum des bailleurs peuvent se réunir entre eux autant de fois qu'ils le jugeront nécessaire. L'appartenance au forum des bailleurs n'exclut pas les liens habituels de coordination avec les Ministères dans le cadre du développement des projets. Le gouvernement se réunira avec ce forum pour des informations additionnelles autant de fois qu'il le jugera nécessaire.

Les démarches relatives à la constitution de ce forum seront entreprises directement par le Président de la CNLS ou après délégation par un ministre désigné à cet effet.

### **8.3 Deuxième niveau**

Le deuxième niveau comporte trois (3) structures :

- La Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS)
- Le Bureau exécutif de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (BECNLS)
- Les comités techniques ou groupes thématiques

Les principales attributions de ce niveau sont :

- Définir les politiques et identifier les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA en Haïti.
- Assurer la coordination et le suivi des interventions multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA en Haïti.

#### **8.3.1 Commission Nationale de Lutte contre le SIDA**

Cette commission est présidée par le Premier Ministre. Elle a pour fonctions et attributions de :

- Prendre toutes les décisions relatives aux politiques publiques et aux orientations nationales relatives à la lutte contre le SIDA telles que définies dans le Plan Stratégique.
- Valider les plans nationaux de lutte contre le SIDA et les budgets y relatifs.
- Construire et alimenter un consensus national axé sur la solidarité autour du programme haïtien de lutte contre le SIDA.

- Mobiliser des ressources institutionnelles, techniques, financières pour une réponse nationale multisectorielle de lutte contre le SIDA.
- Assurer le suivi des interventions.

### 8.3.2 Composition de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS)

La commission Nationale est présidée par le Premier Ministre et a comme membres constitutifs:

- Le Ministre de la Santé Publique et de la Population
- Le Ministre des Affaires Sociales
- Le Ministre de l'Education Nationale
- Le Ministre à la Jeunesse et aux Sports
- Le Ministre à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
- Le Ministre de la Justice
- Le Ministre de la Culture
- Le Ministre des Cultes
- Le Ministre de la Planification
- Le Ministère des Finances
- Le Ministère des Affaires Etrangères
- Un représentant du Sénat
- Un représentant de la Chambre des Députés
- Un représentant du Secteur Religieux
- Un représentant du Patronat
- Un représentant de Syndicat
- Un représentant d'Organisations de Jeunes
- Un représentant d'Organisations de Femmes
- Un représentant d'Organisations de Droits Humains
- Un représentant d'Organisations de PVVIH
- Un représentant du Secteur Universitaire et Education
- Un représentant d'ONG impliqué dans la lutte contre le VIH
- Un représentant des associations socioprofessionnelles

La Commission Nationale de Lutte contre le SIDA se réunit en session ordinaire au moins deux fois l'an pour débattre de l'état d'avancement du plan, pour assurer le suivi des interventions et prendre des décisions sur les orientations nationales. En cas d'urgence, des réunions extraordinaires peuvent être organisées.

### **8.3.3 Le Bureau exécutif de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (BECNLS)**

Ce Bureau assiste la CNLS dans la gestion quotidienne des fonctions relatives à sa mission. Il est dirigé par un Secrétaire Exécutif désigné par la CNLS et assisté d'une équipe pluridisciplinaire réunissant des expertises dans les différents domaines liés à la lutte contre le VIH/SIDA comme la santé publique, la médecine, l'épidémiologie, l'anthropologie et la sociologie. De façon générale, il est chargé de la préparation et de l'exécution après ratification du plan de travail par la CNLS. Ses principales fonctions sont :

- Fournir à la CNLS les conseils et recommandations à toute éventuelle modification des orientations nationales en rapport à la lutte contre le SIDA telles que définies dans le plan stratégique.
- Veiller à l'appropriation et à la mise en œuvre des plans validés du CNLS.

### **8.3.4. Les groupes thématiques**

Ce sont des groupes de professionnels reconnus dans le milieu pour leur expertise. Ils reçoivent la mission de travailler sur des sujets et situations ponctuelles pendant un temps limité. Ces groupes sont créés par décision de la CNLS sur recommandation de la BECNLS.

## **8.4 Le troisième niveau**

C'est le niveau opérationnel. Il est composé de deux subdivisions :

- Une subdivision centrale
- Une subdivision périphérique ou départementale

### **8.4.1 Subdivision centrale**

La subdivision centrale est composée des unités de lutte contre le SIDA des Directions Générales des ministères et organismes publics déconcentrés et unités sectorielles de lutte contre le SIDA des organisations de la société civile.

