



REPUBLIQUE D'HAITI

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Programme National de Lutte contre les IST-VIH-SISA (PNLS)

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL 2012 – 2015 REVISE AVEC EXTENSION À 2018

Table des Matières

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL.....	1
2012 – 2015 REVISE AVEC EXTENSION À 2018.....	1
Liste des abréviations et des acronymes	4
Liste des tableaux et des figures	8
Préface	10
Remerciements	11
1. Résumé exécutif.....	13
2. Le processus de révision du PSNM réaménagé avec extension à 2015.....	18
2.1 Gestion du processus.....	18
2.2 Méthodologie de révision du PSNM	19
3. Analyse de la situation.....	22
3.1 Contexte général	22
3.1.1 Contexte géographique.....	22
3.1.2 Contexte démographique	23
3.1.3 Contexte politique	23
3.1.4 Contexte économique.....	23
3.1.5 Contexte social	24
3.2 Contexte sanitaire	24
3.2.1 Principaux indicateurs de santé d'Haïti.....	24
3.2.2 Système de santé haïtien	25
3.2.3 La situation de l'épidémie de VIH en Haïti	34
3.2.4 Scénario épidémique	39
3.2.5 Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH/sida.....	44
4. Analyse de la Riposte Nationale au VIH/sida	48
4.1 Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 – 2012 réaménagé avec extension à 2015	48
4.2 Analyse de la riposte	50
4.2.1 Analyse de l'axe de réduction des risques / Prévention.....	50
4.2.2 Analyse de l'axe de réduction de la vulnérabilité	57
4.2.3 Analyse de l'axe de réduction de l'impact.....	57
4.2.4 Promotion et défense des droits humains.....	61
4.2.5 Construction de la pérennité.....	62
4.2.6 Surveillance de l'épidémie suivi et évaluation de la riposte	63
5. Portée du document	64
6. Vision	64
7. Principes directeurs du PSNM	65
8. Priorités d'intervention	66
9. Cibles prioritaires	67

9.1 Taille de population à haut risque de contracter le VIH	67
9.2 Priorisation des populations cibles	67
10. But du PSNM.....	68
11. Résultats attendus du PSNM.....	68
11.1 Impacts et effets du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018.....	68
11.2 Produits et effets	73
11.3 Cadre de performance du PSNM	75
12. Plan d'intervention.....	84
12.1 Premier impact.....	84
12.2 Deuxième impact.....	90
12.3 Troisième impact	93
12.4 Quatrième impact	98
12.5 Cinquième impact	100
13. Cadre de mise en œuvre.....	104
13.1 Cadre institutionnel.....	104
13.2 Cadre opérationnel et sectoriel	107
14. Modalités de gestion	109
14.1 Gestion des ressources financières	109
14.2 Gestion des ressources humaines	109
14.3 Gestion des ressources matérielles.....	110
15. Suivi et Evaluation	110
15.1 Recherche et surveillance épidémiologique.....	111
16. Budget et financement	112
16.1 Méthodologie de financement du PSNM	112
16.2 Budget du PSNM.....	113
16.3 Analyse des gaps de financement.....	120
16.4 Mécanismes de financement du PSNM	121
16.5 Financement basé sur la performance.....	122
17. Conditions de succès	123
18. Annexes	125

Liste des abréviations et des acronymes

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
Anti TB	Antituberculeux
ARV	Antirétroviral
ASON	Asociation Solidarité Nationale
ASP	Aditional Safeguard Policy
ASCP	Agents de Santé Communautaires Polyvalents
BCPNLS	Bureau de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA
CCC/MC	Communication pour le Changement de Comportement / Mobilisation Communautaire
CCM	Comité de Coordination Multisectorielle
CDC	Center for Disease Control and prevention
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CHF	Clinton Health Foundation
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CIFAS	Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé
CIPC	Communication Inter Personnelle et Counseling
CIRH	Commission Intérimaire pour la Reconstruction d'Haïti
CCPNLS	Conseil Consultatif du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST
CNLS	Commission Nationale de Lutte Contre le SIDA
CPN	Clinique Pré Natale
CRH	Croix Rouge Haïtienne
CTDLS	Comité Technique Départementale de Lutte contre le SIDA
CT	Coordination Technique
DAP	Direction Administration Pénitentiaire
DELR	Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche
DOSS	Direction de l'Organisation des Services de Santé
DSD	Direction Sanitaire Départementale
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DHS	Demographic Health Survey

DOSS	Direction d'Organisation des Soins de Santé
DPMT	Direction de Pharmacie et de Médecine Traditionnelle
DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
DSD	Direction Sanitaire Départementale
DSF	Direction Santé de la Famille
EMMUSS	Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services de Santé
EMR	Electronic Medical Record
EPSSS	Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
EVIH-T	Eviter le VIH et sa Transmission
FBP	Financement Basé sur la Performance
FEBS	Fondation Esther Bouccicault Stanislas
FM	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GARPR	Global AIDS Response Progress Report
GHESKIO	Groupe Haïtien de Recherche sur le Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
GIPA	Greater Involvement of PLWA
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HTW	Health Through Walls
IBESR	Institut du Bien Etre Social et de Recherche
IHE	Institut Haïtien de l'Enfant
INHSAC	Institut National Haïtien de Santé Communautaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training and Education Center for Health
LGBTI	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Intersexués
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MARNDR	Ministère de l'Agriculture des Ressources Naturelles et du Développement Rural
MAE	Ministère des Affaires Étrangères
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances

MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MESI	Monitoring Evaluation and Surveillance Interface
MJSAC	Ministère de la Jeunesse et des Sports et de l'Action Civique
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de Population
MTPTCE	Ministère des Travaux Publics Transports Communication et Energie
NASTAD	National Alliance of State Territorial Aids Directors
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PCIMAA	Prise en Charge des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PIB	Produit Intérieur Brut
PIH	Partners In Health
PMS	Paquet Minimum de Services
PNH	Police Nationale d'Haïti
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNST	Programme National de Sécurité Transfusionnelle
PNUD	Programme des Nations Unies sur le Développement
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
REDES	Rapport d'évaluation du flux de ressources et de dépenses allouées à la lutte contre le SIDA
SE	Suivi et Evaluation
SHOG	Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie
SIS	Système d'Information Sanitaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMI	Santé Materno Infantile
TAR	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
UADS	Unité d'Appui aux Départements Sanitaires
UCMIT	Unité de Contrôle des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UCP	Unité de Coordination de Programme
UEP	Unité d'Études et de Planification
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Réunion Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VDH	Volontariat pour le Développement d'Haïti
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine
VPH	Virus du Papillome Humain
VSBG	Violences Sexuelles Basées sur le Genre

Liste des tableaux et des figures

Figure 1. Modélisation du processus d'élaboration du PSNM.....	18
Tableau 1. Principaux indicateurs de santé d'Haïti.....	25
Figure 2. Schématisation du système haïtien de soins.....	26
Tableau 2. Répartition des dépenses du PNLS.....	33
Figure 3. Distribution de la prévalence du VIH entre les hommes et les femmes par tranche d'âge.....	35
Figure 4. Prévalence du VIH par département.....	36
Figure 5. Evolution de la prévalence chez les femmes enceintes de 1996 à 2013.....	37
Figure 6. Prévalence du VIH chez les TS par département.....	37
Figure 7. Prévalence du VIH chez les HARSAH par département.....	38
Tableau 3. Prévalence du VIH dans la population générale et certaines sous-populations spécifiques.....	39
Figure 8. Répartition du nombre de PVVIH en 2013.....	40
Figure 9. Distribution des nouvelles infections à VIH par groupe d'exposition.....	40
Figure 10. Répartition des nouvelles infections par regroupement de sous-populations.....	41
Tableau 4. Evolution des besoins en ARV de 2013 à 2015.....	41
Tableau 5. Evolution des besoins en PTME.....	42
Tableau 6. Connaissances attitudes et pratiques relatives au VIH chez les adultes.....	43
Tableau 7. Données sur les pratiques sexuelles des TS.....	43
Tableau 8. Données sur les pratiques sexuelles des HARSAH.....	44
Figure 11. Cartographie des de concentration des TS en Haïti.....	47
Figure 12. Evolution des dépenses du PNLS en matière de prévention.....	51
Tableau 9. Progression du nombre de sites CDV de 2009 à 2013.....	52
Figure 13. Dépistage du VIH de janvier à décembre 2013.....	53
Figure 14. Evolution des patients actifs sous TAR de 2007 à 2013.....	58
Tableau 10. Dons de sang réactifs pour un marqueur ITT en 2012.....	59
Tableau 11. Taille des populations cibles du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension en 2018.....	67
Tableau 12. Résultats de la priorisation des populations cibles du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018.....	68
Tableau 13. Impacts et effets.....	69

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Tableau 14. Effets et produits du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018.....	73
Tableau 15. Cadre de performance du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018..	78
Tableau 16. Budget du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018.....	113
Figure 15. Budget du PSNM et ressources disponibles pour son financement.....	121

Préface

La lutte contre le VIH/sida a débuté il y a près de trois décennies en Haïti avec des difficultés de ressources mais surtout une grande limitation en ce qui a trait à la connaissance de cette pathologie et de son caractère multidimensionnel qui en a fait un problème de santé publique mondial nécessitant une approche multisectorielle pour le résoudre. L'introduction il y a une dizaine d'année de la trithérapie a constitué une avancée majeure dans le cadre de la réponse au VIH/SIDA donnant de nouveaux espoirs aux patients et aux autorités nationales sur les possibilités de contrôler cette épidémie désormais caractérisée de généralisée en Haïti avec un taux de séroprévalence de 2,2%.

En dépit de l'importance de ce taux, des espoirs sont désormais permis dans la mesure où les signes d'une stabilisation de la progression de la maladie sont évidents venant récompenser les nombreux efforts réalisés tant par le Ministère de la Santé que par ses principaux partenaires financiers, techniques et opérationnels.

Le présent Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 avec extension à 2018 répond d'abord au besoin de doter le pays d'un instrument de cadrage des interventions servant de guide aux différents acteurs. Il est également important d'adapter cet instrument en tenant compte des nouvelles réalités opérationnelles, et des avancées dans le cadre de la recherche relative à cette problématique. Nous devons souligner les succès remportés et le chemin qui reste à parcourir tel que la constitution d'un cadre de gouvernance approprié renforçant la multisectorialité nécessaire à la consolidation des acquis et à l'inversion de la courbe de propagation du VIH en Haïti.

Ce document, à l'élaboration duquel ont participé différents secteurs de la société et acteurs concernés, devrait permettre par sa mise en œuvre de remporter de nouvelles victoires sur cette pathologie.

En le préfâcant, nous confirmions être pleinement conscient des enjeux qui sont liés à ce programme si vital pour le pays ainsi que de nos responsabilités étatiques et morales. Il nous faudra donc mobiliser tous les partenaires tant nationaux qu'internationaux ainsi que les ressources financières locales, afin que dans les 5 années à venir tout soit fait en matière de développement du système garantissant une tendance à la pérennité de l'accès aux soins à tous les PVVIH dans le respect de leur dignité et de leurs droits tout en protégeant la population contre de nouvelles infections.

C'est là, le sens d'un engagement personnel et d'une responsabilité d'Etat pleinement assumée.



