

REPUBLIQUE D'HAÏTI

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Programme National de Lutte contre le Sida

**Déclaration
d'Engagement
sur le VIH/SIDA
GARPR**

**RAPPORT DE SITUATION
NATIONALE HAÏTI, MARS 2014**



Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Instantané de la situation.....	5
2.1 Participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport GARPR 2014	7
2.2 Descriptif de l'épidémie.....	8
2.2.1 Enquêtes de sérosurveillance	9
2.2.2 Les enquêtes de type DHS de l'IHE	13
2.2.3 Enquête sérocomportementale chez les HARSAH et les TS de PSI-Haïti	16
2.2.3 Système de surveillance épidémiologique	17
2.2.4 Les estimations et projections épidémiologiques.....	19
3. Riposte Nationale au SIDA.....	21
Disponibilité et accès aux préservatifs.	22
Promotion et renforcement du dépistage volontaire.	23
Tableau 8 : Progression du nombre de site CDV de 2009 à 2013.	23
Figure 9. Dépistage du VIH janvier-décembre 2013	24
Extension et intégration des services de PTME.....	24
Prévention de la transmission du VIH et de syphilis de la mère à l'enfant.....	24
L'offre de traitement aux enfants vivant avec le VIH.....	24
Sécurité transfusionnelle et prévention de l'exposition accidentelle au sang.	25
Circoncision Masculine Médicalisée	25
Prévention Post-Exposition: AES, Viol	25
Prévention chez les groupes clés: LGBTI, TS, les prisonniers, les déplacés	25
Prévention du SIDA dans les lieux de travail	26
Analyse de l'Axe de Réduction de la vulnérabilité.....	26
Analyse de l'Axe de Réduction de l'impact	26
Le Traitement Antirétroviral	26
La Prise en charge des IST.....	27

Soutien Psychosocial aux personnes infectées et affectées.....	27
Soutien aux OEV	28
Intégration TB/VIH.....	28
Promotion et de défense des droits humains	28
4. Bonnes pratiques	32
Histoire à succès du réseau #1 – Réseau Zanmi Lasante / PIH.....	32
Contexte	32
Période de projet pilote	33
Période de balbutiement et d'échecs	33
Période d'appropriation et de succès (voir photo 1)	34
Période de constance dans l'effort (voir tableau 1):	34
Perspectives pour tenir le haut du pavée	35
Tableau 1._	36
Histoire à succès du réseau #2 – Réseau CMMB	37
Les fondements de sa régularité.....	37
Le cheminement.....	38
Son apport au programme	38
Histoire à succès du réseau #3 – Réseau VDH	39
Histoire à succès du réseau #4 – Réseau GHESKIO	41
Histoire à succès du réseau #5 – Réseau FOSREF	43
5. Principaux défis et Solutions.....	45
La multisectorialite	45
Gouvernance	47
Mesures correctives	47
6. Soutien des Partenaires au Développement	48
7. Suivi & Evaluation.....	49
8. Conclusion	50

1. Introduction

Haïti est partie prenante des déclarations d'engagement et de politique sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. Les Hautes Autorités du pays ont toujours manifesté leur présence et défendu les intérêts du PNLS et des PVVIH à ces grands rendez vous internationaux sur le VIH/sida. En juin 2011, une délégation haïtienne de Haut Niveau a pris part à la 65^e session de l'Assemblée générale, au cours de laquelle a été signé le projet de résolution présenté par le Président de cette Assemblée aux Autorités Haïtiennes pour le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST.

Malgré les difficultés de toutes sortes, Haïti a obtenu des résultats appréciables dans le domaine de la prévention. De nombreuses communes ont pu bénéficier d'interventions en matière de sensibilisation, d'information et d'éducation sur le VIH, sur les comportements à risques et sur les comportements responsables en particulier l'utilisation systématique et correcte de condoms. Le PNLS, c'est-à-dire l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la Riposte nationale, profite de toutes les grandes occasions de rassemblement, le carnaval, les fêtes champêtres afin de sensibiliser l'opinion publique sur le VIH. Tous les points de prestation de services du pays ne disposent pas encore de services de prévention et de diagnostic sur le VIH, mais un grand nombre offre des services réguliers de communication et de promotion du dépistage du VIH et des IST. Les perspectives sont encourageantes pour les HARSAH et les TS. La situation de l'épidémie au niveau de certains groupes et milieu : tels les usagers de drogues et le milieu carcéral n'est pas encore connue. Des recherches sont indispensables pour offrir et adapter l'offre de services de prévention dans les milieux de vie de ces groupes.

En matière de traitement, soins et soutien; le nombre de points de prestation de services qui offrent le traitement antirétroviral a augmenté. L'accès universel n'est pas un slogan creux et vide de sens. La stratégie s'élabore au fur à mesure en fonction des nouvelles lignes directrices combinées de l'OMS, des connaissances scientifiques, des données factuelles et des expériences vécues par les institutions, les prestataires, les communautés et les bénéficiaires. Des efforts restent à faire pour augmenter le nombre d'enfants sous traitement et pour maintenir le plus grand nombre de gens diagnostiqués VIH dans les filières de soins. Le niveau de prise en charge de la coinfection TB/VIH est acceptable. Par contre, quant à celle des hépatites, les données fournies par la Croix-Rouge en Haïti auprès des donneurs de

sang sont préoccupante accusant une prévalence de 3.5%. Une étude doit être réalisée bientôt sur la situation des hépatites en milieu hospitalier et elle fournira des données actualisées sur ces pathologies pour permettre aux décideurs et aux planificateurs d'en tenir compte dans la prise en charge de la coinfection VIH / hépatites B et C. Les récentes données sur les estimations et les projections épidémiologiques indiquent que des gains en matière d'espérance de vie ont été obtenus; cela encourage tous les acteurs à redoubler d'ardeur dans l'optique du zéro décès lié au VIH.

La lutte pour le respect des droits humains est un combat quotidien. Les associations de PVVIH sont actives et ont des interventions régulières de sensibilisation et de plaidoyer. Il en est de même des associations de HARSAH. Il existe peu d'organisations connues de TS, mais certaines ONG comme FOSREF leur servent, pour l'instant, de courroie de transmission de leurs revendications.

Le MSPP a soumis une proposition de loi au parlement sur la défense des droits des PVVIH, des plaidoyers se font pour les intégrer, en tant que groupe vulnérable dans les programmes sociaux actuels de l'Etat haïtien. La plupart des points de prestation de services ont des projets d'amélioration de la qualité des soins; ces projets concourent non seulement à la qualité des soins en VIH/sida mais de toutes les activités au sein de l'institution. De façon incrémentielle, les activités qui se font en amélioration de la qualité de données, au niveau des programmes comme le PNLS ou le PNLT, influencent indirectement la vie de l'institution sur la qualité des données générées par l'ensemble de ses services.

Haïti a toujours respecté ses engagements en matière de lutte contre le VIH/sida au niveau de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies et elle a soumis régulièrement à l'ONUSIDA ses rapports de situation nationale. Le présent rapport fournira des informations clés sur la mise en œuvre du PNLS et l'évolution de l'épidémie à VIH d'avril 2012 à mars 2014.

2. Instantané de la situation

En 2 ans, d'avril 2012 à mars 2014, beaucoup de réalisations et de changements ont eu lieu au niveau du PNLS. L'épidémie VIH est stabilisée en Haïti autour de 2,2% (EMMUS IV et V). La prévalence de l'épidémie est connue au niveau de certains groupes clés avec un taux de 18,1% pour les HARSAH et de 8,4% pour les TS (BSS, PSI 2012).

Globalement, le PNLS suit une trajectoire globale qui va dans le sens des intérêts de la population haïtienne et des PVVIH. Sur le plan stratégique, Le PSNM 2008 – 2012 a eu un remaniement au cours de l'année 2012 le transformant en un PSNM 2008 – 2012 réaménagé avec extension à 2015. Puis en 2013, Les décideurs politiques au niveau de la gouvernance du PNLS ont décidé d'opérer au sein du PSNM réaménagé certaines modifications et restructurations, avec un niveau élevé de participation des parties prenantes de la Riposte nationale pour l'adapter aux besoins actuels. En 2014, ce plan stratégique devient le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018. Le processus d'élaboration de la Stratégie n'est pas figé, il est itératif (Minsberg et al, 1999); ce qui a été décidé en un temps t_0 peut être modifié en un temps t_1 sur une très courte période, et ainsi de suite, en fonction de la dynamique interne du programme et des contingences externes.

Au cours de cette même période des stratégies ont été précisées; le suivi évaluation et la prévention ont eu des documents de plan à long terme; les manuels de normes de prise en charge ont été actualisés, la dernière actualisation datant de décembre 2013. De nouveaux projets ont été mis en œuvre, comme EVIH-T et des liens se sont tissés avec de nouveaux regroupements de partenaires sous le patronage de nouveaux acteurs comme PATHFINDER et URC.

Des recherches d'importance majeure ont été réalisées, telles que la 7^e enquête séro-sentinelles auprès des femmes enceintes, le Ve EMMUS et l'enquête sur la rétention à 6 mois, à 12 mois, à 24 mois et à 60 mois sur le TAR. D'autres études comme l'analyse des lacunes programmatiques et financières, l'analyse de la taille de l'échantillon, l'analyse des modes de transmission du VIH en Haïti et la priorisation des investissements au sein de la Riposte nationale sont des outils puissants disponibles pour les décideurs politiques et les planificateurs afin de prendre des décisions judicieuses et opportunes pour l'avancement de la lutte contre le VIH en Haïti.

Des acteurs questionnent la gouvernance multisectorielle du PNLS. Actuellement, des débats se font au niveau du MSPP sur la constitution du CNS qui est un élément clé de pilotage de la Politique Nationale de Santé publiée en juillet 2012. Inévitablement, la Riposte nationale face au VIH/sida sera un élément du champ d'intervention et des attributions de cette entité de gouvernance.

2.1 Participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport GARPR 2014

Le processus d'élaboration de ce rapport a démarré au début de février 2014. Il a largement bénéficié de la dynamique participative mise en œuvre depuis le début du processus de révision du PSNM.

La première étape a consisté en la rédaction d'une note conceptuelle sur le processus de participation proprement dit permettant à la CT du PNLIS d'établir la liste des responsabilités, des échéanciers et des livrables. Cette note a été l'objet de discussions avec la représentation locale de l'ONUSIDA pour la convergence des efforts sur le processus dans son ensemble.

La deuxième étape a été la tenue d'une rencontre préparatoire, le 14 février 2014, pour lancer le processus d'élaboration du rapport d'avancement de la riposte, devant aboutir à la tenue des ateliers NCPI relatifs aux engagements nationaux et moyens d'action. Au cours de cette rencontre les objectifs du processus ont été clairement explicités sur le niveau attendu de participation des parties prenantes au processus et des clarifications ont été apportées sur le contenu des questionnaires.

Plusieurs ateliers ont été réalisés pour le remplissage et la synthèse des questionnaires. Des rencontres séparées ont été organisées pour collecter les données relatives aux engagements nationaux et moyens d'action réunissant des représentants :

- Des secteurs étatiques,
- De la société civile (ONG, secteur santé système des Nations Unies),
- Des confessions religieuses,
- Des PVVIH,
- Et des groupes clés (LGBT, TS).

Concomitamment à la tenue de ces rencontres des formulaires ont été administrés à la Direction de l'UCP, la coordonnatrice de la CT du PNLIS et plusieurs responsables au niveau de la société civile. Un groupe de 5 professionnels au sein du service suivi et évaluation de la CT du PNLIS a été constitué pour l'analyse des réponses et le postage des réponses sur le site de l'ONUSIDA.

La 3^e étape a été la restitution des résultats des formulaires administrés lors d'un atelier tenu le mercredi 26 ou le lundi 31 Mars 2014 au local de l'ONUSIDA. Les débats ont été intenses et des corrections ont été apportées à certaines réponses.

Parallèlement à ce processus de collecte et d'analyse des formulaires NCPI, l'enquête sur les dépenses liées au VIH/sida a été réalisée. Un résumé du rapport de dépenses est en annexe du présent rapport.

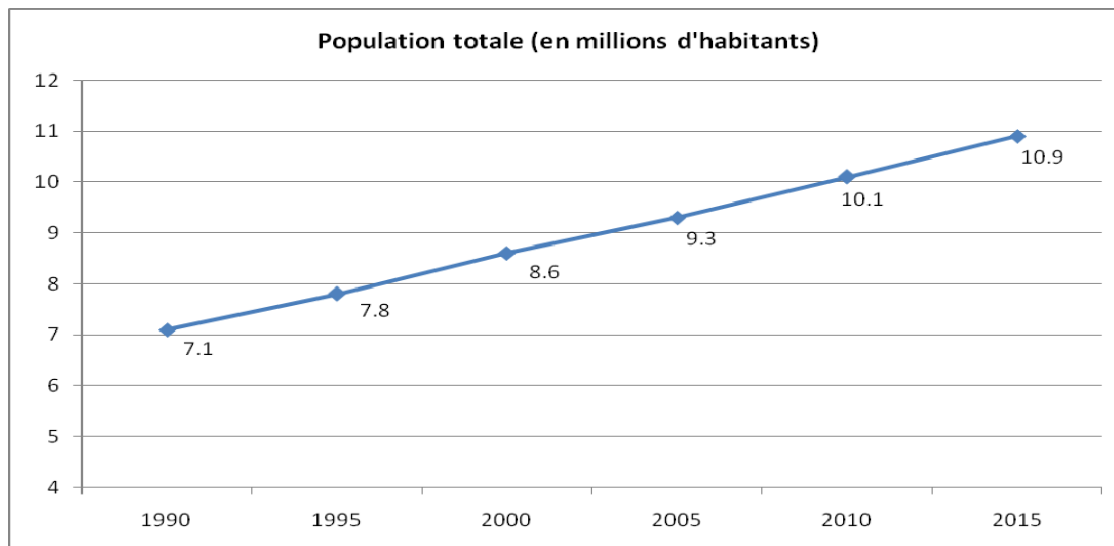
La dernière étape a été le postage des données vérifiées et validées par les parties prenantes au niveau du site de l'ONUSIDA.