#### **8.4.1.1 Unités de lutte contre le SIDA des Directions Générales des ministères et organismes publics déconcentrés**

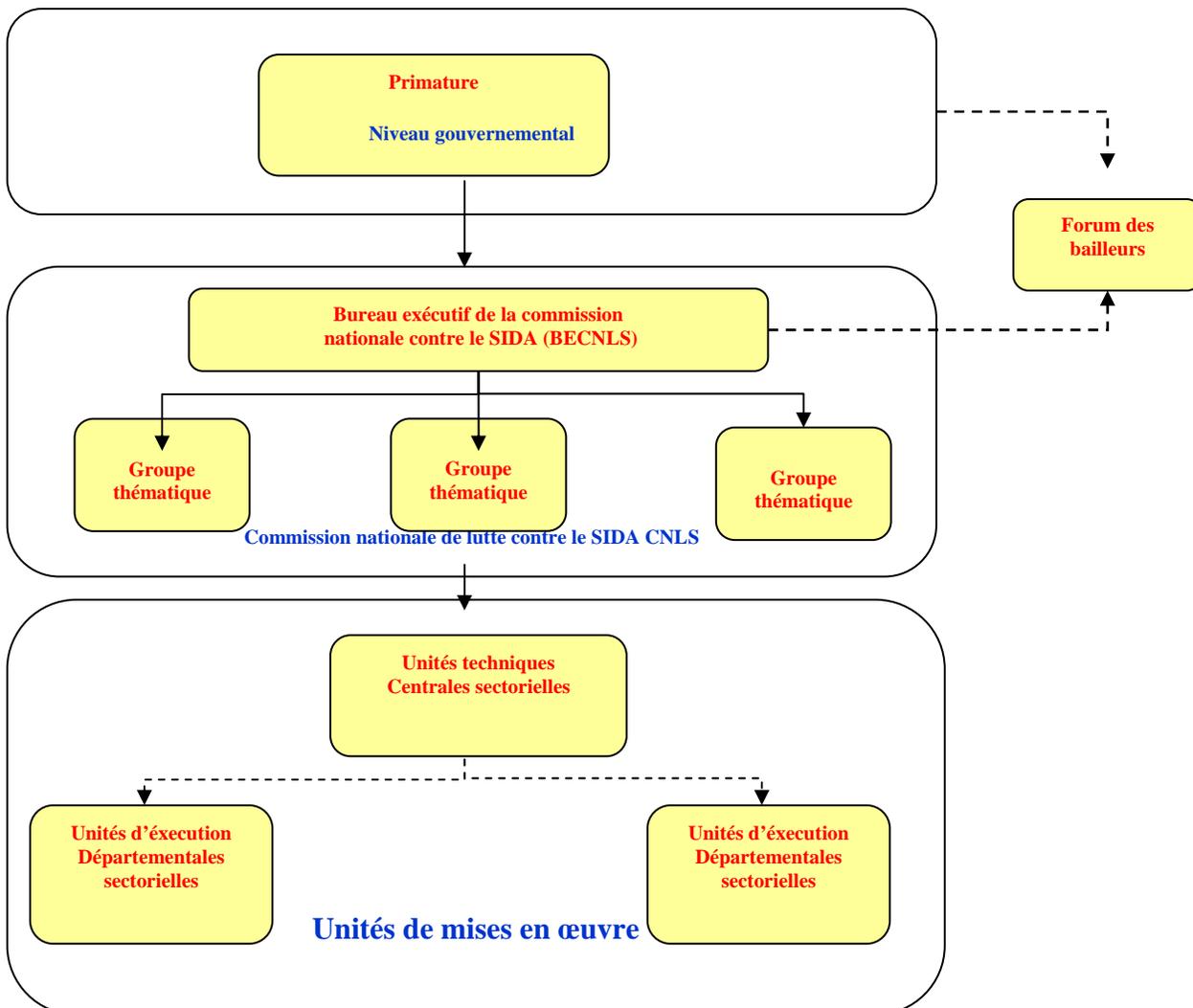
Ces cellules seront créées dans chaque ministère et organisme déconcentré pour renforcer les directions générales pour tout ce qui concerne les activités de lutte contre le SIDA. Elles ne remplacent pas les services habituels des ministères et organismes déconcentrés. Ces cellules exercent des fonctions d'analyse, d'appui au cycle de planification, de coordination, d'encadrement, de suivi et d'évaluation sous la supervision des directeurs généraux auxquels elles sont rattachées. Le profil et le nombre de professionnels intégrant chaque cellule dépendront de l'ampleur des tâches confiées à chaque ministère dans le cadre du présent Plan Stratégique.

#### 8.4.1.2 Cellules sectorielles de lutte contre le SIDA des organisations de la société civile.

Dans un souci de coordination, d'efficacité et d'efficacité, il est conseillé à chaque organisation de la société civile engagée dans la lutte contre le SIDA (Association de patrons, Fondations, Partis politiques, Syndicats, Eglises, Associations du secteur informel de commerce, Associations culturelles, Associations de femmes etc....) de créer des cellules de lutte contre le SIDA pour les aider à gérer leurs activités. Ces organisations ont l'obligation de se conformer aux directives du Plan Stratégique. Des relations de collaboration seront établies avec le bureau de la CNLS et les cellules des ministères.