Docteur Florence Duperval Guillaume
Ministre de la Santé Publique et de la Population

Remerciements

La révision du plan Stratégique National Multisectoriel VIH/SIDA 2008-2012 réaménagé avec extension jusqu'à 2018 n'a pas dérogé au principe qui veut que l'élaboration d'un plan stratégique soit rarement un processus aisé. Les enjeux divers, la complexité de la problématique et la nécessité de prendre en compte les avis de toutes les parties prenantes rendent le processus long et parfois laborieux. Néanmoins le présent document vient concrétiser les efforts qui ont été consentis de part et d'autre pour sortir un produit final reflétant les besoins réels d'interventions liées à la problématique à multiples facettes de la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti.

La mise en place du Comité de Pilotage pour l'élaboration du PSNM par la Ministre et la Directrice Générale du MSPP dénote de leur compréhension profonde de la nécessité de doter le Programme National de lutte contre le SIDA d'un nouveau cadre de planification adéquat permettant de répondre aux besoins globaux de la population en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

Nos remerciements s'adressent aux personnes sous-mentionnées pour leur importante contribution au processus de révision du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/SIDA :

- Dr Florence Guillaume, Ministre de la Santé Publique et le Dr Guirlaine Raymond Directeur Général du MSPP pour leur soutien inconditionnel à l'équipe qui a travaillé sur le plan stratégique révisé ainsi que les orientations techniques fournies tout au long du processus.
- Dr Jean Thomas Nouboussi, Directeur au PNUD du Programme Fonds Mondial en Haïti et toute son équipe qui ont accompagné le processus du début jusqu'à la fin avec un focus explicite sur les échéances à respecter, la qualité technique du document et les anticipations positives en ce qui a trait à la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre.
- A toute l'équipe de l'USG team, en particulier le Dr. Anthony Monfiston qui a appuyé le processus du début jusqu'à la fin.
- Mme Renate Ehmer, Représentante de l'ONUSIDA en Haïti et le Dr Françoise Ndayishimiye, conseillère en genre et droits humains à l'ONUSIDA pour son apport technique et critique relatif aux diverses versions préliminaires du PSNM révisé émis par le consultant.
- Dr. Francine Kimanuka, Directrice du Programme VIH/SIDA à l'UNICEF ainsi que le Dr. Marie Sonia Jean, conseillère technique à l'UNICEF pour leurs contributions dans l'analyse de la riposte sur la PTME et du plan dans son ensemble.
- Dr Evelyne Ansion Moïse de l'OPS/OMS partie prenante dès le départ du processus de révision du PSNM.
- Mme. Marie Josée D. Salomon de UNFPA membre du Comité de Pilotage du PSNM pour ses analyses et son appui à la finalisation du PSNM.
- Dr. Brunel Delonnay, Directeur de l'Unité de Coordination des 3 programmes pour ses prises de positions déterminantes.

- Dr Ermane G. Robin, Dr Middle Fleurantin, Dr Kesner François, Mme Nirva Duval et aux membres des Comités Technique et de Pilotage du processus qui ont organisé la plupart des ateliers de travail, préparé les comptes rendus et fournis les informations et l'encadrement nécessaire au consultant pour la réalisation de son travail. Ils ont aussi participé activement à la finalisation du document.
- Aux nombreux acteurs et membres d'organisations impliquées dans le cadre de la lutte contre le VIH en Haïti qui ont répondu aux sollicitations des Comités Technique et de Pilotage et fourni leurs contributions à ce Plan Stratégique révisé. Particulièrement: Dr. Fritz Moise de FOSREF, Mr. Arnoux Descardes de VDH et Dr. Marie Marcelle Deschamps de GHESKIO.
- Les responsables des associations de PVVIH, de HARSAH, LGBTI et de TS dont Mr Reginald Dupont, Wikenson »Mickey" Palémon, Madame Marjorie Lafontant, Madame Esther Boucicaud, M. Jean Saurel Beaujour de la Plateforme des PVVIH qui ont largement contribué à une meilleure identification de la problématique au sein de ces groupes et à la définition d'intervention plus ciblée et mieux adaptée à leurs réalités.
- N'oublions pas les Drs. Laurent Eustache et Carl François dont les contributions comme consultants pour la rédaction du PSNM 2012-2015 révisé à 2018 ont été déterminantes.
- Le Dr Gracia Desforges, consultant de l'UGP/MSPP/PEPFAR attaché à la Coordination Technique du PNLS dont la contribution technique a été importante dans la conception du document, la révision du cadre de performance et la finalisation technique du plan, doit également être remercié.
- Nos chaleureux remerciements vont, pour terminer, à l'équipe de support technique du PNUD dont Madame Francesca Nardini, Dr Franck Fortune Roland Mboussou pour sa contribution essentielle autant sur l'approche de rédaction du document que dans la préparation du budget, Dr Steeve Etienne et Mr Romates Moïse, du PNUD en charge du renforcement institutionnel organisateur de la plupart des rencontres avec les partenaires ainsi qu'au support administratif de la Coordination Technique du PNLS.

Dr Joëlle Deas Van Onacker
Docteur Joëlle Deas Van Onacker
Coordonnatrice du Programme National de Lutte contre le Sida



1. Résumé exécutif

Comme plusieurs pays, Haïti est en proie à une épidémie généralisée de l'infection au VIH avec des répercussions énormes sur l'économie, les institutions, les familles, les individus, ne laissant aucun secteur, ni aucune couche sociale, indifférent. Il a donc été nécessaire de mettre en place une riposte adéquate mobilisant les différentes composantes organisées de la société civile, les autorités de l'Etat ainsi que les autres partenaires de la coopération internationale.