2.2 Descriptif de l'épidémie

Haïti est un pays très montagneux mesurant 27,750 km carrés avec une subdivision administrative comprenant 10 départements, 42 arrondissements, 133 communes et 570 sections communales.

La couverture forestière actuelle est de moins de 2% de la superficie du pays. Le pays est particulièrement vulnérable aux catastrophes naturelles en particulier les cyclones, les inondations et les tremblements de terre (en raison de la présence de plusieurs failles sismiques particulièrement dans le nord et l'ouest du pays). Le dernier tremblement de terre de 2010 en particulier a entraîné des dégâts matériels et humains importants et le développement de plusieurs camps de déplacés dans la capitale accentuant le phénomène de migration urbaine chronique existant depuis de nombreuses années.

En 2012, La population de la république d'Haïti était estimée à 10.413.211 habitants; les femmes représentent un effectif de 5.254.957, soit 50,5% environ et les hommes de 5.158.254, soit 49,5%. La moitié de la population vit en zone urbaine et le département de l'Ouest est le département le plus peuplé du pays 3.845.570 (37%); suivis par les départements de l'Artibonite 1.648.586 (16%) et du Nord 1.018.411(10%) (IHSI, janvier 2012). Tel que l'indique le graphique ci-dessous, la population haïtienne atteindra probablement les 11.000.000 d'habitants en 2015.



Graphique 1. Projection Population haïtienne. Source : IHSI-CELADE. Haïti. 2007.

Quatre grandes sources de données nous permettent de suivre l'évolution de l'épidémie à VIH en Haïti. Ce sont :

- Les enquêtes de sérosurveillance;
- Les enquêtes de type DHS;
- Le système de surveillance épidémiologique;
- Les Estimations et projections épidémiologiques.

2.2.1 Enquêtes de sérosurveillance

Haïti a réalisé sa 7^e enquête de sérosurveillance en 2012 et le rapport final de cette étude a été publié en février 2013. Les principaux résultats de cette 7^e enquête de sérosurveillance, puisés dans le rapport final de cette enquête se résument ainsi :

La prévalence de l'infection au VIH est en moyenne de 2,30% (IC à 95% : 2,05% - 2,58%). Elle varie suivant le site dans une fourchette de 0,3% à 4,6% et la valeur médiane calculée est de 2,15%.

Les principaux facteurs prédictifs du résultat du test de dépistage du VIH sont : le niveau d'instruction, la durée de l'union avec le partenaire et le résultat du test RPR.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes enregistrées dans l'étude diminue progressivement dans le temps, que ce soit lorsque l'on compare la situation dans les 8 sites comparables passant de 5,90% en 1996 à 2,40% en 2012. Il est à noter cependant, qu'il existe

une certaine stagnation au cours des deux dernières enquêtes. La même constatation est faite au niveau de l'évolution de la médiane.

L'analyse par régression logistique a été utilisée pour comprendre les résultats observés concernant l'évolution de la prévalence de l'infection au VIH au cours de la période 1996-2012, comparant le niveau de prévalence observée pour toutes les enquêtes antérieures à celui retrouvé en 2012. Pour toutes ces comparaisons, le risque de positivité du test de dépistage du VIH en fonction du passage de l'enquête diminue au fil des temps ($OR > 1$) que ce soit pour les 8 sites comparables de 1996 à 2009 ou pour l'ensemble des sites de 2004 à 2009. Pour la période 2009 à 2012 la tendance à la baisse n'est pas significative.

On peut tout de même noter qu'en :

- 1996, sur les 2214 femmes examinées au niveau des 8 sites comparables, 5,90% étaient séropositives au VIH (IC à 95% : 3,74 à 8,09) ;
- 2000 sur les 1917 femmes enceintes testées, la prévalence était de 5,30% (IC à 95% : 2,85 à 7,69%) ;
- 2004 sur les 3238 femmes enceintes testées, la prévalence était égale à 3,60% (IC à 95% : 2,73 à 4,43%) ;
- 2007 sur les 3,188 femmes enceintes testées, la prévalence était de 4,10% (IC à 95% de 2,76 à 5,53) ;
- 2009 sur les 3151 enceintes testées, la prévalence était de 2,50% (IC à 95% : 1,83 à 3,12%) ;
- 2012 sur les 3163 femmes enceintes testées, la prévalence était de 2,40% (IC à 95% de 1,29 à 3,52).

La prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes testées au niveau des sites sentinelles considérés, diminue globalement au fil des temps de 1996 à 2012, malgré une légère remontée en 2007 et une certaine stagnation entre 2009-2012. La comparaison est effectuée pour les huit (8) sites dans lesquels l'étude sérosentinelles a été menée pour les différents passages successifs de 1996-2012.

Les taux respectifs de prévalence de l'infection au VIH retrouvés au niveau des 8 sites comparables en 1996, 2000, 2004, 2007, 2009 et 2012 soit : 5,90%, 5,30%, 3,60%, 4,10%, 2,50% et 2,40 %.

Tableau 1. Répartition des résultats des enquêtes de sérosurveillance chez les femmes enceintes selon le regroupement des sites dans le temps. Haïti. Mars 2014.

Nombre de sites comparables	ANNÉE						
	1993	1996	2000	2004	2007	2009	2012
5 sites comparables	6,20	5,60	5,59	3,11	3,17,	2,40	
8 sites comparables		5,90	5,30	3,60	4,10	2,50	
9 sites comparables		5,96	5,10	3,44	3,96	2,47	
12 sites comparables			4,42	3,25	4,27	2,72	
17 sites comparables				3,11	2,44	2,65	
21 sites comparables						2,65	2,3

Le Graphique ci-dessous montre que le niveau de prévalence varie grandement suivant le site considéré, se situant dans une fourchette comprise entre 0,3 et 4,6. La prévalence la plus basse est observée à l'Hôpital de St Michel de Jacmel et celle la plus élevée au Centre médico-social de Ouanaminthe.

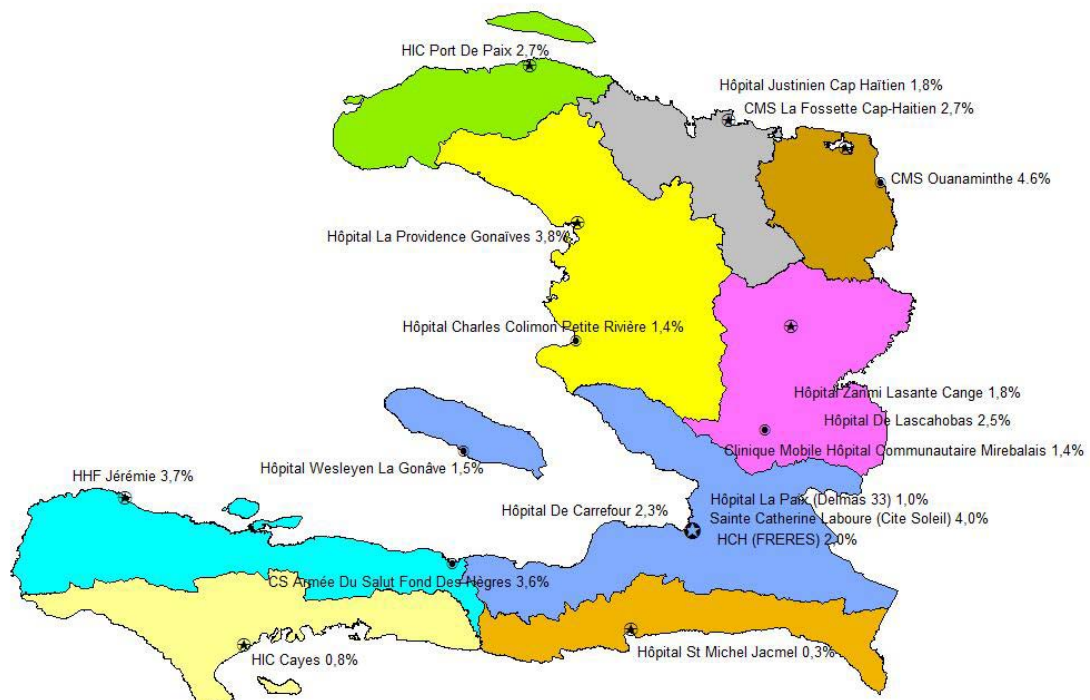


Figure 1. Répartition de la prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes en visite prénatale selon le site. Haïti. 2012.

En général, la prévalence de l'infection au VIH observée dans la population des femmes enceintes de la 7^e enquête sérosurveillance augmente graduellement avec l'âge, passant de 1,8% parmi les moins de 20 ans, pour atteindre le niveau de 3,2% parmi les 35-39 ans pour redescendre à 2,3 % à 40 ans et plus. Cependant, la différence observée, suivant les groupes d'âges n'est pas significative qu'il s'agisse d'analyse bi variée ($p > 5\%$), ou multi variée (*IC de l'OR recouvrant la valeur 1*).

Les valeurs retrouvées pour les niveaux de prévalence sont quasiment similaires lorsque l'on compare les milieux urbain et rural (2,45% vs 2,30%) et évidemment la très légère différence observée n'est pas statistiquement significative. Le tableau ci-dessous montre les valeurs de la prévalence entre les milieux urbain et rural au cours du temps de 1993 à 2012.

Tableau 2. Répartition des résultats des enquêtes sérosurveillances chez les femmes enceintes selon le milieu de résidence dans le temps. Haïti. Mars 2014.

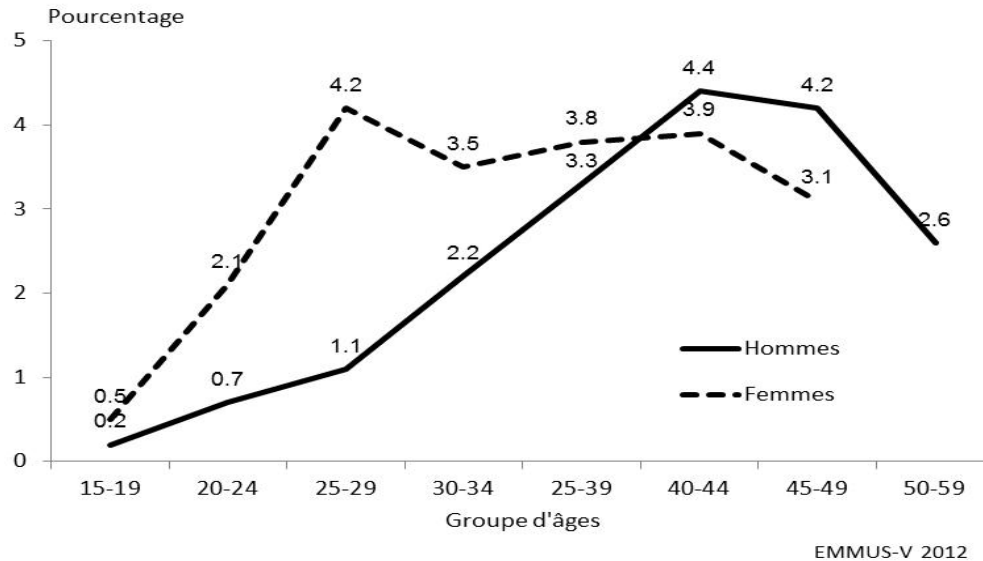
Milieu de résidence	Année						
	1993	1996	2000	2004	2007	2009	2012
Urbain	9,4	8,0	6,8	3,4	5,9	3,0	2,45
Rural	3,5	3,7	2,9	2,8	2,7	2,4	2,30
Ensemble	6,2	5,6	4,5	3,1	4,4	2,7	2,40

L'enquête de sérosurveillance de 2012 conclut qu'une diminution de la prévalence de l'infection au VIH au cours des enquêtes successives de 1996-2012 a été observée. La tendance à la baisse a été retrouvée au niveau des huit (8) sites comparables observés depuis 1996 et de l'ensemble des sites du réseau sentinelle à partir de 2003. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le niveau de prévalence pour les deux derniers passages (2009 et 2012). Ceci est en conformité avec les résultats de l'EMMUS IV (2005-2006) et de l'EMMUS V (2012) où une certaine stabilité a été constatée.

2.2.2 Les enquêtes de type DHS de l'IHE

Ce sont les enquêtes EMMUS, des enquêtes transversales sur la morbidité, la mortalité et l'utilisation des services. Haïti est à sa cinquième, mais c'est à partir de la quatrième que EMMUS a commencé à mesurer des effets en rapport avec le VIH.