#### 8.4.2 Subdivision périphérique ou départementale

La subdivision périphérique ou départementale contient les directions départementales des ministères et organismes déconcentrés, la table de concertation et de coordination départementale, les branches locales des organisations de la société civile et les structures de services.



## 9. Suivi et évaluation

Le Cadre de Suivi-Evaluation du Plan Stratégique National Multisectoriel de la lutte contre le VIH/SIDA s'inscrit dans la perspective de la mise en œuvre d'un Système National intégré de Suivi-Evaluation en adéquation aux Trois principes directeurs (three ones) d'harmonisation et de coordination d'une riposte nationale au VIH/SIDA conformément aux recommandations de l'ONUSIDA. Il est une composante à part entière du PSNM 2008-2012.

Ces trois principes sont :

- Un cadre d'action contre le VIH/SIDA dans lequel doit s'intégrer la coordination des activités de tous les partenaires.
- Un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle.
- Un système unique de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

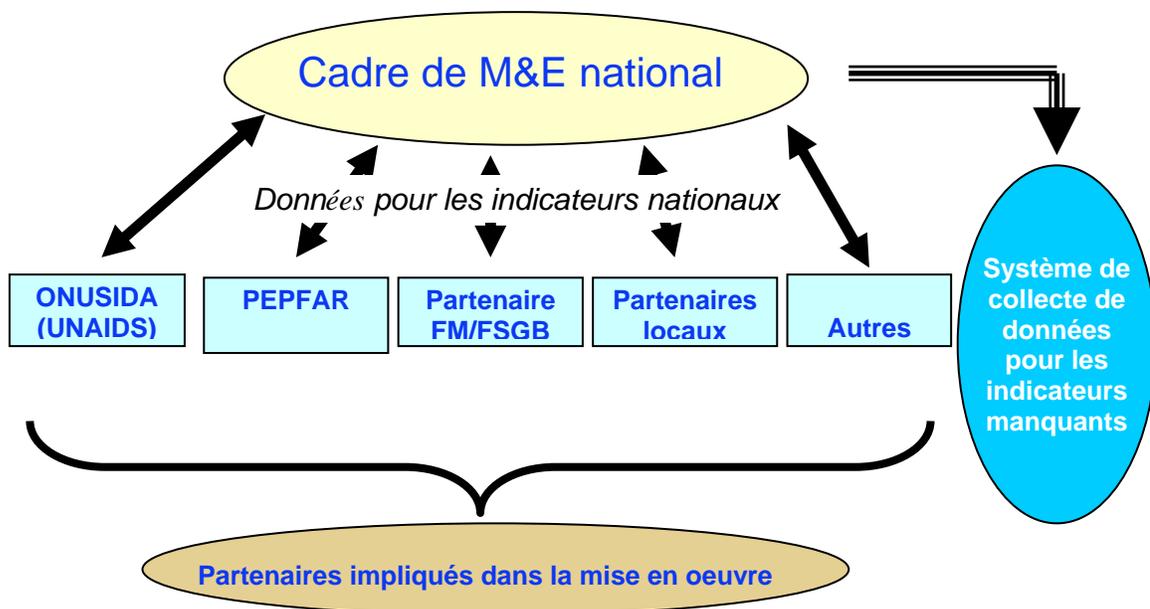
Le dispositif de suivi et évaluation est présenté en détail dans un Document spécifique appelé « Cadre National de Suivi et d'Evaluation ». Charpenté selon la structure de Gestion du Programme à laquelle il est intimement lié, ce dispositif est appelé à suivre systématiquement et régulièrement les Indicateurs du PSNM 2008-2012. Matérialisé dans une Unité de Suivi et d'Evaluation, le dispositif sera aussi appuyé par des groupes ou partenaires impliqués dans la lutte. Suivant le niveau hiérarchique d'intervention, On fera référence au plan de Monitoring ou de Suivi des activités des plans sectoriels, au suivi de l'épidémie au niveau départemental et National et à l'évaluation de l'impact des interventions à travers de grandes études. Tout ceci s'articule avec le cadre logique de Suivi Evaluation :

**Format de modèle logique d'intervention**

Inputs	Processes	Outputs	Outcomes	Impact

Les indicateurs d'impact tels ceux des six axes stratégiques du PSNM seront mesurés tous les 2 à cinq ans alors que ceux de processus, de résultats intermédiaires et d'effets seront calculés de manière plus rapprochée.

Avant d'arriver à l'implémentation du Cadre national de Suivi/Evaluation et de toutes les structures y afférentes, le dispositif de suivi sera constitué suivant le schéma présenté ci-dessous.



## 9.1. Objectif

Obtenir des informations pertinentes pour la prise de décision afin d'améliorer la performance du programme et de mieux contrôler la maladie.