D'un point de vue programmatique, en sus de l'engagement du pays à attendre les objectifs en liens avec le sida dans le cadre des OMD, divers autres motifs peuvent être mentionnés pour expliquer la nécessité de procéder à la révision du PSNM 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015 :

- **L'alignement nécessaire du PSNM sur divers documents élaborés pendant la période récente.** Différents documents ont été élaborés pendant cette période (tel que les nouvelles normes de prise en charge, les documents relatifs aux nouvelles stratégies adoptées à l'échelle internationale (le traitement comme moyen de prévention par exemple) la Politique Nationale de Santé et le Plan Directeur 2012-2022 du MSPP, la nouvelle Loi Organique du MSPP, le Plan Stratégique National de Prise en charge de la Transmission Mère Enfant (PTME), le Plan National de Suivi et Evaluation etc.) avec des conséquences évidentes sur le programme et sa mise en œuvre.
- **L'obligation de prendre en compte des recommandations de l'évaluation à mi-parcours du PSNM.** le Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM 2008–2012) a eu une évaluation à mi-parcours en 2011 dont les recommandations sont encore pertinentes.
- **La nécessité d'approfondir les réflexions autour de la participation effective et coordonnée des secteurs non santé étatique et de la société civile dans le cadre de la riposte au VIH/sida.** Cet aspect est d'autant plus important que dans le cadre de la mise en œuvre des plans stratégiques antérieurs la participation des autres secteurs a été moins déterminante quand on la compare au niveau d'effort consenti par le secteur santé.
- **le changement de certains mécanismes de financement du programme.** Certains changements intervenus dans l'environnement externe du programme imposent la nécessité de faire certains ajustements des stratégies et des plans en vigueur pour les adapter aux conséquences et implications résultant de ces modifications.
- **l'approche de l'échéance de certains engagements d'Haïti notamment celle des ODM en 2015,** et celle des dix (10) objectifs énoncés dans la déclaration politique sur le VIH/sida) ont commandé aux autorités sanitaires nationales d'anticiper en redéfinissant leurs priorités et leurs stratégies de manière à les adapter à la nouvelle conjoncture.
- Par ailleurs, il convient également de noter les changements survenus dans l'environnement politique global, les conséquences économiques et sociales des catastrophes naturelles ayant frappé Haïti depuis 2010, le retrait progressif de

l’assistance internationale post-séisme, les nouvelles priorités résultant des catastrophes naturelles en matière de reconstruction du pays, la crise financière internationale et la réduction de l’assistance monétaire internationale.

Dans un tel contexte, la nécessité s'est donc posée une nouvelle fois pour le pays de réexaminer la riposte nationale, d'identifier les problèmes et les barrières potentielles, d'en tirer les conclusions pour un renforcement de l'effort national en matière de lutte contre le sida. Le Ministère de la Santé Publique par l'intermédiaire de la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le Sida en Haïti appuyée par ses partenaires traditionnels dont l'OPS/OMS, le PNUD (gestionnaire de la subvention VIH du Fonds Mondial), l'ONUSIDA, PEPFAR a donc pris l'initiative de lancer la révision du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015. Ce processus, qui a abouti au mois de avril 2014 à un nouveau plan stratégique, s'est déroulé suivant une méthodologie participative avec la prise en compte des attentes des groupes clés (TS, HARSAH et PVVIH) avec lesquels des ateliers de consensus ont été réalisés ainsi que des opérateurs de terrain (dont les Directions Sanitaires Départementales du MSPP et divers ONG intervenant dans le domaine du VIH/sida). Les agences internationales se sont également impliquées tout au long du processus techniquement et financièrement.

Ceci étant, au moment de la mise en œuvre différents éléments continueront à conditionner la réussite du Programme National de Lutte contre le Sida en Haïti :

- L'engagement à tous les niveaux;
- Une gouvernance unique et pragmatique;
- La définition d'un contenu programmatique unique, national, réaliste;
- La pérennité d'un flux de ressources pour le sida;
- La valorisation et la conservation des acquis;
- L'accès universel aux services essentiels de prévention et de traitement;
- L'utilisation des services;
- Une bonne capacité de chaque individu sexuellement actif à évalué ses risques personnels d'être infecté et de prendre la bonne décision.

Le présent document se veut d'être la référence nationale en ce qui a trait aux interventions en matière de lutte contre le VIH/sida dans le pays à même de permettre la réalisation de nouveaux progrès au delà de la stabilisation actuelle obtenue aux prix de nombreux efforts de tous les acteurs et parties prenantes à cette lutte.

Situation de l'épidémie de VIH/SIDA en Haïti. La dernière enquête EMMUS V (réalisée en 2012 et publiée en 2013) a établi à 2,2 % le taux national de séroprévalence du VIH en Haïti identique au niveau de séroprévalence de la précédente enquête de 2004 (EMMUS IV). Les tendances générales de l'enquête précédente se maintiennent avec plus de femmes atteintes que d'hommes 2,7% contre 1,7% et une représentation plus forte des groupes d'âges de 15 à 34 ans. Des variations sont aussi notables en fonction du lieu d'habitation (2% milieu rural; 2,4% en

milieu urbain) et de certaines autres variables sociodémographiques (niveau d'instruction, situation de l'emploi, appartenance à des groupes vulnérables ou à risques etc.). La prévalence la plus forte chez les femmes se retrouve au niveau des départements du Nord-Est et du Nord-Ouest (4,2%) et la plus basse dans le département du Centre (1,7%). Trois femmes séropositives sur huit et 54% d'hommes séropositifs n'ont jamais effectué de test du VIH ou ont effectué un test mais n'en connaissent pas le résultat. En ce qui a trait aux connaissances, attitudes et comportements par rapports au VIH et aux IST, bien que la quasi-totalité de la population ait déclaré avoir entendu parler du VIH/sida, seulement 37% des femmes et 31% des hommes de 15-49 ans en ont une connaissance considérée comme « approfondie ».