La prévalence globale de l'épidémie à VIH n'a pas changé en Haïti depuis 2005 – 2006. Elle est de 2,2%. Néanmoins, des différences sont observées entre les hommes et les femmes : la prévalence aurait augmenté chez les femmes passant de 2,3% en 2005 – 2006 à 2,7% en 2012; par contre chez les hommes, elle est passée de 2,0% en 2005 – 2006 à 1,7% en 2012. La figure ci-dessous indique les valeurs observées de la prévalence par sexe et âge dans EMMUS V.



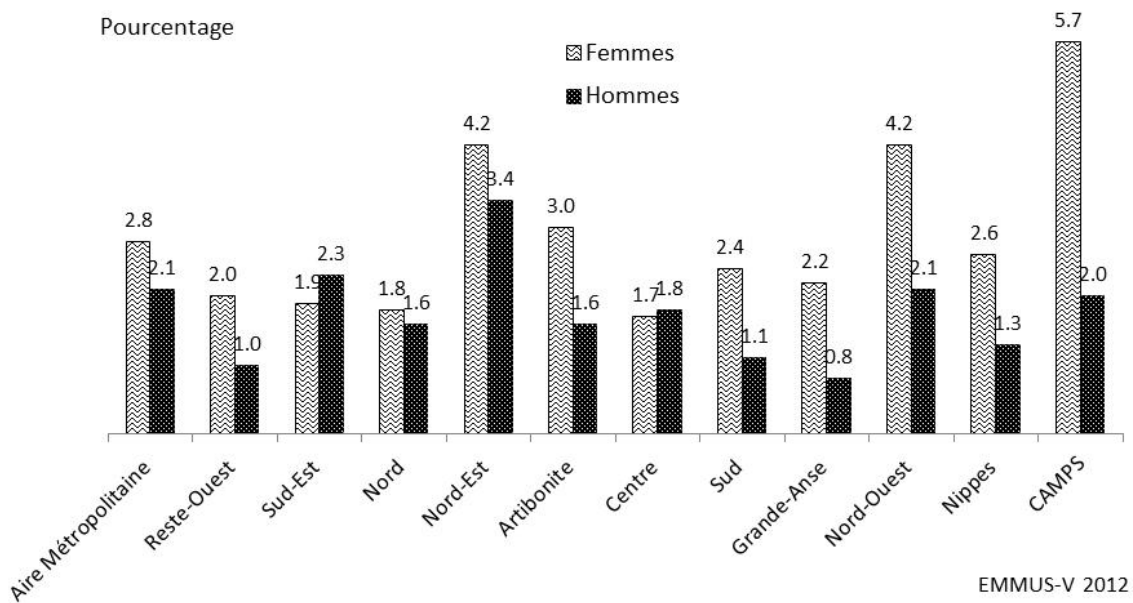
Graphique 2. Prévalence du VIH par sexe et par âge. EMMUS V. Haïti 2012.

Chez les hommes de 15-19 ans, la prévalence du VIH est de 0,2% ; de 25-29 ans, elle est de 1,1%; puis on observe une augmentation rapide à 4,4% pour la tranche d'âge de 30-34 ans avant de diminuer sensiblement jusqu'à atteindre 2,6% chez les 50-59 ans.

Chez les femmes, elle est de 0,5% de 15-19 ans; elle augmente rapidement pour atteindre 4,2% de 25-29 ans; elle diminue à 3,5% pour la tranche d'âge de 30-34 ans; elle semble être en plateau jusqu'à 40-44ans pour diminuer ensuite avec une valeur de 2,6% chez les 45-49 ans.

La prévalence du VIH est de 2,0% en milieu rural tandis qu'en milieu urbain, elle est de 2,4%. Au niveau des femmes en milieu rural elle est de 2,5% et de 2,9% en milieu urbain. Chez les hommes elle est de 1,5% et de 1,9%.

Au niveau des départements, la prévalence globale (tous les sexes confondus) est la plus faible dans l'Ouest (sans l'Aire Métropolitaine) et la Grande-Anse (1,5 %) et elle est la plus élevée dans le Nord-Est (3,9 %) et le Nord-Ouest (3,2 %). Cependant, les variations selon les départements diffèrent selon le sexe. Chez les femmes, la prévalence passe d'un minimum de 1,7 % dans le Centre à un maximum de 4,2 % dans le Nord-Est et le Nord-Ouest. Chez les hommes, le pourcentage le plus élevé de séropositifs se situe également dans le Nord-Est (3,4%), mais le minimum se situe dans la Grande-Anse (0,8 %).



Graphique 3. Prévalence du VIH par sexe et par département. EMMUS V. Haïti 2012.

Dans les camps d'hébergement au niveau de l'aire métropolitaine, la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée par rapport à la prévalence nationale. Elle est de 3,9% et est très élevée chez les femmes qui y résident avec une valeur de 5,7%.

Entre EMMUS IV et EMMUS V, on observe des variations régionales qu'il convient d'attirer l'attention là-dessus. De 2005, 2006 à 2012 les variations d'un département à un autre sont les suivantes :

Département du Nord'ouest : 2,0% à 3,2%

Département du Nord : 2,9% à 1,7%

Département du Nord-Est : 2,7% à 3,9%

Département du Centre : 1,6% à 1,8%

Département de l'Artibonite : 2,1% à 2,3%

Département de l'Ouest sans aire métropolitaine : 2,0 à 2,4%

Département de l'Ouest avec aire métropolitaine : 2,5% à 1,5%

Département du Sud est : 3,4% à 2,1%

Département des Nippes : 3,0% à 2,0%

Département du Sud : 2,2% à 1,7%

Département de la Grande anse : 1,0% à 1,5%

La carte ci-dessous montre les prévalences par département en 2005-2006 et 2012.

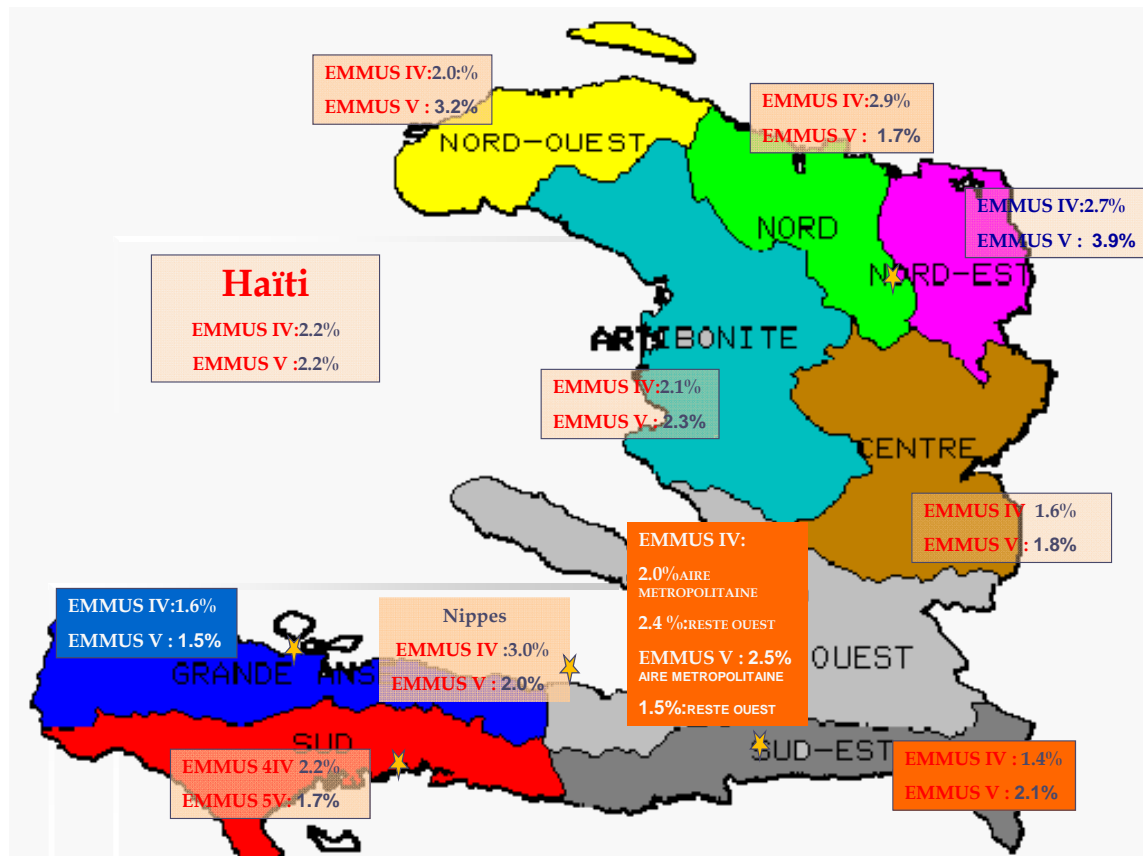


Figure 2. Prévalence du VIH par département. EMMUS IV et V. Haïti 2012.

2.2.3 Enquête sérocomportementale chez les HARSAH et les TS de PSI-Haïti

L'étude de PSI-Haïti réalisée en 2011-2012, selon la méthodologie RDS, a démontrée une prévalence du VIH de 18,1% chez les HARSAH. Cette prévalence est très élevée, particulièrement parmi les HARSAH plus âgés (30% parmi ceux de 25 ans et plus, et 13% chez ceux de moins de 25 ans).

La prévalence est très élevée chez les HARSASH dans les départements du Sud, de l'Artibonite, du Centre, et du Nord-est. L'étude a révélé que les HARSASH haïtiens ont aussi des rapports sexuels avec des femmes et souligne l'importance d'adresser l'épidémie à VIH dans ce groupe afin de pouvoir contrôler l'épidémie dans la population générale. Au niveau de l'échantillon, 1,3% des HARSASH interviewés étaient mariés et 4,6% vivaient avec une femme. Le graphique ci-dessous indique la prévalence du VIH chez les HARSASH par département.

PSI-Haïti a également réalisée une étude chez les TS, au cours de la même période de celle que chez les HARSASH. La prévalence du VIH parmi les TS est de 8,4%. Selon PSI, la prévalence chez les TS a diminué par rapport aux valeurs précédentes de 63% en 1988 et 22% en 1999 basée sur les données empiriques de dépistage volontaire au niveau des centres GHESKIO.

Le graphique ci-dessous présente la prévalence chez les TS par département. Il faut noter que la prévalence est plus faible dans la zone métropolitaine (5.6%) et plus élevée dans le département de Centre (18,8%).

2.2.3 Système de surveillance épidémiologique

Ce système a été mis en place par NASTAD en collaboration avec le MSPP. La CT du PNLS y est très impliquée en matière de respect de la ponctualité de l'alimentation de la base de données de surveillance, le HASS, et du contrôle des extraits par l'intermédiaire du bulletin de surveillance épidémiologique.

C'est un système de surveillance mi-passif et mi-actif, c'est-à-dire qu'il reçoit des données d'un ensemble de partenaires et ensuite NASTAD fait la validation de ses données sur la base d'un échantillon et la déduplication en fonction de procédures pré établies.

La figure ci-dessous montre les sites rapportant des données à HASS en 2012.

Le système est alimenté électroniquement par des sites offrant les services de dépistage à travers la saisie des fiches de notification sur l'interface MESI et par les bases de données EMR: I-santé / ITECH, GHESKHIO et PIH/ZL.

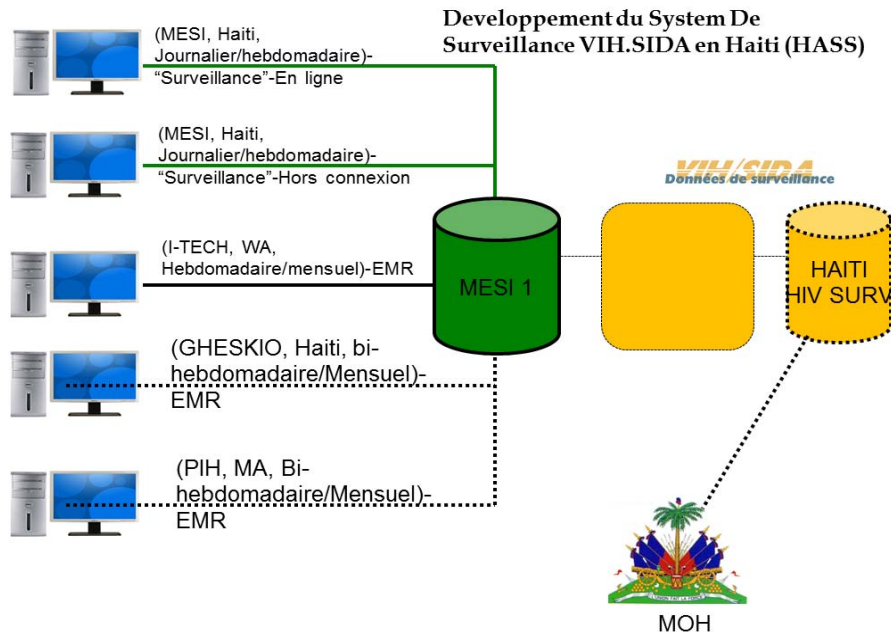


Figure 6. Modélisation actuelle du système de surveillance épidémiologique en Haïti.