Le cadre de suivi et d'évaluation doit être :

- Multisectoriel :
  - Il envisage la collecte d'informations relatives au VIH/SIDA non seulement sur le secteur santé mais également dans le domaine l'éducation, les milieux de travail, sur les droits de l'homme, le genre, les systèmes de sécurité publique, les enfants, les migrants et autres groupes à risque;
- Unique :
  - Le même canal de transmission des informations sera utilisé par tous les acteurs.
- Standardisé :
  - Les mêmes outils de collecte de données et les mêmes indicateurs seront utilisés par tous les intervenants.
- Informatisé :
  - Un système informatisé unique de gestion des données sera disponible et accessible sur autorisation du Bureau Exécutif.
- Décentralisé pour permettre des analyses à tous les niveaux
- Basé sur des indicateurs liés aux six axes stratégiques du PSNM 2008-2012.

Ce cadre doit permettre particulièrement:

- de suivre l'évolution des déterminants de l'épidémie du VIH en Haïti
- d'apprécier les progrès réalisés dans les domaines de la prestation de services de prévention, la prise en charge médicale du VIH et des maladies opportunistes, l'appui psychosocial aux personnes vivant avec le VIH
- d'évaluer les changements liés à la création d'un environnement favorable à la réduction de la vulnérabilité face à la maladie, de la stigmatisation des personnes infectées par le VIH et au respect de leurs droits.

## 9.2. Mécanismes de collecte, de traitement et d'analyse des données

- **Collecte des données**

La collecte des données est caractérisée par la multisectorialité des sites qui sont à l'origine des rapports de services. Elle se focalise surtout sur des indicateurs d'extrants, et, là où cela est possible, des indicateurs de résultats. L'uniformité exigée par le système implique la standardisation des outils de collecte et des indicateurs. D'une manière générale, les données sont collectées chaque mois au niveau des sites de prestation de service et analysées d'abord sur place.

- **Cheminement et Gestion des données**

Celles-ci partent du site, et par le biais du responsable de l'UCS, sont expédiées au niveau départemental qui effectue ses propres analyses, puis au niveau central et au Bureau Exécutif de la CNLS.

Ce cheminement sera prioritairement électronique mais les informations seront gardées dans les archives des institutions du réseau. On peut y accéder seulement avec l'autorisation de la CNLS.

- **L'analyse des données**

Celle-ci se fait tout d'abord au niveau des sites. Le modèle national d'organisation des services de santé est d'aboutir à des unités communales de santé qui prévoient la mise en réseau d'institutions sanitaires dans une zone géographique donnée.

Une fois que chaque site aura analysé les données qu'il a produites, ces données sont étudiées par la suite par les responsables au niveau départemental pour examiner les performances et remédier aux carences identifiées. Le prochain niveau d'analyse est celui du niveau central des différents ministères qui transmettra un rapport trimestriel à la CNLS.

Il faut entrevoir que d'importants efforts de formation seront nécessaires pour former les cadres locaux, départementaux et nationaux non seulement dans l'analyse des données, mais également dans l'analyse décisionnelle.

- **Le contrôle de la qualité des données**

Le contrôle de la qualité des données implique un processus de vérification interne ainsi que des procédures indépendantes de vérification externe. Les pré requis pour un système qui puisse produire des données de bonne qualité comprennent :

- a. La production de données de qualité à la base i.e. au niveau du site lui-même ;
- b. Le choix d'indicateurs appropriés au niveau où se fait la collecte ;
- c. La réduction du nombre d'indicateurs au minimum nécessaire pour le niveau approprié;
- d. La formation du personnel de suivi et d'évaluation;
- e. La supervision et la rétro information;
- f. L'utilisation des données à tous les niveaux dans le processus de prise de décision.

Une entité indépendante sera responsable de la vérification externe des données. Cette entité devrait avoir l'expertise requise pour ce travail.

### **9.3. Modalités d'Evaluation du PSNM**

L'évaluation est vue comme le processus permettant d'apprécier le degré de pertinence, d'adéquation, d'efficacité et d'impact du plan et aussi le niveau de satisfaction des bénéficiaires. Elle se fera en deux temps : à mi-parcours en 2010 et à la fin de la période d'exécution en décembre 2012.