- Seulement 46% des femmes et 44% des hommes savent que le VIH peut être transmis en allaitant et que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse.
- Seulement 12% des femmes et 23% des hommes se comporteraient de manière tolérante envers les personnes vivant avec le VIH dans certaines situations.
- La proportion d'hommes ayant déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est beaucoup plus élevée que celle des femmes (26% contre 2%). Parmi les hommes ayant eu des partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois, 47% ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Ce pourcentage est de 43% chez les femmes.
- Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est estimé à 2,4 chez les femmes contre 12,2 chez les hommes. Seulement, 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.
- Par ailleurs les problématiques liées à la co-infection TB-VIH ont continué d'occuper une place importante dans l'évolution de l'épidémie (30% de patients séropositifs parmi les patients tuberculeux, développement des résistances MDR-TB etc.) ainsi que certains facteurs liés au système de soins qui posent le problème dans le cadre de l'organisation de la riposte. En effet si ces dernières années ont vu le développement d'une capacité installée importante en matière de prise en charge des PVVIH dans le pays avec gratuité des soins et disponibilité des médicaments, des problèmes structurels demeurent dans la gouvernance du programme et les mécanismes et processus de planification, le financement (mécanisme, volume, orientation et pérennité), le niveau d'implication des autres secteurs dans la lutte.

En dépit de tout cela, d'une manière générale, force est de constater que les efforts importants consentis dans le cadre de la lutte contre le sida en Haïti depuis plus d'une décennie, autant par les autorités de l'Etat que par ses partenaires internationaux et locaux, ont eu un résultat global positif en conduisant à une stabilisation de l'épidémie du sida en Haïti. Ce résultat important doit être mis en perspective et se nuancer par le rappel des engagements pris par Haïti en ce qui concerne les objectifs du millénaire arrivant à échéance en 2015, d'où la révision du PSNM. Le but du PSNM 2012-2015 avec extension jusqu'à 2018 est de contribuer au développement

du pays en inversant la progression du VIH par la réduction de nouvelles infections, la réduction de la vulnérabilité et de l'impact de l'infection à VIH sur la population haïtienne.

Dans cette perspective ce PSNM vise à produire 5 impacts majeurs et divers effets en ce qui a trait au développement de l'épidémie dont un impact en particulier sur le système de santé dans son ensemble :

- **Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018.**
 - Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.
 - Effet 1.2. : Au moins 85% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.
 - Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.
- **Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.**
 - Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.
 - Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.
 - Effet 2.3 : 100% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018.
 - Effet 2.4 : 100% des nouveau-nés de mères infectées bénéficient de la prise en charge.
- **Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018.**
 - Effet 3.1 : d'ici à 2018, Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.
 - Effet 3.2 : le taux de décès de patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.
 - Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018.
- **Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination, de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.**
 - Effet 4.1. : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018.

- Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elle-même leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.
- **Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.**
 - Effet 5.1. 15% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au sida et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation de services et soins de santé.
 - Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcés.
 - Effet 5.3. les systèmes (institutionnels et réseaux communautaires) engendrés par les services liés au VIH sont fonctionnels.
 - Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur.
 - Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique).

Ce plan révisé tient compte des recommandations des parties prenantes en ce qui concerne :

- Les recommandations de l'OMS relatives aux nouvelles normes de prise en charge;
- La nécessité de cibler les interventions en fonction des critères garant d'une plus grande efficience. La géographie de l'épidémie, les groupes les plus à risques etc. étant considérés comme des facteurs essentiels dans le ciblage et l'identification des interventions.
- La disponibilité des ressources financières dans un contexte de relative diminution de l'aide externe, principal support de financement du programme;
- La multisectorialité de la réponse nationale.

Sa mise en œuvre représente un nouveau défi pour toutes les parties prenantes en particulier le secteur étatique dans son ensemble et le Ministère de la Santé en particulier qui est l'entité normative et régulatrice du système de santé (et également premier opérateur) détentrice de la responsabilité constitutionnelle de garantir le droit à la santé de toute la population haïtienne.

Le budget total pour le financement de ce plan est de **\$1 077 053 473 dollars américains**, réparti ainsi par année :

- **Année 2014 : 170 852 573**
- **Année 2015 : 179 979 493**
- **Année 2016 : 211 049 967**
- **Année 2017 : 242 078 037**
- **Année 2018 : 273 093 402**

2. Le processus de révision du PSNM réaménagé avec extension à 2015

2.1 Gestion du processus

Trois actions préliminaires ont été accomplies dans le processus de révision du plan réaménagé 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015 :

- La constitution d'un **Comité de Pilotage**
- La constitution d'un **Comité Technique**
- Le recrutement d'un consultant