La déduplication exige un travail robuste. Les cas uniques d’infection à VIH sont des cas dé dupliqués. L’élimination des doublons se fait par un nettoyage au cas par cas; ensuite les données suspectes sont acheminées à leurs bases respectives (MESI, ITECH, GHESKO, PIH) pour confirmation et alors NASTAD supporté par le comité de rédaction du bulletin de surveillance épidémiologique peut les utiliser pour la publication dudit bulletin en témoigne l’article sur la notification de cas de VIH.

Tableau 3. Répartition du nombre cumulé de cas VIH/sida notifiés selon l’âge en 2012 et 2013.

Groupe D'Age	Cas Notifies en 2011	Pourcentage en 2011	Cas Notifies en 2012	Pourcentage en 2012
0-15	1964	8.18%	2770	9.95%
15-19	759	3.16%	945	3.39%
20-29	6068	25.26%	7125	25.60%
30-39	6283	26.16%	7474	26.85%
40-49	3666	15.26%	4496	16.15%
50+	2354	9.80%	3074	11.04%
INC	2926	12.18%	1952	7.01%
Grand Total	24020	100.00%	27836	100.00%

Tableau 4. Répartition du nombre cumulé de cas VIH/sida notifiés selon le sexe en 2012 et 2013.

Sexe	Cas Notifiés en 2011	Pourcentage en 2011	Cas Notifiés en 2012	Pourcentage en 2012
F	14719	61.28%	17136	61.56%
M	9301	38.72%	10700	38.44%
Grand Total	24020	100.00%	27836	100.00%

2.2.4 Les estimations et projections épidémiologiques

Chaque 2 ans entre mars et juin, l'ONUSIDA organise des ateliers régionaux sur les estimations et les projections en VIH/sida. Haïti participe régulièrement à ces grandes rencontres. La dernière a été organisée en avril 2012 à Dakar pour les pays francophones africains et Haïti sur les estimations et les projections 2010 à 2015. Les estimations et projections sont faites à l'aide de SPECTRUM.

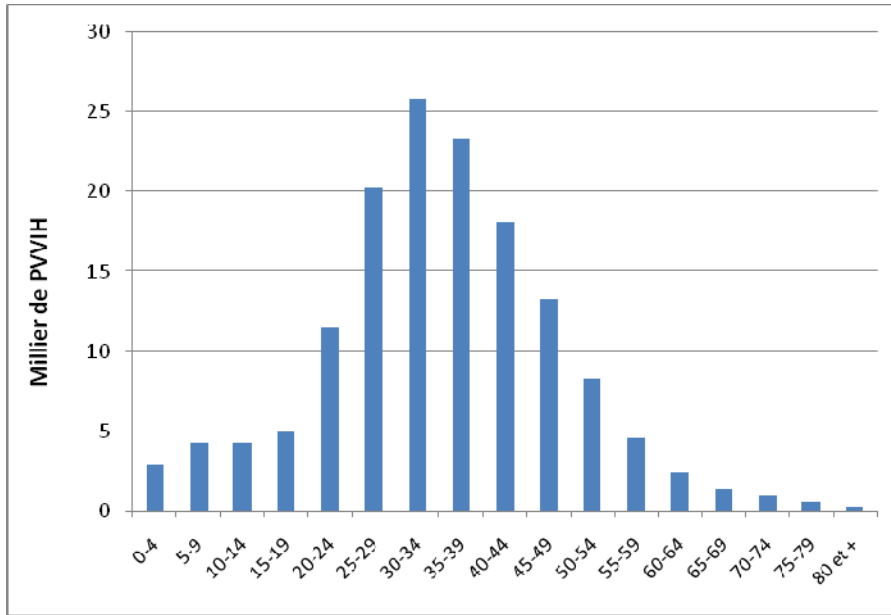
Le nombre total de PVVIH en 2013 était 146.801 dont l'IC est [132.417 ; 164.150]. Le tableau suivant présente les estimations de PVVIH de 2010 à 2015.

Tableau 5. Estimation du nombre de PVIH entre 2010 et 2015

Année	Hommes	Femmes	% Femmes	Ensemble
2010	62.406	83.915	57,3	146.321 [131.794 ; 161.611]
2011	62.338	84.292	57,5	146.630 [132.206 ; 162.325]
2012	61.813	84.222	57,7	146.035 [131.776 ; 161.996]
2013	61.758	85.043	57,9	146.801 [132.417 ; 164.150]
2014	61.564	85.524	58,1	147.088 [132.220 ; 165.723]
2015	61.371	85.923	58,3	147.294 [131.817 ; 167.470]

Source : PNLIS et ONUSIDA, rapport 2013.

Le nombre total de femmes en 2013 représente environ 60,0% de la population de PVVIH.



Graphique 4. Répartition du nombre de PVVIH en 2013.

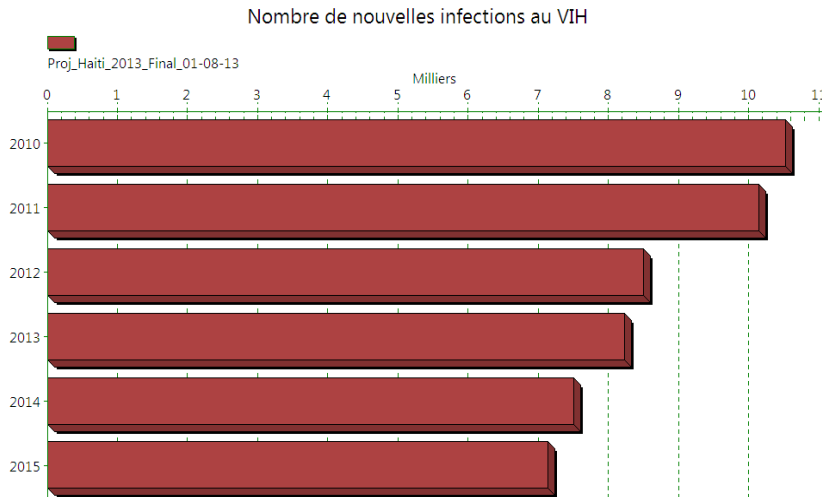
Les groupes de 20 à 49 ans représentent les plus importants : 88.972, soit 60,6% des PVVIH.

Selon les estimations de 2013, les nouvelles infections continueront à décroître en Haïti. En atteste le tableau ci-dessous.

Tableau 6. Répartition du nombre de nouvelles infections en Haïti de 2010 à 2015.

Année	Ensemble [Min ; Max]	Hommes	Femmes	% de femmes
2010	10.522 [8.721 ; 12.846]	4.574	5.948	56,5
2011	10.151 [8.288 ; 12.565]	4.368	5.783	57,0
2012	8.497 [6.607 ; 11.066]	3.625	4.872	57,3
2013	8.234 [6.361 ; 10.703]	3.530	4.704	57,1
2014	7.507 [5.768 ; 9.983]	3.214	4.293	57,2
2015	7.138 [5.326 ; 9.650]	3.050	4.088	57,3

Les estimations de 2013 laissent espérer que d'ici 2015 les nouvelles infections décroîtront de 3.384, soit 32,1% cas pour atteindre le niveau 7.138 nouveaux cas VIH.



Graphique 5. Evolution des nouvelles infections en Haïti de 2010 à 2015.

En 2015, si on ne tient compte uniquement que des estimations, en 2014, la prévalence du VIH baisserait et serait à 2,0%. En 2014, elle descendrait au-dessous de la barre de 2 et serait de 1,9%. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la prévalence estimée de 2010 à 2015.

3. Riposte Nationale au SIDA

Malgré les efforts déployés au cours de ces 3 dernières années les défis sont de taille. Les différents programmes de prévention ne sont pas toujours articulés. De plus, leur couverture reste encore très limitée d'autant que le volet prévention semble être le moins financé, et celui dont le budget est le premier revu à la baisse. La grande majorité des interventions menées actuellement portent sur l'information et la sensibilisation de la population en général ou sur des groupes de population non segmentés. Les « activités d'éducation » sont encore fortement concentrées au niveau des centres urbains. Dans l'ensemble, les interventions s'adressent de façon privilégiée aux jeunes surtout les scolarisés, aux femmes particulièrement aux femmes enceintes, aux leaders communautaires. La grande efficacité de la communication interpersonnelle est unanimement reconnue, cependant, elle est limitée par la faible disponibilité et le manque de compétences des prestataires de santé.

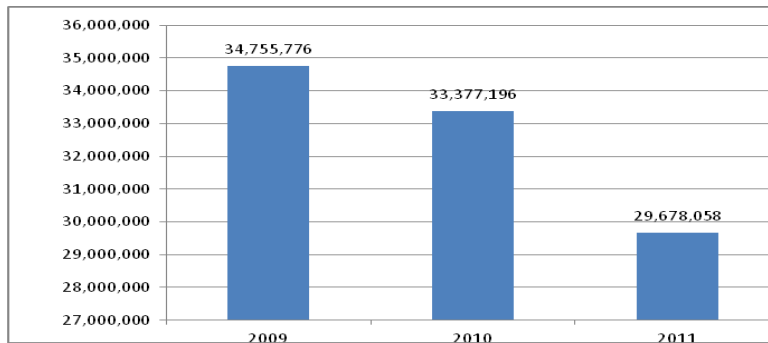


Figure 8. Évolution des dépenses du PNLIS en matière de prévention

Bien que des directives stratégiques et techniques soient définies par le PNLIS de concert avec ses partenaires, les actions sur le terrain ne s'inscrivent pas vraiment dans le cadre d'un programme structuré et continu ; de nombreuses interventions de Communication sont menées sur le terrain de manière plus ou moins régulière selon la disponibilité de ressources fournies en grande partie par la Coopération Internationale.

Les stratégies retenues ne sont pas toujours mises en œuvre de façon efficace en raison de la disponibilité limitée de données de qualité sur les comportements et leurs déterminants. Les difficultés rencontrées au cours de leur mise en œuvre et les leçons apprises ne sont pas documentées de façon méthodique, ce qui aurait permis de les adapter au fur et à mesure.

Disponibilité et accès aux préservatifs.

La fourniture des condoms qui se fait, par le MSPP affiche une évolution très positive au cours de ces dernières années. Cependant l'engagement des établissements de santé dans cette activité n'est pas encore total, environ 72% des établissements offrent des préservatifs. Le réseau commercial ne couvre pas encore l'ensemble du pays. Cette intervention souffre d'un déficit d'approches innovatrices.

De plus, on note un déficit d'approvisionnement et de fourniture de condoms féminin. De même que l'absence de lubrifiants disponibles au niveau des institutions de prestations de soins et de la communauté.

Tableau 7. - Répartition du nombre de condoms vendus et distribués de 2007 à 2013

PROVENANCE	NOMBRE DE CONDOMS						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PSI (Vente)	4,789,850	4,694,802	4,012,896	1,707,456	2,385,480	2,121,840	2,711,160
MSPP (Distribution)	20,448,208	28,699,544	38,460,448	52,593,432	45,589,998	A compléter	
Grand Total	25,238,058	33,394,346	42,473,344	54,300,888	47,975,478		

Promotion et renforcement du dépistage volontaire.

Le nombre de sites de CDV s'est amélioré à travers le temps en passant de 148 en 2009 à 171 en 2013. Malgré tout, l'offre de services de dépistage reste très faible dans tous les départements géographiques ; 40,0% des communes du pays ne sont pas desservies par un CDV. Les zones rurales avec 59,2% de la population ne bénéficient que de 13,5% des CDV.

Tableau 8 : Progression du nombre de site CDV de 2009 à 2013.

Année	2009	2010	2011	2012	2013
CDV	148	141	151	159	171

Ref : MESI Sept 2013

Les tests de dépistage réalisés sont en nette progression passant de 400.000 tests en 2010 à 906,751 tests pour un taux de positivité de 3,54% (MESI Déc. 2013). Néanmoins seule, 21 % des femmes et 13 % des hommes ont reçu le résultat du dernier test de dépistage du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, 50 % des femmes et 69 % des hommes n'ont jamais effectué de test de dépistage du VIH (EMMUS V).

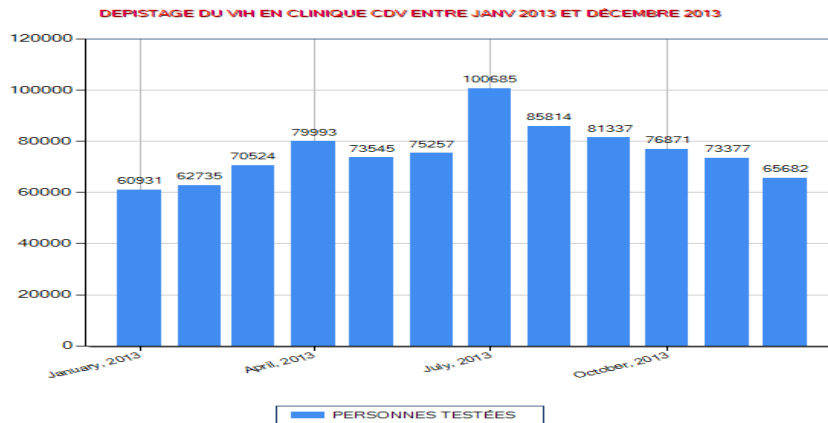


Figure 9. Dépistage du VIH janvier-décembre 2013

Extension et intégration des services de PTME.