## 10. Le Plan

Axe stratégique 1 : REDUCTION DU RISQUE								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>1. REDUCTION DU RISQUE</b>	<b>Taux d'incidence nationale du VIH</b>							
<b>1.1. Renforcement et extension des programmes de CCC/MC destinés à la population et à des groupes cibles</b>	Pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année passée (partenaires multiples)	3%	2.8%	2.5%	2%	1.5%	Jeunes, population sexuellement active, travailleuses du sexe, HSH, migrants, enfants des rues	MSPP, MCFDF, MAS, MJS, MICT, ONGs, Edilités, Société Civile
<b>1.2. Renforcement et extension des services de santé sexuelle en y incluant la circoncision</b>	% d'hommes sexuellement actifs circoncis	Baseline à établir					Jeunes, population sexuellement active, HSH, migrants, enfants des rues	MCFDF, MSPP, MAS, ONG
	% Jeunes entre 15 et 24 ans connaissant les façons de prévenir la transmission du VIH par les rapports sexuels et rejetant les fausses idées principales sur la transmission du VIH	44,6%	50%	60%	65%	70%	Jeunes, population sexuellement active	MSPP, MCFDF, MAS, MJS, MICT, ONGs, Edilités, Société Civile
<b>1.3. Systématisation du programme d'éducation sexuelle pour les jeunes</b>	% d'écoles primaires et secondaires dans lesquelles une éducation sur le VIH/SIDA est dispensé	10%	20%	30%	40%	50%	Ecoliers,	MSPP, MEN, MCFDF, MAS, MJS, MICT, ONGs, Edilités, Société Civile
<b>1.4. Accès aux préservatifs</b>	% Jeunes entre 15 et 24 ans indiquant avoir eu systématiquement recours au préservatif avec les partenaires occasionnels au cours de l'année passée	29%	32%	35%	40%	45%	Jeunes, population sexuellement active,	MSPP, MCFDF, MAS, MJS, MICT, ONGs, Edilités, Société Civile
	% de personnes ayant eu systématiquement recours au préservatif avec les partenaires occasionnels au cours de l'année passée	41.9%	45%	50%	55%	60%		
<b>1.5. Promotion et renforcement du dépistage Volontaire</b>	% Personnes bénéficiant d'un dépistage du VIH et de conseils	7.5%	10%	15%	17%	20%	Jeunes, population générale	MSPP, MCFDF, MAS, MJS, MICT, ONGs, Edilités, Société Civile
<b>1.6. Extension et Intégration des services de PTME dans les cliniques prénatales et dans les maternités</b>	% Nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH	14%	13%	12%	11%	10%	Femmes enceintes, nouveaux nés	MSPP, MCFDF, MAS, ,ONGs, Association PVVIH,
<b>1.7. Développement des programmes de précautions universelles</b>	% de personnel médical séropositif suite à un AES en milieu de travail	Baseline à établir					Personnel médical,	MSPP, ONGs,
<b>1.8. Disponibilité de sang sûr</b>	% d'unités de sang transfusées testées pour vérifier l'absence du VIH conformément aux directives nationales	100%	100%	100%	100%	100%	Population générale	MSPP, Croix Rouge, Société Civile,

Axes stratégiques 2 : REDUIRE LA VULNERABILITE AU VIH								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>2. REDUIRE LA VULNERABILITE AU VIH</b>	<b>% de femmes habilitées à la négociation sexuelle</b>							
<b>2.1. Amélioration de la situation Sociale et économique des groupes vulnérables</b>	Taux de chômage au niveau des groupes vulnérables	Baseline à établir					Femmes, jeunes	MAS, MENFP, MJS, MDE, MCFDF, Collectivités Territoriale Civile, ONG, organismes de EPPLS, Secteur des Affaires
<b>2.2. Promotion de l'éducation/ scolarisation universelle</b>	% d'enfants de moins de 15 ans non scolarisés	Baseline à établir					Jeunes,	MAS, MJS, IBESR, ONGs, Société Civile, MAS, MJS, IBESR, ONGs, Société Civile, Secteur des Affaires
<b>2.3. Soutien et Scolarisation des OEV</b>	% d'enfants orphelins et enfants vulnérables comparés aux enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans qui sont actuellement scolarisés	Baseline à établir					Enfants vulnérables et orphelins du SIDA,	MAS, MENFP, ONGs, Société Civile, ONGs, Collectivités Territoriales,
<b>2.4. Renforcement des services sociaux et de Protection des mineurs</b>	% d'enfants victimes d'abus sexuel	Baseline à établir					Enfants	MAS, MJSP, IBESR, ONGs, Société, Collectivités Territoriales, MCFDF, MT
<b>2.5. Support psychosocial et médical aux femmes violées</b>	% de femmes violées testées prise en charge qui n'ont pas développé la maladie	Baseline à établir					Femmes,	MSPP, MAS, MJS, MCFDF, Collectivités Territoriales, Société Civile, ONG, organismes de microcrédits, EPPLS Secteur des Affaires, Universités
	% de centres de prestations de services intégrant des services de support psychosocial et médical aux femmes violées	Baseline à établir						