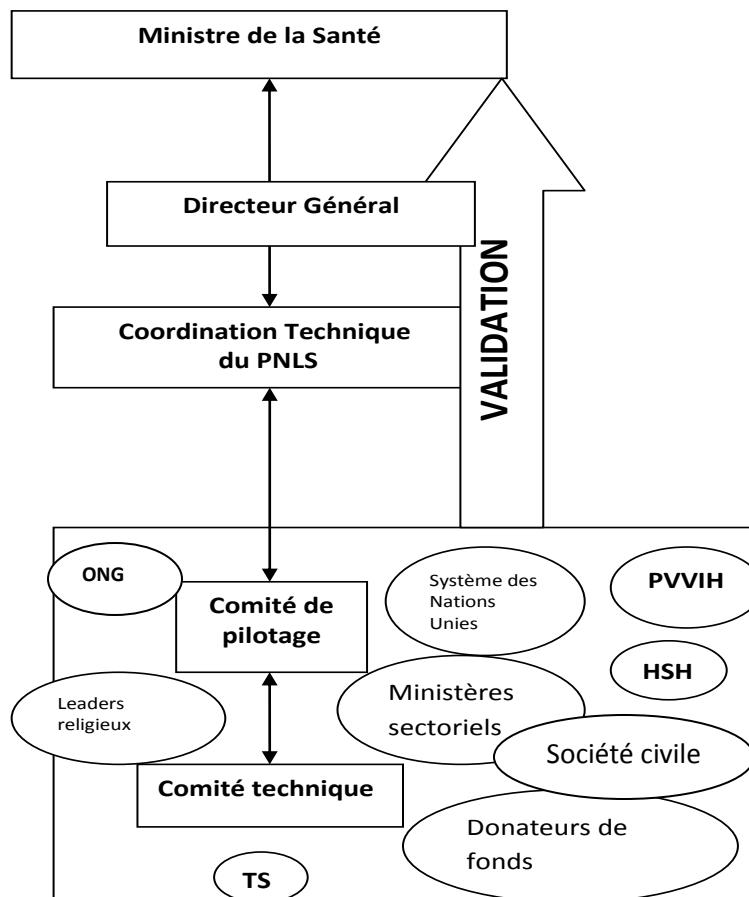


Figure 1. Modélisation du processus de révision du PSNM

- **Le Comité de Pilotage** avait pour attributions de :
 - S'assurer d'une bonne représentation des secteurs prioritaires au sein du Comité Technique;
 - S'assurer de la participation effective des secteurs prioritaires au processus de révision;
 - Faire le lien entre le Comité Technique et les Hautes Autorités du MSPP;
 - Inviter les différents secteurs à prendre part aux rencontres de consensus et de validation des produits du travail du Comité Technique;

- Recruter un consultant senior qui aura la tâche de produire les différents extrants du processus de révision du PSNM.
- Les attributions du **Comité Technique** étaient de :
 - Proposer au Comité de pilotage une méthodologie participative d’élaboration du PSNM;
 - Elaborer des documents en rapport aux différents extrants identifiés par cette méthodologie;
 - Conduire les débats lors des rencontres de restitution et de validation;
 - Faire des présentations sur l’état d’avancement du processus pour les Hautes Autorités du MSPP sur demande du Comité de Pilotage;
 - Elaborer le draft et le document final révisé du PSNM
- Le **Consultant** avait pour mission de produire les différents extrants attendus en coordination avec le Comité Technique.

2.2 Méthodologie de révision du PSNM

La méthodologie proposée par le Consultant et validée par les deux instances de gestion a été appliquée en tous points. Cette méthodologie comprenait trois étapes :

1. **Une étape de préparation du plan** comprenant les activités suivantes :

- 1.1. **Réunions de consensus entre les différentes instances de gestion.** Des rencontres de coordination et de consensus entre le consultant et les Comités de Pilotage et Technique du processus d’élaboration du PSNM se sont déroulées pendant toute la période d’octobre 2013 à mars 2014.
- 1.2. **Dialogue politique** avec les différents acteurs et parties prenantes.
- 1.3. **Recherche et analyse de documents et d’informations.** Cette activité visait essentiellement à collecter les informations nécessaires à l’établissement de l’analyse du contexte et à l’analyse de la situation à partir des rapports, études et autres publications disponibles sur la problématique du VIH/sida en Haïti. Elle s’est déroulée de novembre 2013 à mars 2014. Ce processus s’est achevé au cours d’un atelier de révision du second draft préliminaire du PSNM du 13 au 15 mars 2014.

Les documents suivants ont été consultés dans le cadre de cette revue documentaire :

- Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015
- Plan Directeur 2010-2022 du MSP
- Politique Nationale de Santé
- Rapport EMMUS V publié en 2013 et portant sur la situation de 2012
- Rapport UNGASS 2012
- Etude sur l’estimation de taille de la population à haut risque de transmission du VIH
- Plan National de Suivi et Evaluation du PNLS, 2012-2015

- La base nationale de données VIH/sida de rapportage (MESI)
- Rapport d'étude sur les TS réalisé par FOSREF aux Cayes et à Pétion-Ville (datant de 2008)
- Etude de PSI portant sur les HARSAH et les TS (2012)
- Rapports des différents ateliers réalisés au cours du processus de révision du PSNM.
- Rapports d'activités du PNUD pour le projet Fonds Mondial
- Plan Stratégique PTME, DSF 2013
- Plan Stratégique TB, PNLT
- Canevas de présentation du budget établi par *Clinton Health Access Initiative (CHAI)*
- HAPSAT. Outil informatique permettant d'établir la taille des populations cibles pour les 5 prochaines années
- Projections et estimations épidémiologiques sur le VIH/SIDA 2010 - 2015 calculées à partir de l'outil SPECRTUM de l'ONUSIDA
- Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNLS, 2011
- Rapport d'évaluation des 10 objectifs de l'ONUSIDA
- Rapport REDES, 2012
- Bulletins épidémiologiques du PNLS, 2012 et 2013
- Rapport sur la revue de l'intégration des droits humains dans le Plan National Stratégique de la réponse au VIH en Haïti, février 2014, ONUSIDA (draft final)
- Rapport de l'analyse des modes de transmission, Mars 2012 (draft final).