L'effort de déploiement de sites de PTME a été marqué au cours de la période de 2010–2012, augmentant de 113 sites en 2008 à 137 sites en 2013 (Bulletin 6 de Surveillance Epidémiologique de 2013). Les données de 2012 montrent que 208.058 femmes enceintes ont été testées pour le VIH.

Prévention de la transmission du VIH et de syphilis de la mère à l'enfant.

En Haïti, des progrès sensibles sont observés en PTME et dans les domaines programmatiques. Le pourcentage d'enfants exposés au VIH reçus dans une formation sanitaire et ayant bénéficié des ARV prophylactiques était de 44.7% en 2010 et de 90.6% en 2012 ; ceux exposés au VIH testés à 6 semaines par PCR était de 71 en 2011 et de 1,947 en 2012 ; le nombre d'enfants testés positifs par PCR était de 1,107 en 2010 et de 3,658 en 2012.

L'offre de traitement aux enfants vivant avec le VIH

Selon les données institutionnelles disponibles, 56.4% des nouveau-nés exposés ont reçu la prophylaxie aux ARV et 24% sont diagnostiqués dans les deux premiers mois de vie. Les données concernant la proportion de nourrissons nés de mères séropositives, confirmés infectés dans les deux premiers mois de la vie et placés sous traitement ARV au maximum 4 semaines après le diagnostic, ne sont pas disponibles.

Bien que les guides de traitement ARV pédiatrique aient été mis à jour, la réponse du système de santé au VIH pédiatrique a été jusqu'ici très faible.

Sécurité transfusionnelle et prévention de l'exposition accidentelle au sang.

Les procédures en vigueur et le monopole accordé à la CRH pour tout ce qui touche à la collecte, au stockage et à la distribution de sang et de produits dérivés garantissent la sécurité de la transfusion sanguine en Haïti. Des progrès remarquables ont été faits ces dernières années en termes d'augmentation de la production de sang dénué de risques passant de 16.000 pochettes en 2010 à plus de 25.000 en 2013. 100% des pochettes transfusées ont été testées pour 5 marqueurs biologiques dont le VIH/SIDA.

Circoncision Masculine Médicalisée

Quoique la Circoncision masculine médicalisée ait été soulignée dans le PSNM 2008-2012 comme une stratégie de contrôle de la transmission du virus, actuellement aucune activité vers l'implémentation de cette stratégie ne se fait à travers le programme national. Il n'existe pas de promotion systématique de cette stratégie et de plus il n'y a qu'un nombre limité de personnel formé en la matière.

Prévention Post-Exposition: AES, Viol

La prophylaxie post exposition en cas d'accident d'exposition au sang et produits sanguins et en cas de viol fait partie intégrante des normes de prise en charge VIH. La formation sur la prise en charge du VIH intègre également ce volet.

Prévention chez les groupes clés: LGBTI, TS, les prisonniers, les déplacés

Les données épidémiologiques disponibles indiquent que la prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les HARSAH, les travailleuses de sexe, les femmes surtout les jeunes filles et les hommes particulièrement à partir de quarante ans. Deux (2) études comportementales menées, en 2012, par PSI dans le cadre du Projet PrevSIDA portent à croire que la fréquence élevée des rapports sexuels transactionnels, trans-générationnels, tant hétérosexuels qu'homosexuels, l'utilisation non consistante et incorrecte des condoms, la pratique élevée du multi partenariat, l'initiation sexuelle précoce seraient à la base de la prévalence encore trop haute du VIH dans le pays. Réf. chez les HSH 18% et chez les TS 8.4%.

Malgré l'absence d'un cadre légal protégeant les groupes clés, la prise en compte de ces derniers dans les programmes de prévention a évolué de façon significative ces 3 dernières années.

Les prisonniers. La taille de la population carcérale est d'un peu plus de 10.000 prisonniers actuellement dans tout le pays concentrés principalement dans les prisons de la zone métropolitaine et de 4 ou 5 grandes villes de province. Un Projet Santé Pilote a été mis en œuvre à partir de 2009 à la Prison Civile de Port-au-Prince, visant à permettre une meilleure prise en charge de la TB, du VIH et des maladies infectieuses associées.

Prévention du SIDA dans les lieux de travail

Trois intervenants supportés par PEPFAR et le Fonds Mondial ont offert des services de prise en charge et de prévention du SIDA au niveau du parc industriel de Port-au-Prince où se trouve la plupart des usines de manufacture. La plupart de ces projets ont été discontinués au cours de la période privant les 15.000 salariés de ces usines des services.

Analyse de l'Axe de Réduction de la vulnérabilité

Les programmes de protection sociale à destination des jeunes et des femmes en situation difficile n'ont bénéficié que d'une très faible pénétration et couverture pendant la période de mise en œuvre du PSNM. De même la faible implication du secteur éducation a rendu difficile la mise en place de politiques institutionnelles rendant obligatoire l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires et de formation professionnelle. Les soutiens économiques et sociaux aux groupes vulnérables ont été totalement relégués au second plan avec très peu d'activités.

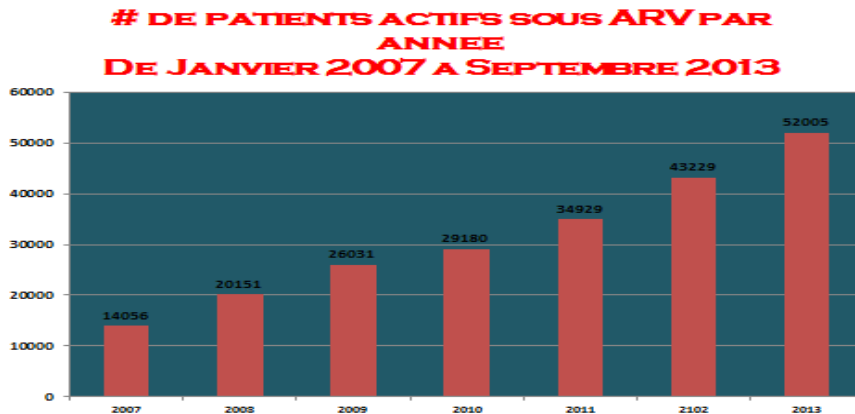
Une faible disponibilité des services de planification familiale est aussi à noter.

Analyse de l'Axe de Réduction de l'impact

Le Traitement Antirétroviral

Au 30 septembre 2013, le nombre d'actifs sous TAR est de 52.163 patients (www.mesi.ht). Si nous retenons un taux de $CD4 \leq 350$; les besoins globaux de mise sous TAR se chiffrent à 77.000 (PNLS, 2013). Ainsi, Le taux de couverture serait alors de 67,7% au 30 septembre 2013. Le nombre de sites de prise en charge est passé de 41 sites en 2008 à 131 sites en 2013 dont plus de 70% disposent des comptes de CD4 soit manuel ou des appareils PIMA offerts par la CDC. Au 30 septembre 2013, le nombre d'actifs sous TAR est de 52.163 patients (www.mesi.ht). Le nombre total de nouveaux enrôlés sous TAR est de 14.346 patients.

Pour le suivi biologique seulement 4 sites offrent la charge virale ciblée à 3.000 patients à partir d'un projet pilote de Charge Virale et de Génotypage supporté par le Laboratoire National de Santé Publique, le PNLS et la CDC.



La rétention des patients en soins à 12 mois sous TAR après l'initiation du traitement est de 76% et de 68% à 24 mois.

Cependant, la non-fonctionnalité des comités techniques VIH/TB et l'absence de rencontre trimestrielle entre le PNLS et le PNLT représentent des lacunes majeures empêchant la pleine intégration des deux programmes au niveau stratégique et opérationnel (Bulletin de surveillance Epidémiologique # 6, 2013).

La Prise en charge des IST

Toutes les formations sanitaires intègrent la prise en charge des IST dans leurs prestations de soins à la population haïtienne :

Disponibilité des médicaments, algorithmes et fiches de traitement, posters au niveau de toutes les institutions. Les cas récurrents et chroniques sont référés à l'hôpital.

Cependant, on ne connaît pas la situation des hépatites virales, de l'herpès et le VPH à travers le programme.

Soutien Psychosocial aux personnes infectées et affectées

Il n'existe aucun manuel de normes d'Appui psychosocial existant; cependant, beaucoup d'actions ont été entreprises cette dernière année pour apprécier l'adhérence des patients aux traitements. La question de la nutrition reste au cœur des préoccupations des PVVIH et est en général considéré comme un facteur des facteurs favorisant l'adhérence au traitement. Le PAM a depuis plusieurs années intégrées les PVVIH et les Tuberculeux parmi ses groupes cibles pour bénéficier de la supplémentation nutritionnelle.

Cependant d'une manière générale ce programme est très limité et ne couvre que peu de PVVIH sous traitement dans certains grands centres de prise en charge de la capitale et de certaines grandes villes de province.

Par ailleurs le faible nombre de travailleurs sociaux et de psychologues au sein du système de santé limite l'accès des PVVIH à ce genre de service. Les initiatives de constitution de groupe de support aux PVVIH utilisées au début de la mise des patients sous trithérapie n'a pas fait long feu faute de financement et d'encadrement.

Soutien aux OEV

Selon EMMUS V Parmi les enfants de moins de 18 ans, 44% vivent avec leurs deux parents biologiques et 12 % sont orphelins de père et/ou de mère. De même, un enfant de moins de 18 ans sur cinq (20 %) ne vit avec aucun des deux parents biologiques.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSNM des activités de soutien ont été réalisées à destination des OEV dont 9.500 ont été touchées en 2013 sur un total estimé à 100.000 environ. Le soutien aux OEV prend la forme d'un soutien scolaire, nutritionnel et a l'hébergement dans une famille d'accueil.

Intégration TB/VIH

Elle est encore loin d'être complète. Le taux de patients TB séropositifs est de l'ordre de 20% en Haïti. Les deux programmes verticaux ne fonctionnent pas encore avec suffisamment de synergie et les niveaux de coopération tant au niveau des structures de gestion du PNLS et du PNLT qu'au niveau opérationnel dans les structures de soins ne sont pas très développés.

Promotion et de défense des droits humains

Au niveau de cet axe stratégique très peu d'actions ont été réalisées. Celui-ci visait en priorité à compléter l'arsenal juridique du pays en matière de lutte contre le SIDA et de protection des droits de la personne ainsi qu'à faciliter l'application des mesures légales adoptées..

L'analyse des contextes et l'identification des champs de forces, faiblesses, menaces et opportunités du PNLS et des implications qui en découlent tant pour le programme national que pour l'état et la société haïtienne, ont permis d'identifier des facteurs clé pour le succès du programme et sa pérennité.

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
OBJECTIF 1 : D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE					
1.1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	34,6	2012	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		27,6	2012	Hommes	
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	13,4	2012	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		35,5	2012	Hommes	
1.3	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	2,3	2012	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		24,8	2012	Hommes	
1.4	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	43,2	2012	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		43,3	2012	Hommes	
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	20,6	2012	Femmes	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		12,5	2012	Hommes	
1.6	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans infectées par le VIH	2.1	Janvier-Aout 2012	Femmes enceintes	MSPP/IHE/NASTAD, Enquête séro-sentinelles auprès des FE en CPN, 2013
1.7	Pourcentage de professionnelles du sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH	80.7	2011	Professionnelles du sexe	MSPP/PSI-Haiti, 2011
1.8	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	89.9	2011	Professionnelles du sexe	PSI-Haiti, 2012

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

Tableau 9.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012 (Suite)

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
OBJECTIF 3 : D'ICI À 2015, ÉLIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA				
3.1	Nombre de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant	4,893	2012	MSPP/PNLS, Rapport des sites PTME www.mesi.ht
		5,226	2013	
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois de vie	46.8	2012	MSPP/PNLS, Rapport des sites PTME Estimations et Projections mises à jour en 2014
		45.0	2013	
3.3	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	5.8	2012	Estimations et Projections mises à jour en 2014
		5.8	2013	
OBJECTIF 4 : D'ICI À 2015, ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH				
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	30.2	2012	MSPP/PNLS, www.mesi.ht Estimations et Projections mises à jour en 2014 (En considérant le nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH)
		38.7	2013	
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	75.7	2011-2012	Enquête sur la rétention des patients enrôlés sous ARV, MSPP/PNLS, 2014
OBJECTIF 5 : D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH				
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	38.8	2012	Numérateur: www.mesi.ht Dénominateur : www.who/int/tb/data
		48.5	2013	
OBJECTIF 6 : ATTEINDRE UN NIVEAU IMPORTANT DE DEPENSES ANNUELLES MODIALES DANS LES PAYS DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE OU INTERMEDIAIRE				
6.1	Dépenses relatives au sida (en millions de \$ US)	A venir	2012	ONUSIDA/MSPP/PNLS
		A venir	2013	

Tableau 9.- Tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS 2012 (Suite)

INDICATEURS		Valeur	Période de collecte	Source de données
OBJECTIF 7 : ELIMINER LES INEGALITES ENTRE LES SEXES				
7.1	Prévalence de la violence des partenaires intimes récents	14.9	2012	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
OBJECTIF 8 : ELIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION				
8.1	Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant rapporté des attitudes discriminatoires envers des personnes vivant avec le VIH	58.4	2012	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
OBJECTIF 9 : ELIMINER LES RESTRICTIONS EN MATIERE DE DEPLACEMENT				
Les données relatives aux restrictions n matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droites de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; <i>aucune donnée ne doit donc être transmise.</i>				
OBJECTIF 10 : RENFORCER L'INTEGRATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH				
10.1	Assiduité scolaire des orphélins et des nons orphélins âgés de 10 à 14 ans	0.96	2012	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre		ND	

4. Bonnes pratiques

Histoire à succès du réseau #1 – Réseau Zanmi Lasante / PIH

Mise en œuvre à succès d'un programme d'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ) au niveau du réseau ZL/PIH, en collaboration avec le MSPP et avec l'assistance technique et financière de CDC.