Axe stratégique 3 : REDUCTION DE L'IMPACT								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>3. REDUCTION DE L'IMPACT</b>	<b>Taux de séroprévalence national du VIH</b>	2.2%		2.0%		1.5%	Population générale	
<b>3.1. Renforcement, extension et intégration des services de Prise en Charge médicale (y compris les ARV).</b>	% Adultes et enfants toujours sous traitement 1 an après le début du traitement	Baseline à établir					PVVIH	MSPP, ONG
	% PVVIH pris en charge qui ont développé une infection opportuniste	Baseline à établir						
<b>3.2. Support psychosocial aux Personnes affectées et infectées</b>	% PVVIH ayant reçu des conseils en prévention positive						Familles affectées et infectées par le VIH	MSPP, ONG, MAS, MCFDF, Civile, Confession Religieuses, ONG, Association des PVVIH
	% PVVIH ayant reçu une assistance socioéconomique	0.3%	0.8%	1.2%	2%	3%		
<b>3.3. Intégration de services TB/VIH</b>	% Patients tuberculeux répertoriés qui sont séropositifs et qui ont entamé ou poursuivent un traitement ARV lors ou à la fin d'un traitement contre la tuberculose	Baseline à établir					PVVIH, Tuberculeux	MSPP, ONG

Axe stratégique 4 : PROMOTION ET DEFENSE DE DROITS HUMAINS								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>4. PROMOTION ET DEFENSE DE DROITS HUMAINS</b>	1 Loi sur les droits de PVVIH adoptée et appliquée							
<b>4.1. Développement d'un cadre juridique de défenses des droits des PVVIH</b>	1 Loi sur les droits de PVVIH adoptée et ratifiée (mécanismes d'application)	0	1				PVVIH,	Parlement, gouvernement, associations PVVIH, organisation des droits humains, protecteurs du citoyen, ordre des avocats
<b>4.2. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH</b>	% Personnes exprimant des attitudes d'acceptation vis-à-vis des PVVIH	10.7%	12%	15%	17%	20%	Population générale,	Parlement, gouvernement, associations PVVIH, organisation des droits humains, protecteurs du citoyen, ordre des avocats
	% de grandes entreprises qui ont des politiques et des programmes en faveur de la lutte contre le SIDA en milieu du travail	Baseline à établir						Association patronale, ministère des affaires sociales, ministère de l'éducation, association d'enseignant

Axe stratégique 5 : CONSTRUCTION DE LA PERENNITE DE INTERVENTIONS								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>5. CONSTRUCTION DE LA PERENNITE DE INTERVENTIONS</b>	<b>% du PIB national dédié à la lutte contre le SIDA</b>							
<b>5.1. Développement de stratégies de pérennisation des interventions essentielles en matière de lutte contre le VIH/SIDA</b>	% du budget national dédié à la lutte Contre le VIH/SIDA	0 15%	0 2%	0 3%	0.4%	0 5%	Population générale,	Ministère des finances, DGI, Primatures, assureurs, secteur Privé
	% du PIB national dédié à la lutte contre le SIDA							

Axes stratégiques 6 : LA SURVEILLANCE DE L'EPIDEMIE ET LA RECHERCHE								
Domaines d'intervention	Indicateurs	Chronogramme					Population cible	Intervenants
		2008	2009	2010	2011	2012		
<b>1. LA SURVEILLANCE DE L'EPIDEMIE LA RECHERCHE</b>	Informations épidémiologiques et de programme disponibles sur le VIH/SIDA							
<b>6.1. Harmonisation et Renforcement surveillance épidémiologique</b>	Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel	Baseline à établir					Population générale,	MSPP, ONGs Universités, Comité éthique, autres
<b>6.2. Recherches épidémiologiques, comportementales et opérationnelles</b>	% d'institutions du secteur santé utilisant les résultats de recherches réalisées	Baseline à établir						