2. Une étape d'élaboration du plan révisé avec les activités suivantes :

2.1. Préparation et validation d'un plan de travail.

2.2. Analyse de la situation et analyse de la riposte avec préparation et validation d'un rapport de synthèse.

Analyse du contexte et analyse de la situation. Les informations collectées au cours de la revue documentaire ont servi au consultant à alimenter les chapitres de l'actuel PSNM portant sur l'analyse de la situation et l'analyse de la riposte au VIH/sida. Ces analyses ont été complétées au cours d'un atelier de révision du second draft préliminaire du PSNM.

Analyse des modes de transmission. Par ailleurs les premières estimations concernant l'analyse des modes de transmissions ont été produites au cours de l'atelier de révision du second draft préliminaire des 13 et 14 mars 2014 par un consultant national de l'ONUSIDA.

2.3. Préparation et réalisation d'ateliers en vue de recueillir les commentaires des différentes parties prenantes du processus de révision du PSNM.

2.3.1. **Un atelier de travail avec les principales parties prenantes de la lutte contre le VIH/sida en Haïti** : entités étatiques santé et non santé, la société civile, le secteur de la coopération internationale multi et bilatérale, les organisations d'interventions. Cet atelier de travail a été une étape importante dans la révision du

plan et a été organisé les 4-5-6 décembre 2013 avec pour objectif de proposer des alternatives de solutions aux différents problèmes et exigences posés d'une part par les changements survenus dans l'environnement interne et externe du Programme National de lutte contre le Sida, d'autre part, par les prescrits de la nouvelle *Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur de Santé*.

Les quatre groupes de travail constitués ont travaillé sur les thèmes suivants :

- Pour les représentants du secteur étatique : Renforcement et extension de la participation du secteur public non médical à la riposte nationale contre le sida dans une perspective d'institutionnalisation et de pérennisation des interventions.
- Pour les représentants de la société civile : Renforcement et extension de la participation sociale et communautaire à la riposte nationale contre le sida dans une perspective d'institutionnalisation et de pérennisation des interventions.
- Pour les représentants du secteur santé : Construction de l'accès universel à des services essentiels de prévention et de prise en charge thérapeutique de qualité
- Pour les représentants des bailleurs et agences d'exécution : Renforcement de la Gouvernance du Programme National de lutte contre le Sida.

2.3.2. *Trois ateliers se sont déroulés avec chacun des groupes clés de l'épidémie en Haïti : les HARSAH, les Travailleuses du Sexe et les PVVIH.* Les études récentes ont montré un niveau extrêmement préoccupant du taux de séroprévalence au niveau des HARSAH et des TS (respectivement 18,4% et 8,1% comparée à la prévalence nationale : 2,2%) justifiant le recueil de données additionnelles sur leur situation ainsi que leur opinion sur le ciblage des interventions destinées à leurs groupes spécifiques. La version actuelle révisée de PSNM a tenu compte de leurs propositions d'intervention.

2.3.3. *Un atelier de travail a été réalisé avec la participation des Directeurs et les Responsables de Programme Sida des 10 Directions Sanitaires Départementales du pays.* Au cours de cet atelier, ils ont été invités à se prononcer sur les différents axes stratégiques retenus dans le cadre de la version préliminaire du plan révisé. Des propositions de modification et d'inclusion d'intervention ont été faites par ces cadres du Ministère de la Santé et ont été pris en compte également dans la version finale du PSNM révisé.

2.3.4. *Un atelier de travail avec le comité technique pour réviser le second draft préliminaire du PSNM* du 13 au 15 mars 2014. A cette réunion étaient présents l'ONUSIDA, l'OPS/OMS, le PNUD, le MSPP, le consultant, GHESKIO, l'UNICEF.

D'une manière générale le processus a été très participatif et les parties prenantes très réactives quand on considère la qualité de leur participation au moment des ateliers et le volume de leurs propositions.

Un rapport de synthèse des résultats de ces ateliers a été réalisé.

2.4. *Elaboration de la version préliminaire du Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 avec extension jusqu'à 2018.* Celui-ci a été soumis à la Coordination

Technique du PNLS pour recueillir ses recommandations avant la restitution à toutes les parties prenantes.

3. Une étape de restitution du plan avec les actions suivantes :

- 3.1. Présentation du document préliminaire de PSNM révisé aux différents acteurs
- 3.2. Finalisation du plan révisé sur la base des recommandations des comités
- 3.3. Présentation finale du plan
- 3.4. Validation politique de la version finale du plan révisé.

La composition des différents comités de même que la distribution des rôles et responsabilités spécifiques dans la mise en œuvre de la méthodologie sont donnés en annexe dans les documents :

- Projet de révision du PSNM
- Plan de mise en œuvre de la proposition

Analyse de la Situation

3. Analyse de la situation

3.1 Contexte général

Ce condensé de l'analyse des contextes est extrait du document « d'Analyse des contextes » présenté en annexe en fonction de son volume.

3.1.1 Contexte géographique

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.

Cette tendance à l'urbanisation sauvage non contrôlée qui s'est accentuée depuis le séisme du 12 janvier 2010 contribue également à l'émergence de nouveaux bidonvilles dans quasiment

toutes les grandes villes de province. L'environnement à l'intérieur de ces nouveaux et anciens quartiers improprement appelés zones marginales, est caractérisé par la promiscuité physique et sexuelle, l'insalubrité, et se prête à la violence physique et au viol, la transmission de maladies infectieuses, sexuellement transmissibles et parasitaires ; d'où la nécessité de mettre un focus sur ces zones dans le cadre du programme national.