Contexte

Cette histoire allie harmonieusement des éléments divers qui ont contribué au succès de la mise en œuvre de la méthodologie d'Amélioration de la Qualité (AQ) dans les sites supportés

par le réseau Zanmi Lasante (ZL). C'est en effet un alliage fait d'opportunisme, d'apprentissage dans les échecs, de révision et de l'identification de nouvelles stratégies, de prise de conscience collective de divers acteurs qui a contribué à faire de ZL désormais une figure de proue en matière d'application des initiatives d'AQ sur la scène nationale et un acteur qui fait son bonhomme de chemin au niveau international. Ce document a pour but de faire dérouler en plusieurs séquences toute la scène de cette entreprise à ZL qui a débuté en 2007 pour aboutir à des succès consécutifs durant les deux dernières années écoulées.

Zanmi Lasante : est une ONG œuvrant en Haïti depuis plus de 30 ans dans deux départements et 10 communes pour supporter un total de 12 institutions sanitaires dont 10 sont publiques. Dans cette zone de desserte ZL couvre une population de plus de 1.2 millions d'habitants. Cette ONG supportée par l'organisation sœur, Partners In Health, basée à Boston est un partenaire privilégié du MSPP. La devise de ZL étant d'offrir une option préférentielle pour les pauvres, i-e, de permettre à ce que les plus pauvres, souvent les plus malades, aient accès à des soins de qualité standards et en conformité avec les avancées scientifiques contemporaines.

Période de projet pilote

Tout a commencé à ZL en Avril 2007 avec le lancement de la phase pilote de l'application de la méthodologie HIVQUAL à travers le pays par le Ministère de la Santé Publique (MSPP) et CDC. Parmi les 19 sites retenus pour cette phase, 2 sites de ZL/PIH furent choisis, il s'agissait du centre de santé Lacolline de Lascahobas et du centre de santé Charles Colimon de Petite Rivière de l'Artibonite. Se basant sur le succès de l'implémentation de cette méthodologie dans ces 2 sites, l'institution s'en est appropriée dès le départ et commençait à étendre son application aux autres 9 sites du réseau. Beaucoup de prestataires ont pris part à des séances de formation, et ceux qui étaient les plus sensibilisés ont commencé à travailler sur des projets d'AQ dans leurs sites de façon sporadique.

Période de balbutiement et d'échecs

Malgré la détermination de certains membres du staff qui sont spontanément tombés amoureux de cette approche pour adresser les problèmes liés à la qualité des soins dans leurs sites, cet élan naturel non structuré n'a pas suffi à produire des résultats et des effets palpables sur le système. La stratégie consistait à utiliser ces prestataires comme de véritables porteurs du germe HIVQUAL pour contaminer positivement le reste du staff et promouvoir

cette culture de mesure de la performance pour améliorer la qualité des services offerts. C'est ainsi que pour les trois années consécutives 2008 à 2010, l'institution n'a pas su faire bonne impression durant les forums (tous les 6 mois) organisés à l'échelle nationale, et bien que certains sites se soient faits représentés, l'institution fut sortie bredouille plusieurs fois et ceci fut à l'origine de frustration récurrente et démotivante. Cependant loin de baisser pavillon face à ce contexte défavorable le Département Suivi/Evaluation et Amélioration de la Qualité (DESAQ) de ZL avec le support de CDC et de MSPP a développé un plan d'extension de l'application de la méthodologie HIVQUAL à tous les sites. Ce plan comprenait, entre autres, la formation du personnel sur la méthodologie, un "task force" réalisé dans 5 des sites pour tenter d'adresser les problèmes de qualité de données sur notre EMR, l'adaptation de la définition des 10 indicateurs etc. Malheureusement la survenue du tremblement de terre a eu un impact réel sur ce plan et nous a poussé à relégué au second plan cette priorité, et encore à la fin de l'année 2010, soit en octobre, l'épidémie de choléra qui a frappé de plein fouet notre zone de desserte nous a portés à focaliser notre énergie ailleurs.

Période d'appropriation et de succès (voir photo 1)

Comme un beau temps qui survient après la pluie l'année suivante, 2011, a vu l'éclaircissement de notre horizon avec une série d'évènements qui a créé un momentum favorisant l'implémentation à succès des initiatives AQ dans tout le réseau. Parmi les facteurs favorables on peut citer : L'ajout officiel de la composante AQ au niveau de l'unité DSEAQ, l'expansion de cette méthodologie à près de 59 sites au niveau national, une meilleure sensibilisation et implication de certains acteurs clés du système à ZL, une assistance technique de l'unité homologue à PIH, l'initiative de l'audit de la qualité et de la mise à jour systématique des données sur EMR pour principalement 5 indicateurs clés, le recrutement d'un officier d'AQ chargé de la mise en œuvre effective de la méthodologie dans l'ensemble du réseau etc. Ce combo d'éléments divers nous permis de mettre en place le minimum d'infrastructures nécessaires à travers les comités d'AQ dans les sites qui ont accouché précocement des projets AQ à succès. Ceci nous a valu de remporter dès l'année suivante les deux premiers prix au niveau national de projets d'AQ implémentés à succès et suivant la méthodologie HIVQUAL.

Période de constance dans l'effort (voir tableau 1):

Pour rendre chronique la fièvre d'intérêt et de motivation pour les initiatives d'AQ au niveau des sites du réseau ZL, le DSEAQ avec l'appui d'autres départements de ZL, notamment le département clinique, le MSPP et le CDC s'est évertué à concevoir et mettre en œuvre des stratégies et activités visant à garder allumée la flamme embrasante de la méthodologie AQ consommant l'ensemble du réseau au cours de l'année 2012. Ces stratégies et activités ont été constituées et sans se limiter à : la formation et l'encadrement continu du personnel en matière AQ, le maintien des comités AQ dans les sites; le renforcement de cette composante au niveau du DSEAQ de ZL avec le recrutement d'une infirmière et d'un gestionnaire de données dédiés à cette composante; les dispositions prises pour maintenir des données de qualité sur le système EMR; et comme une cerise sur le gâteau l'organisation du sommet AQ sur une base semestrielle, et en prélude de celui organisé au niveau national. Ce sommet constitue depuis déjà deux ans à ZL un événement qui crée un espace académique favorable aux échanges et vulgarisation des résultats obtenus, et par dessus tout de sensibilisation des prestataires sur la nécessité de s'évertuer à fournir des soins de qualité aux patients. Qui a bu, boira et une fois que ZL a pris goût aux succès de la mise en œuvre des initiatives AQ nous avons pour le comble remporter les deux premiers prix dans chacun des 2 autres forums successifs organisés au niveau national, réalisant comme le terme anglais l'exprime mieux un "back to back to back". Notons aussi que dès 2012 cette méthodologie a été appliquée dans notre réseau à des domaines autres que le VIH, matérialisant le changement de la terminologie HIVQual en SantéQual (HealthQual). Ces succès consécutifs constituent un tremplin pour aider l'institution à mettre le cap sans regarder en arrière sur la création d'une culture AQ en vue de fournir des soins de qualité à la population desservie.

Perspectives pour tenir le haut du pavé

Au delà de ces succès consécutifs cristallisés dans les prix remportés au niveau national et des opportunités de présentation de ces travaux sur la scène internationale, ZL entend continuer à étendre cette approche à tous les domaines de soin (SantéQual) et à l'associer à l'aspect des techniques de sûreté des soins et d'étude de cout appliqué à l'amélioration des processus pour créer un tout compréhensif visant à contribuer à l'objectif ultime de l'organisation et du MSPP consistant à offrir des soins de qualité standard à moindre cout à la population haïtienne.

Tableau 10._

Description	Prix Rempportés au Niveau National
Forum National sur la Qualité, Novembre 2013	<ul style="list-style-type: none">▪ Amélioration de la prise de poids parmi les patients MDR TB: Hôpital Bon Sauveur de Cange▪ Amélioration de la couverture antirétrovirale chez les femmes VIH+ en âge de procréer: Centre Médical Charles Colimon de PRA
Forum National sur la Qualité, Mai 2013	<ul style="list-style-type: none">▪ Amélioration du dépistage de la TB parmi les contacts des cas TB: Centre de Santé de Lacolline de LC▪ Amélioration du dépistage de la TB chez les patients VIH+ : Cange
Forum National sur la Qualité, Novembre 2012	<ul style="list-style-type: none">▪ Amélioration de l'enrôlement aux ARVs chez les patients éligibles: Centre de Santé de Lacolline de LC▪ Amélioration de l'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes VIH+ en âge de procréer: Hôpital Dumarsais Estime de Verrettes

Leçons apprises

« La détermination, la motivation et l'engagement sont de véritables moteurs de changement »

Histoire à succès du réseau #2 – Réseau CMMB

Hôpital l'Espérance de Pilate

Comment l'implication des patients peut améliorer la rétention sous ARV

Certaines personnes sont visibles parce qu'elles sont au devant de la scène. Pourtant elles ne sont pas forcément les plus importantes.

« L'ombre est souvent ce qui permet de comprendre qu'une lumière brille ».

Les programmes de prise en charge des PVVIHs sont remplis de professionnels compétents mais qui ne réussiraient pas sans l'appui de cette entité parfois sous estimée qu'est l'apport du patient.

Rose-Lima Jean¹ est une dame de 47 ans qui vit à Pilate, commune du département du Nord d'Haïti, très difficile d'accès à cause de son relief montagneux et ses cours d'eau qui serpentent le long des chemins qui conduisent jusqu'à l'hôpital. Rose-Lima n'a pas de mari ni d'enfants mais a adopté 4 neveux et nièces. Elle se bat corps et âme pour les éduquer car dit-elle : *« Je dois leur donner la chance que je n'ai peut-être pas eue ».*

Ti-Rose (son surnom) est une personne extraordinaire par sa force de caractère et son dévouement envers la cause des PVVIH à Pilate. Elle avait appris sa séropositivité depuis 2003 mais n'avait reçu aucun traitement car ce dernier n'était pas encore disponible. Elle avait très peur durant cette période. En 2006, suite à l'apparition d'un zona thoraco-abdominal, elle a été testée de nouveau puis enrôlée en soins à l'Hôpital Espérance de Pilate, seul centre hospitalier de la zone, desservant une population de près de 73 000 habitants (et d'autres gens venus des environs : Plaisance, Gros-Morne etc).

Ti-Rose est placée sous ARV depuis mars 2006 (8 ans), n'a jamais changé de ligne, ni développé de pathologie qui pourrait être liée à l'infection à VIH. Elle prend ses médicaments régulièrement, n'a jamais raté aucune dose. Elle s'informe toujours sur son compte de CD4 et autres paramètres de laboratoire à chaque visite.

Les fondements de sa régularité

Ti-Rose croit que sa famille a besoin d'elle. Elle n'a pas le temps de fleureter avec la mort pour l'instant car ses responsabilités sont énormes. Donc elle doit vivre et elle prend toutes

¹ Nom d'emprunt

les dispositions possibles en conséquence. Son rêve le plus cher c'est d'être encore en vie le jour où l'on annoncera un traitement définitif contre le VIH. Elle y croit fermement. Elle en fait un refrain pour convaincre les autres patients de rester sous traitement. Elle ouvre les yeux de bon nombre de prestataires sur la nécessité de toujours chercher autour de la famille du patient, sa raison de continuer à vivre. La stratégie de rétention des patients sous traitement antirétroviral à l'hôpital Esperance de Pilate tourne autour de 3 axes : l'acceptation de statut, le dévoilement (à un proche ou à la communauté), l'engagement envers les autres patients.

Le cheminement

Le plus dur selon Ti-Rose c'est d'accepter son statut. *« C'est pas du tout facile. On passe en revue toute sa vie. Et des regrets commencent à venir. Mais avec l'aide des prestataires j'ai pu surmonter tout ça. Après quelques semaines j'ai vu les changements que ça m'a apportés et comme un clic je me suis dit que je dois moi aussi m'engager »*. Alors la deuxième étape, non la moindre, c'est le dévoilement. *« C'est de vous présenter comme personne vivant avec le VIH et forcer la population à vous accepter comme telle, en écartant toute stigmatisation ou discrimination »*. Ti-Rose est la première à le faire à Pilate en 2009. C'était un dimanche de Mai, sous une pluie d'applaudissements. Tout le monde était venu la combler de bisous et d'accolades pour féliciter sa bravoure. Ceci a eu un impact considérable sur la population dans la lutte contre la discrimination dans la zone.