## 11. Budget du plan

PREVENTION	ANNEE	ANNEE	ANNEE	ANNEE	ANNEE	TOTAL
	2008	2009	2010	2011	2012	
Presse	\$ 609 000,00	\$ 609 000,00	\$ 696 000,00	\$ 696 000,00	\$ 696 000,00	\$ 3 915 000,00
Mobilisation communautaire	\$ 522 000,00	\$ 522 000,00	\$ 522 000,00	\$ 522 000,00	\$ 991 000,00	\$ 3 601 000,00
<b>Groupes Vulnérables</b>						
Formation des professeurs d'écoles primaires	\$ 607 500,00	\$ 607 500,00	\$ 607 500,00	\$ 607 500,00	\$ 472 500,00	\$ 3 442 500,00
Formation des professeurs d'écoles secondaires	\$ 337 500,00	\$ 525 000,00	\$ 525 000,00	\$ 525 000,00	\$ 75 000,00	\$ 2 287 500,00
Education par les paires	\$ 10 400 000,00	\$ 10 400 000,00	\$ 12 480 000,00	\$ 12 480 000,00	\$ 12 480 000,00	\$ 62 400 000,00
Travailleuses sexuelles	\$ 1 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 400 000,00	\$ 10 400 000,00
Hommes d'églises	\$ 201 500,00	\$ 201 500,00	\$ 201 500,00	\$ 201 500,00	\$ 201 500,00	\$ 1 007 500,00
Homosexuels	\$ 198 000,00	\$ 198 000,00	\$ 237 600,00	\$ 198 000,00	\$ 198 000,00	\$ 1 148 400,00
Drogueés		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Travailleurs (es) dans le secteur formel et informel	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 18 000 000,00
<b>Fournitures des services</b>						
Distribution de condoms	\$ 6 195 000,00	\$ 6 195 000,00	\$ 10 620 000,00	\$ 10 620 000,00	\$ 10 620 000,00	\$ 50 445 000,00
Traitement des IST	\$ 3 000 000,00	\$ 5 000 000,00	\$ 6 000 000,00	\$ 6 000 000,00	\$ 6 000 000,00	\$ 27 425 000,00
VCT	\$ 7 800 000,00	\$ 7 800 000,00	\$ 7 800 000,00	\$ 7 800 000,00	\$ 7 800 000,00	\$ 46 800 000,00
Services de PTME	\$ 936 000,00	\$ 936 000,00	\$ 1 248 000,00	\$ 1 248 000,00	\$ 1 248 000,00	\$ 6 552 000,00
Traitement en PTME	\$ 119 000,00	\$ 119 000,00	\$ 212 500,00	\$ 212 500,00	\$ 212 500,00	\$ 994 500,00
Circoncision masculine	\$ 119 000,00	\$ 119 000,00	\$ 212 500,00	\$ 212 500,00	\$ 212 500,00	\$ 994 500,00
<b>Health Care</b>						
Sécurité transfusionnelle	\$ 960 000,00	\$ 960 000,00	\$ 1 600 000,00	\$ 1 600 000,00	\$ 1 600 000,00	\$ 7 680 000,00
Traitement prophylactique	\$ 501 795,00	\$ 501 795,00	\$ 535 248,00	\$ 535 248,00	\$ 535 248,00	\$ 3 111 129,00
Injection sécuritaire	\$ 1 040 000,00	\$ 2 600 000,00	\$ 5 200 000,00	\$ 5 200 000,00	\$ 5 200 000,00	\$ 20 280 000,00
Précautions universelles	\$ 417 212,64	\$ 596 700,00	\$ 1 193 400,00	\$ 1 193 400,00	\$ 1 193 400,00	\$ 5 011 325,28
<b>SUB-TOTAL PREVENTION</b>	<b>\$ 37 965 515,64</b>	<b>\$ 42 892 504,00</b>	<b>\$ 54 893 258,00</b>	<b>\$ 54 853 659,00</b>	<b>\$ 55 137 660,00</b>	<b>\$ 275 495 354,28</b>

	ANNEE	ANNEE	ANNEE	ANNEE	ANNEE	TOTAL
	2008	2009	2010	2011	2012	
<b>Care and Treatment</b>						
Médicaments pour adultes	\$ 2 985 900,00	\$ 2 985 900,00	\$ 4 180 260,00	\$ 4 180 260,00	\$ 4 180 260,00	\$ 21 498 480,00
Médicaments pour enfants	\$ 1 680 000,00	\$ 1 680 000,00	\$ 1 680 000,00	\$ 1 680 000,00	\$ 1 680 000,00	\$ 10 080 000,00
Médicaments secondaires pour les adultes	\$ 2 125 500,00	\$ 2 125 500,00	\$ 2 975 700,00	\$ 2 975 700,00	\$ 2 975 700,00	\$ 15 303 600,00
TAR pour patients tuberculeux	\$ 17 840,00	\$ 44 600,00	\$ 62 440,00	\$ 62 440,00	\$ 62 440,00	\$ 267 600,00
Suivi en laboratoire	\$ 4 707 500,00	\$ 4 707 500,00	\$ 6 590 500,00	\$ 6 590 500,00	\$ 6 590 500,00	\$ 33 894 000,00
Supplémentation nutritionnelle	\$ 995 300,00	\$ 995 300,00	\$ 1 393 420,00	\$ 1 393 420,00	\$ 1 393 420,00	\$ 7 166 160,00
Fournitures des services	\$ 8 877 000,00	\$ 8 877 000,00	\$ 12 427 800,00	\$ 12 427 800,00	\$ 12 427 800,00	\$ 63 914 400,00
<b>Traitement de lésions autre que le SIDA</b>						
Candidoses Buccales	\$ 12 103,00	\$ 17 290,00	\$ 17 290,00	\$ 17 290,00	\$ 17 290,00	\$ 93 366,00
Méningites à cytomégalovirus	\$ 9 765,00	\$ 13 950,00	\$ 13 950,00	\$ 13 950,00	\$ 13 950,00	\$ 75 330,00
Toxoplasmose	\$ 2 240,00	\$ 3 200,00	\$ 3 200,00	\$ 3 200,00	\$ 3 200,00	\$ 17 280,00
Cryptosporidiose	\$ 1 120,00	\$ 1 600,00	\$ 1 600,00	\$ 1 600,00	\$ 1 600,00	\$ 8 640,00
Isosporose	\$ 392,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 3 024,00
Cyclosporidiose	\$ 392,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 560,00	\$ 3 024,00
Herpes Simplex	\$ 1 568,00	\$ 2 240,00	\$ 2 240,00	\$ 2 240,00	\$ 2 240,00	\$ 12 096,00
Herpes Zoster	\$ 3 360,00	\$ 4 800,00	\$ 4 800,00	\$ 4 800,00	\$ 4 800,00	\$ 25 920,00
Pneumocystose	\$ 16 800,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 129 600,00
Cotrimoxazole	\$ 16 800,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 24 000,00	\$ 129 600,00
Eau et assainissement	\$ 229 240,00	\$ 286 550,00	\$ 286 550,00	\$ 343 860,00	\$ 343 860,00	\$ 1 719 300,00
Vaccination contre l'hépatite B	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 82 125,00	\$ 82 125,00	\$ 164 250,00
Insecticide-treated bed nets	\$ 103 950,00	\$ 103 950,00	\$ 103 950,00	\$ 103 950,00	\$ 103 950,00	\$ 623 700,00
STI screening	\$ 220 000,00	\$ 220 000,00	\$ 220 000,00	\$ 137 500,00	\$ 137 500,00	\$ 1 155 000,00
Counseling (family planning, safe sex, life management)	\$ 286 000,00	\$ 286 000,00	\$ 286 000,00	\$ 500 500,00	\$ 500 500,00	\$ 2 145 000,00
<b>SUB-TOTAL CARE AND TREATMENT</b>	<b>\$ 22 292 770,00</b>	<b>\$ 22 404 500,00</b>	<b>\$ 30 298 820,00</b>	<b>\$ 30 570 255,00</b>	<b>\$ 30 570 255,00</b>	<b>\$ 158 429 370,00</b>

	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010	ANNEE 2011	ANNEE 2012	TOTAL
<b>Orphelins et Enfants Vulnérables</b>						
Support éducationnel, traitement médical, nourriture, habits,lits et conseils psychosocial	\$ 19 908 000,00	\$ 19 908 000,00	\$ 19 908 000,00	\$ 23 226 000,00	\$ 23 226 000,00	\$ 126 084 000,00
<b>Program support</b>	<b>\$ 50 048 211,18</b>	<b>\$ 45 078 505,00</b>	<b>\$ 25 125 035,82</b>	<b>\$ 21 558 035,82</b>	<b>\$ 21 368 819,82</b>	<b>\$ 201 478 607,64</b>
Développement des facilités médicales	\$ 12 000 000,00	\$ 12 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ -	\$ -	\$ 27 000 000,00
Gestion des programmes de prévention	\$ 3 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 14 500 000,00
Gestion des programmes de traitement	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 3 000 000,00	\$ 18 000 000,00
IEC et plaidoyer	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 1 511 112,00	\$ 11 511 112,00
Suivi et Evaluation	\$ 2 880 000,00	\$ 2 880 000,00	\$ 2 500 000,00	\$ 2 500 000,00	\$ 1 999 672,00	\$ 15 759 672,00
Recherche opérationnelle/Prévalence VIH	\$ 1 300 000,00	\$ 500 000,00	\$ 500 000,00	\$ 500 000,00	\$ 1 300 000,00	\$ 4 600 000,00
Formation	\$ 6 000 000,00	\$ 6 000 000,00	\$ 1 440 742,00	\$ 873 742,00	\$ 873 742,00	\$ 21 188 226,00
Gestion des déchets biomédicaux	\$ 1 368 211,18	\$ 1 368 211,18				\$ 2 736 422,36
Logistique et médicament	\$ 7 000 000,00	\$ 5 610 293,82	\$ 5 610 293,82	\$ 5 610 293,82	\$ 5 610 293,82	\$ 37 441 175,28
Laboratoire et infrastructure	\$ 9 000 000,00	\$ 7 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 2 000 000,00	\$ 32 000 000,00
Supervision	\$ 2 200 000,00	\$ 2 420 000,00	\$ 2 774 000,00	\$ 2 774 000,00	\$ 2 774 000,00	\$ 14 942 000,00
Gestion de la résistance aux médicaments	\$ 300 000,00	\$ 300 000,00	\$ 300 000,00	\$ 300 000,00	\$ 300 000,00	\$ 1 800 000,00
<b>Total</b>	<b>\$ 130 214 496,82</b>	<b>\$ 130 283 509,00</b>	<b>\$ 130 225 113,82</b>	<b>\$ 130 207 949,82</b>	<b>\$ 130 302 734,82</b>	<b>\$ 761 487 331,92</b>