Dès lors tout était devenu plus facile. Cette femme de faible niveau intellectuel, en était venue à jouer plusieurs rôles à la fois : animatrice de groupe de support, paire éducatrice, membre fondateur de l'association des PVVIH de la zone, conseillère et même accompagnatrice des nouveaux admis en groupe de support. Elle faisait tout ça gratuitement. Actuellement, elle vient de d'obtenir un poste officiel à l'hôpital où elle assure la liaison entre les bureaux de consultations et les PVVIH.

Son apport au programme

Ti-Rose est devenue incontournable au programme. Elle est toujours là pour aider avec les patients difficiles, leur racontant ses débuts. Elle reconforte ceux qui tombent en déni ou qui sont découragés avec la durée du traitement. Elle se fait un plaisir d'exhiber ses 8 ans d'expériences car bon nombre d'entre eux pensent qu'un jour ils finiront par succomber à la maladie. Son discours va aussi à ceux qui ratent leurs doses. Elle leur explique l'importance de l'adhérence car grâce à cette dernière elle est toujours sous le même régime depuis le

début et reste en bonne santé. Grâce à elle, aidée aussi des équipes psycho-sociale et communautaire bien sûr, le taux de rétention de patients en soins cliniques dans les évaluations de la qualité des soins (HIVQual/HealthQual), s'est considérablement amélioré de **58.4%** en mai 2009 à **100%** en février 2014.

En conclusion, **l'implication des patients demeure la pierre angulaire dans la rétention sous ARV**. Personne ne peut mieux trouver les mots idéaux pour convaincre un patient à rester actif sinon qu'un autre patient motivé. Beaucoup de programmes ont un Ti-Rose qui les soutient mais les plaques d'honneur vont toujours aux Responsables. Nous devons faire l'effort d'apprécier ces gens à leur juste valeur, en les honorant plus ouvertement. Ils représentent dans l'ombre la force que nous ne sommes même pas dans la lumière.

Histoire à succès du réseau #3 – Réseau VDH

Le VDH actif dans le dépistage communautaire démedicalisé du VIH chez les groupes vulnérables

Introduction :

Le VDH est une institution qui depuis sa création en 1988 œuvre en Haïti dans la prévention du VIH à travers notamment l'éducation par les pairs, l'école des parents, le renforcement des capacités des enseignants et la disponibilité du préservatif.

Depuis 2005, l'association a ajouté à ses interventions le dépistage du VIH ciblant les adolescents et les jeunes. En 2013, le dépistage s'est vu renforcer et s'est étendu aux Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH) et aux Travailleurs du sexe (TS). L'association a ainsi utilisé le Test Rapide Orientation Diagnostic (TROD), dispositif de dépistage communautaire démedicalisé, auprès des groupes vulnérables.

Pourquoi ces choix de cibles pour l'utilisation du test rapide ?

Parce que :

- Ces groupes ont des comportements à haut risque et peuvent être des vecteurs de transmission du virus;
- Ils sont à visage couvert à cause de la très forte stigmatisation ;

- Ils ne sont pas très bien compris au sein de la société ;
- Ils n'ont pas une protection juridique en tant que catégorie vulnérable ;

L'approche :

Après avoir mobilisé et sensibilisé ces groupes clés, des formations ont été réalisées en ce qui a trait au test rapide, à l'assurance de qualité et en technique de counselling. Toutes les formations étaient suivies d'actions de dépistage, selon le groupe concerné, dans les écoles, les locaux d'associations de LGBT, les bordels, les temples de vaudou (ou vodou).

**(Le vaudou est une religion originaire de l'ancien royaume du Danhomè Afrique de l'Ouest). Il est toujours largement répandu au Bénin et au Togo. Fruit d'un travail de réélaboration qui permet aux esclaves de recouvrer une identité, le vaudou est un lieu de mémoire des luttes contre la Traite et l'esclavage.*

À travers les préjugés et fantasmes qui l'entourent d'un épais brouillard, il est cependant possible d'entrevoir que le vaudou, comme n'importe quel système religieux, renvoie à une problématique d'identité culturelle, qu'il remplit un rôle essentiel dans l'histoire politique d'Haïti et implique une conception particulière ou singulière des rapports au développement économique. Mais tout cela ne permet ni de saisir le vaudou dans sa spécificité, ni de connaître sa véritable nature.

Après le dépistage, les cas positifs sont référés dans des hôpitaux ou des centres de traitement.

Résultats de dépistage en 2013:

➤ Dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince, département de l'Ouest

111 dépistages ont été réalisés chez les HSH avec un taux de résultats positifs de 9 %.

1676 dépistages ont été réalisés chez les adolescents et les jeunes avec un taux de résultats positifs de 1.01 %. 39 dépistages ont été réalisés chez les TS avec un taux de résultats positifs de 5.12 %.

➤ Aux Gonaïves, département de l'Artibonite

76 dépistages ont été réalisés chez les adeptes du vodou (Jeunes, HSH, TS) avec 5.3 % de résultats positifs.

➤ **A Ouanaminthe, département du Nord-est**

1688 dépistages ont été réalisés chez les adolescents et les jeunes avec un taux de résultats positifs de 0.5 %.

Grâce à ces interventions, le programme a pu avoir une meilleure connaissance de la situation du VIH au niveau de ces catégories ce qui permettra de donner une réponse appropriée dans le futur.

Leçons apprises

- Le partenariat mis en place avec les différents groupes ciblés a permis une meilleure acceptation du dépistage.
- La collaboration avec d'autres organisations (nationales et internationales) a apporté une complémentarité dans les actions.
- La collaboration avec le Ministère de la Santé et le Laboratoire National de Santé Publique a assuré la qualité des actions de dépistage communautaire.
- Le dépistage communautaire démedicalisé permet une meilleure approche du dépistage auprès des groupes vulnérables.

Histoire à succès du réseau #4 – Réseau GHESKIO

Des prostituées redessinent leur avenir

Ce sont des femmes qui pratiquent la prostitution dès leur adolescence. Elles ont été violées et battues à plusieurs reprises dans leur activité. Aujourd'hui, ces femmes de trottoir sont 150 d'un groupe de 500 recensées à apprendre la peinture, la boiserie, le papier mâché ou encore la couture dans un atelier aux Centres GHESKIO, au Bicentenaire. Avec un savoir faire, ces filles et femmes sont appelées à réorienter leur vie après la formation de neuf mois, dans l'atelier de boiserie.

A 25 ans, *Alexandra, qui habite Fort-National, a déjà une carrière de 13 ans dans la prostitution. Elle mentait à sa maman en lui disant qu'elle travaillait dans un bar au Champ de Mars. Mais des gens qui habitent son quartier ont fini par la remarquer et donné la nouvelle à sa maman, qui travaillait comme femme de maison. « Ma maman était très bouleversée, souligne Alexandra. Pour subvenir à mes besoins, je n'avais pas le choix. Je

n'ai pas eu la chance de connaître mon père, il est décédé alors que j'avais un an. Ma mère travaille comme ménagère». La jeune femme passe désormais ses journées dans la cour arrière de GHESKIO dans un atelier de boiserie. Avec d'autres collègues – femmes de trottoir comme elle –, Alexandra apprend à fabriquer des meubles qui n'ont rien à envier à ceux importés de l'étranger. Même si elle gagnait parfois entre 750 et 1000 gourdes par jour, Alexandra n'a pas que de bons souvenirs sur les trottoirs. « J'ai été violée à trois reprises, révèle-t-elle. J'ai été souvent battue par des clients qui refusent de me payer. Il arrive parfois que je rentre chez moi sans un sou après une nuit. » Alexandra ne veut plus vendre son corps pour subvenir à ses besoins. Elle fait partie des 150 premières bénéficiaires de 532 prostituées recensées dans différents quartiers de Port-au-Prince pour ce projet débuté en août 2013, supporté par le Pnud. « Elles étaient 534, mais deux d'entre elles, préférant le trottoir, sont parties », souligne la secrétaire générale des Centres GHESKIO, le Dr Marie Marcelle Deschamps. Entre elle et ces jeunes, qui retrouvent peu à peu le sourire, l'ambiance est amicale. « Ce sont des femmes qui viennent ici malheureuses, qui ont peur d'attraper le sida ou une grossesse précoce, indique le Dr Deschamps. Aujourd'hui, elles ont l'opportunité de sourire, de rentrer chez elles comme tout le monde, retrouver leur famille, leurs enfants au lieu d'aller sur les trottoirs. »

*Rachel, originaire de Saint-Marc, apprend effectivement à sourire. Agée de 25 ans, elle est mère de deux enfants de cinq et trois ans. Depuis l'âge de 16 ans, la Saint-Marcoise, qui vit à Martissant, s'est lancée dans la prostitution. Elle souligne avoir été violée à plusieurs reprises dans cette activité qu'elle exerce depuis dans l'aire du Champ de Mars, à Port-au-Prince.

« J'ai subi beaucoup de violences dans des relations avec certains clients, déclare *Rachel, rencontrée dans l'atelier. Pour ne pas me payer, il arrive parfois que des gars me menacent avec des armes à feu après avoir passé la nuit avec eux. » Violées et battues à plusieurs reprises Avec la boiserie qu'elle apprend, Alice veut redonner une autre direction à sa vie.

« La prostitution ne me rapporte pas grand-chose, dit-elle. Après cette formation, j'aimerais mettre sur pied mon propre atelier et travailler de manière décente comme tout le monde. »

C'est aussi l'avis de *Sandy qui vit au Bel-Air. Cette mère d'un garçon de 11 ans et d'une fillette de six ans gagnait entre 500 et 1 000 gourdes par semaine à raison de 100 gourdes la passe. Elle rend ses parents responsables de son sort. « Mes parents n'exerçaient aucun contrôle sur moi; j'ai débuté dès l'âge de 13 ans sous l'influence d'une amie, confie Sandy, 31 ans, qui fait la troisième secondaire. J'ai été violée et battue plusieurs fois. Je n'ai qu'à remercier Dieu de m'avoir épargnée du sida». A contempler ce que ces femmes ont déjà réalisé dans l'atelier baptisé « Atelier 83 », les responsables ne pouvaient ne pas ressentir un

sentiment de fierté. Les quatre moniteurs, dont certains viennent de JB-Damier et de l'Enarts aussi. Dans l'atelier de couture, des femmes issues de quartiers vulnérables redessinent leur avenir, et dans celui du papier mâché, des masques portent une âme et une histoire. Ils portent aussi un talent, l'espoir, la fierté, la détermination des femmes et l'esprit de la solidarité citoyenne. Après quatre mois déjà, les femmes ont participé à une exposition dans un grand hôtel à Pétion-Ville pour présenter les meubles. « Cela a eu un succès fou, se félicite le Dr Marie Marcelle Deschamps. Tout ce qu'on vend est gardé dans une caisse commune avec le Pnud. On est en train d'envisager comment rendre productif et autonome cet atelier. Cela dépend de ces femmes qui décideront de leur vente. Nous voulons aussi créer un réseau d'atelier de femmes qui fabriqueront des meubles de haute gamme. Et ce sera ça le succès ! » La satisfaction jusqu'à aujourd'hui de la secrétaire générale des Centres GHESKIO repose sur l'aspect psychologique de ces femmes. « Au départ, c'étaient des femmes abusées qui pleuraient incessamment. Des traces de fouet étaient remarquées sur leur corps. Ma satisfaction est de les voir sourire et rêver. Cette confiance qu'elles peuvent mieux faire dans leur vie au lieu de vendre leur corps ».

**Les prénoms utilisés dans l'article sont des prénoms d'emprunt.*

***Extrait de Le Nouvelliste | Publié le : 17 mars 2014*

Histoire à succès du réseau #5 – Réseau FOSREF

UN TEST HIV NEGATIF ; UNE VIE CHANGEE !

Dans un centre Jeune de FOSREF de la région Métropolitaine, Il est 2 :00 PM ; Yollande une jeune fille âgée de 17 ans attendait avec impatience et beaucoup d'anxiété, les résultats de son test VIH. A 17 ans, elle était déjà en train de vivre l'un des moments les plus importants de sa vie. « Si les résultats sont négatifs, je vais changer de vie, et je vais cesser de faire des erreurs », se disait-elle. Durant ces 2 dernières années jusqu'à ce jour, elle a travaillé dans les rues de Port-au-Prince. Elle est une prostituée. Elle se disait qu'elle veut laisser derrière tout cela et elle a juste besoin d'un nouveau départ dans sa vie. Yollande a commencé à penser à cela, quand une jeune conseillère (paire éducatrice) de la FOSREF, l'a aperçu récemment, très tard, dans l'une des rues les plus marginales de Port-au-Prince (zone de forte prostitution) ; Petite taille, avec des cheveux noirs, les yeux brillants, et un sourire enfantin, elle traînait avec la foule de fin de nuit dans une rue animée avec des magasins, restaurants, bars et remplie de prostituées. La conseillère l'a approché et après un

petit dialogue, elle lui a demandé si elle était intéressée à faire un test VIH. Elle refusa tout d'abord, mais après quelques pourparlers, elle confessa à la conseillère qu'elle était une travailleuse du sexe (trotteuse de nuit) et qu'elle avait peur de se faire tester parce qu'elle savait qu'elle était à risque pour le VIH. Lentement elle raconta à la conseillère son histoire familiale. Sa famille vivait dans une région reculée du sud d'Haïti, dans la pauvreté extrême. Elle prit, il y a 2ans, la difficile décision de venir à Port- au-Prince pour gagner de l'argent afin d'aider sa famille. Elle signala qu'elle avait d'abord cherché en vain un travail digne, mais faute de compétences spécifiques, qu'elle avait du faire le douloureux choix de devenir une travailleuse de sexe pour pouvoir survivre. En fait, Yollande avait rejoint ces innombrables jeunes filles, adolescentes, qui comme elles, sont devenues des Trotteuses travailleuses du sexe qui pullulent dans les rues. Ces jeunes travailleuses de sexe ont en moyenne 7 à 8 clients par nuit. Elles gagnent entre 2,50 \$ US et 7,50 \$ US par client. Après avoir payé les proxénètes, il leur reste très peu d'argent. Yollande signala qu'elle envoie de l'argent régulièrement à sa famille, et dans les lettres à sa famille, elle leur a toujours dit qu'elle va bien et qu'elle travaille comme commis dans un magasin. Ce soir-là, Yollande avait accepté de se rendre dans un centre Jeunes de FOSREF pour faire le test. Après de nombreuses séances de counseling et après qu'elle se soit familiarisée avec le personnel conseiller du Centre Jeunes de FOSREF elle se décida finalement à faire le Test VIH.

Après ce long moment d'anxiété, Yollande a reçu les résultats : le test est Négatif. Plusieurs OUFF de soulagement, des larmes de joie dans les yeux, des baisers de remerciements à tout le staff de conseillers ! Elle dit et redit : Ce résultat va changer ma vie. Effectivement, Yollande, abandonna le travail du sexe, et elle devint une jeune bénévole très active dans le Programme « STAY NEGATIVE » de la FOSREF. Elle s'est inscrite au programme de formation des Jeunes Pairs éducateurs de la FOSREF, et a reçu la formation Complete de pair éducateur. Elle participait aux activités du centre au moins trois fois par semaine. Elle venait très souvent avec plusieurs de ses amies (jeunes travailleuses de sexe) pour leur faire rencontrer des conseillers au niveau du centre et aussi pour faire les tests HIV après counseling. Yollande témoigne qu'elle a eu à changer la vie de beaucoup de ses jeunes amies travailleuses de sexe, qui ont comme elle, abandonné le commerce du sexe après leurs visites aux centres de FOSREF, pour démarrer une nouvelle vie comme Yollande l'a fait. Yollande est retournée dans le Sud, pour retrouver sa famille ; elle est actuellement à l'école à temps plein. Ses parents n'ont jamais su qu'elle avait travaillé comme prostituée.

Yollande est une réussite. Mais le personnel de la FOSREF pense chaque jour, à ces milliers d'autres jeunes adolescentes travailleuses du sexe qui sont à hauts risques pour le VIH/SIDA, dans les rues de toutes les grandes villes du pays. Aussi, ce personnel se dévoue encore plus pour s'assurer que toutes les jeunes filles comme Yollande, puissent avoir également cette chance de rencontrer un jeune conseiller de la FOSREF. Un test HIV négatif a changé la vie de Yollande. La FOSREF accorde une attention particulière à toutes les jeunes filles qui sont des écolières de jour et travailleuses du sexe de nuit, pour pouvoir payer leurs frais scolaires et aider leurs familles. **La FOSREF veut donner une seconde chance à toutes ces jeunes filles, a travers son programme : L'AUTRE CHOIX.**

5. Principaux défis et Solutions

La multisectorialite

En dépit des différentes interventions réalisées, la réponse au VIH reste encore très médicalisée. Malgré les initiatives mises en vigueur afin de sensibiliser les autres parties prenantes, la multisectorialite est encore un défi de taille. Les autres entités étatiques sont conscientes de leurs rôles et responsabilités face aux besoins des différents groupes de la société civile mais ne disposent pas de moyen leur permettant d'agir valablement. C'est le cas des Ministères de l'Education Nationale, de la Justice, des Affaires Sociales, des Finances et de la Jeunesse et Sport etc.

Pour apporter une solution a cet état de fait, il faudrait revoir la structure de gouvernance.

L'accès universel

Globalement le traitement ARV est disponible dans le pays à travers les dix départements mais la prise en charge au niveau des zones éloignées et enclavées demeurent un défi majeur pour atteindre l'accès universel au traitement. Un certain degré de décentralisation des interventions a été réalisé mais malgré tout de gros efforts doivent être faits pour amener les soins le plus près que possible des communautés.

Une extension des sites en tenant compte des besoins du système est nécessaire.

Le financement

Haïti fait face à une diminution graduelle de fonds pour la réponse au VIH à cause de la récession mondiale. Le Sida continu à faire son chemin tranquillement particulièrement au niveau des groupes clés où la prévalence est très préoccupante. Les interventions de prévention s'avèrent indispensables à un moment où l'épidémie est non seulement généralisée mais également concentrée avec presque autant de cas en milieu rural qu'en milieu urbain. La connaissance des modes de transmission de certains groupes clés n'est pas suffisamment documentée ce qui limite les actions à mener au niveau de la réponse. Les interventions au niveau communautaire ne sont pas bien coordonnées et sont entreprises par certains projets qui ont une durée de vie très limitée, d'où le problème de pérennisation des interventions.

Monitoring et Evaluation

Le besoin d'un système unique de M&E se fait de plus en plus sentir. Les faibles interventions des autres parties prenantes de la riposte ne sont pas documentées à cause de l'absence d'une structure de coordination qui devrait prendre en compte l'ensemble des activités des partenaires surtout ce qui ne sont pas dans le domaine de la santé. Le besoin d'avoir un système unique de monitoring et d'évaluation est un défi majeur si nous voulons avoir moins de difficultés dans l'élaboration du rapport GARPR.

Coinfection TB/VIH

L'intégration des services est aussi un défi à considérer. La coordination des interventions TB/VIH demeure un défi très préoccupant si nous voulons vraiment aborder le problème des infections opportunistes.

Rétention des patients sous traitement

La rétention des patients demeure aussi un défi, les taux de perdu vue et de décès sont très significatifs en témoigne la dernière enquête de rétention des patients à 12, 24 et 60 mois.

PTME

La couverture en PTME touche moins de 40% des femmes enceintes. Le pays dispose des intrants pour la prise en charge de la PTME mais les enjeux restent encore de taille si nous voulons arriver à étendre ce service dans les zones les plus reculées du pays. L'un des grands défis est d'étendre les services aux 900 institutions recensés.

Gouvernance

Nous assistons à un manque de coordination au niveau de la planification des interventions tant qu'au niveau des partenaires du programme qu'au niveau des autres secteurs de la riposte.

Mesures correctives

- Une coordination de haut niveau s'avère indispensable pour assurer une bonne gouvernance des interventions des différentes parties prenantes de la riposte.
- Il est important de développer d'autres modèles de prise en charge communautaire afin d'apporter le traitement le plus précoce possible du patient pour rendre vraiment effectif l'accès universel à un moment où l'épidémie se ruralise. Les dialogues communautaires sont à encourager et doivent se poursuivre afin que la population puisse participer à la réponse à donner à cette pandémie.
- L'enrôlement des patients doit se faire de façon plus précoce avec l'application des nouvelles lignes directrices de l'OMS afin de continuer à réduire le taux de mortalité dû au Sida. Une enquête sur cette problématique est prévue afin de mieux cerner le problème des perdus de vue et des décès.
- Il s'avère indispensable de trouver une réponse au niveau communautaire afin de dépister au VIH toutes les femmes enceintes surtout celles qui sont situées au plus bas échelon de la pyramide afin d'atteindre zéro nouvelle infection d'ici 2018.
- Le plaidoyer doit être renforcé afin d'avoir une ligne budgétaire du trésor public de façon à assurer la pérennisation des interventions à un moment où nous faisons face aux menaces de diminution de l'aide externe dans la riposte nationale à cause de la crise économique mondiale.
- À un moment où les groupes clés réclament leur droit, il est impératif de développer des activités ciblant les pairs éducateurs qui auront la responsabilité de sensibiliser dans le cadre du dépistage, de la prise en charge des IST/VIH/SIDA, de la distribution des préservatifs et lubrifiants afin de réduire la prévalence de cette pandémie auprès des groupes vulnérables.

- Les tables de concertations et les fora qui constituent un élément clé de la coordination des interventions au niveau périphérique ainsi que la réactivation des comités d'appui (Cluster) sont un deuxième élément de réponse.

6. Soutien des Partenaires au Développement

- Quatre principaux bailleurs ont contribué au financement du programme national de lutte contre le VIH/SIDA durant ces dernières années : PEPFAR/CDC, Le Fonds Mondial, l'ACDI et les Nations Unis. En 2011 les dépenses par volet programmatique se répartissaient comme suit selon le rapport REDES 2012 :

Tableau 11. Répartitions de dépenses du PNLs

Répartition des Dépenses du PNLs par volet en 2012	
Prévention	13.47%
Soins et traitement	58.08 %
Orphelins et autres enfants rendus vulnérables	5.7 %
Gestion et administration du programme	10.81 %
Ressources humaines	1.34%
Environnement favorable :	10.6 %
Recherche liée au VIH	0.01 %

- Différentes menaces risquent de compromettre le flux de financement dans le cadre de la riposte nationale à l'épidémie du SIDA :
 - La contribution négligeable du Trésor Public haïtien à la riposte nationale
 - Le retrait en 2012 de PALIH au niveau de l'Artibonite

- L'épidémie du Cholera et les séquelles du séisme du 12 janvier 2010 qui obligent à des ajustements budgétaires au détriment du SIDA
- La situation politique internationale susceptible de monopoliser l'attention sur l'Afrique et le Moyen Orient
- La crise économique mondiale susceptible d'obliger les amis d'Haïti à prioriser leurs propres problèmes économiques.
- Parmi les facteurs susceptibles d'influencer le financement international du programme national il convient aussi de signaler :
 - La capacité d'Haïti à s'adapter aux nouveaux modes et conditions de financement de ses partenaires financiers
 - La capacité du programme national à générer des résultats équivalents aux investissements consentis par la communauté internationale

7. Suivi & Evaluation

Le principal objectif de cet axe qui est de renforcer et d'unifier le cadre national de surveillance, de suivi et d'évaluation n'a pas été atteint en dépit des initiatives en cours de révisions et unification du système d'information sanitaire mené par l'UEP au sein du MSPP. Cependant les sous-systèmes existants sont inter reliés ponctuellement pour les besoins du programme notamment dans le cadre des rapports de notification et de l'utilisation de la méthodologie HEALTHQUAL. Un plan de Suivi et Evaluation du PNLIS a été élaboré en 2012 mais est actuellement en processus de révision en tenant compte de la mise à jour du PSNM.

Par ailleurs, il n'existe toujours pas de gestionnaire central unique de l'information en relation avec le VIH/SIDA dans un contexte où les autres secteurs non santé ne rapportent pas à la Coordination Technique du PNLIS les résultats de leurs activités éventuelles de lutte contre le VIH/SIDA.

Néanmoins, il faut signaler la mise en œuvre de la publication bimestrielle d'un bulletin épidémiologique sur le VIH/SIDA par la CT du PNLIS de concert avec une ONG (NASTAD). Ceci constitue une vraie avancée en matière de production et diffusion de l'information sanitaire.

8. Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que l'épidémie est toujours généralisée accusant un taux de séropositivité autour de 2,2%. Le rapport de la riposte pour l'exercice 2012-2013 a connu beaucoup d'avancés et une nette amélioration du niveau de la couverture en antirétrovirale.

- La PTME a connu un renforcement appréciable passant de 113 sites à 137 (bulletin 6 de surveillance épidémiologique PNLS).
- Le dépistage est à la hausse avec un nombre de site qui est passé de 148 sites en 2009 à 171 sites en 2013. Malgré tout l'offre des services reste encore faible.
- Le dépistage des femmes enceintes est aussi à la hausse.
- La prise en charge des enfants est passée 44,7 en 2010 à 90,6% en 2012.
- Le nombre de sites ARV est passé de 41 en 2008 à 131 en 2013.
- Le taux de rétention des patients en ARV en témoigne la dernière enquête de rétention des ARV est appréciable. groupes clés, moteur de l'épidémie
- Le PSNM a connu une révision qui a impliqué à plus d'un titre les différents intervenants. Il a pris en compte les après les avoir entendus pour mieux comprendre leur revendication. De nombreux efforts restent à faire pour relever le défi valablement dans le cadre de la prévention et de la prise en charge.
- Les directives sont clairement définies et les plaidoyers sont multiples à la recherche de fonds pour financer le plan PSNM.

Cependant, l'un des plus grands défis demeure la multisectorialité que le pays doit adresser en mettant en place une structure de gouvernance appropriée.

ANNEXE

Tableau 10.- Répartition préliminaires des montants dépenses dans le cadre de la mise en œuvre du programme selon les rubriques entre 2012 et 2013.

Catégorie de Dépenses 2012	Total	Catégorie de Dépenses 2013	To tal
Prévention	6049466	Prévention	953810
Soins et traitement	6064155	Soins et traitement	4984322
OEV	90000	OEV	600095
Gestion et Administration De programmes	3646510	Gestion et Administration De programmes	4043327
Ressources Humaines	6797046	Ressources Humaines	6477652
Protection sociale et services sociaux	402001	Protection sociale et services sociaux	566755
Environnement favorable	NA	Environnement favorable	
Recherche liée au VIH		Recherche liée au VIH	3000
total	23049178	total	