3.1.2 Contexte démographique

Haïti compte 10.3 millions d'habitants avec une forte cohorte de jeunes de 15-24 ans (30%). Selon l'EMMUS V, en Haïti, une femme donne naissance, en moyenne, à 3,5 enfants. Le nombre de grossesse est estimé à 4 enfants pour 1.000 habitants par année¹. De plus, une adolescente sur sept a déjà commencé sa vie reproductive : 11% d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3% sont enceintes du premier enfant. Du fait de la transition démographique et de l'émergence des jeunes comme groupe prédominant, la population devrait continuer à augmenter durant les prochaines années. Comme conséquence, si la chaîne de transmission du VIH n'est pas interrompue, même si l'incidence de l'infection reste constante ou diminue légèrement, le nombre de personnes infectées augmentera en nombre absolu. Cette éventualité exigera la mobilisation de plus de ressources pour la prévention, la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge aux ARV. De plus, les nouvelles directives de l'OMS pour la prise en charge aux ARV (avec CD4 ≤ 500 cellules/mm³) conjuguées à la croissance démographique, contribuera à augmenter de façon significative les besoins en intrants essentiels pour la prise en charge thérapeutique.

3.1.3 Contexte politique

Il n'existe aucune entrave d'ordre politique, idéologique et religieuse à la libre circulation des informations des personnes et des biens, aucune entrave à la prestation suivant les normes en vigueur des services de santé et autres services sociaux, aucune contrainte institutionnelle liée au genre et aux préférences et orientations sexuelles.

Bien qu'il n'y ait pas de loi punissant l'homosexualité ou la prostitution en Haïti, dans la pratique, l'accès à la protection judiciaire (en cas de violence ou de viols) est extrêmement compliqué et difficile pour ces groupes qui sont très souvent victimes de la stigmatisation aussi bien de la communauté, de la famille que de la part des fonctionnaires de l'Etat (policiers en particulier mais aussi des professionnels de la santé etc.) en charge de leur fournir des services. Ainsi, quasiment aucun TS et HARSAH, très souvent, aucune survivante à la violence basée sur le genre n'ose porter plainte tenu de l'accueil négatif dont ils font l'objet au niveau des commissariats de police.

3.1.4 Contexte économique

La persistance d'un taux élevé de chômage de 40,6% continue à alimenter le cycle générationnel de la pauvreté. D'après le CIRH, en 2010-2011, 70% de la population n'a pas

¹ EMMUS V

accès à un emploi stable et 76% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (moins de 2 dollars américains par jour). Le faible pouvoir d'achat de strates importantes de la population constitue, du fait des politiques de recouvrement de coût de la plupart des établissements de santé, une barrière à l'utilisation des services. Le PIB par habitant est de 1.058 dollars américains et la part des secteurs d'activité dans le PIB est repartie de la façon suivante : secteur primaire 23%, secteur secondaire 18%, secteur tertiaire 59%.

Les services sont gratuits pour le sida, cependant cette gratuité n'intervient qu'après le diagnostic de la maladie. A cela, il convient d'ajouter que de nombreux coûts indirects (transport, perte de journée de travail etc.) sont attachés aux épisodes de maladies contribuant à augmenter la fragilité économique des patients et impactant parfois leur adhérence au traitement.

3.1.5 Contexte social

L'Indice de Développement Humain (0,456) classe Haïti à la 161^{eme} place sur 187 pays avec des taux d'alphabétisation tournant autour de 79% pour les hommes et 74% pour les femmes. 64,8% de la population a accès à l'eau potable. 22% des enfants de moins de 5 ans sont en situation de malnutrition chronique. Différentes sources de données (carte de la pauvreté-EMMUS IV 2005-2006-EMMUS V 2010-2011) s'accordent pour faire un diagnostic alarmant du niveau d'accès géographique aux services de santé de base (60%) et autres services sociaux liés à la santé. Le profil démographique est celle d'une population jeune avec 30% de jeunes âgés de 15-24 ans.

Le nombre élevé de sur-âgés dans le système scolaire plaide pour un indice de faible accessibilité géographique. Ce phénomène qui réunit dans une même salle de classe des jeunes gens de 20-24 ans et des adolescents et adolescentes à peine pubères seraient à l'origine de l'initiation sexuelle précoce constatée par les différentes enquêtes DHS; on connaît déjà la corrélation existant entre l'initiation sexuelle précoce, la survenue des IST, et les grossesses précoces qui entretiennent le cycle de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité des femmes victimes.

Le contexte de violences basées sur le genre est à prendre également en considération quand au niveau de la dernière enquête EMMUS V. il est noté que 13% des femmes sont victimes de violence sexuelle à n'importe quel moment de leur vie (16% dans les 15-24 ans).

Le Plan Stratégique de Santé 2005-2010 du Ministère de la Santé a constaté que plus de la moitié de la population, soit 57% vit dans l'insécurité alimentaire qui se traduit notamment par un déficit de 10% des calories. L'état nutritionnel étant un déterminant du niveau de résistance aux infections, et l'alimentation un facteur d'adhérence à différents types de traitement, notamment le traitement aux antirétroviraux, il est essentiel que cette problématique soit prise en compte par le Programme National de Lutte contre le Sida.

3.2 Contexte sanitaire

3.2.1 Principaux indicateurs de santé d'Haïti

Les principaux indicateurs résumant la situation sanitaire du pays sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1. Principaux indicateurs de santé d'Haïti.

Indicateur	Donnée	Source
Prévalence du VIH/SIDA	2,2%	EMMUS V 2012
Incidence de la TB	222/100 000	Statistiques sanitaires mondiales 2013 de l'OMS
Ratio de mortalité maternelle	157 /100.000 naissances vivantes	Rapport Statistique 2013, MSPP
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)	37%	EMMUS V 2012
Besoins non satisfaits des femmes en union en matière de planification familiale	35%	EMMUS V 2012
Prévalence de la contraception (% femmes en union)	35%	EMMUS V 2012
Couverture par les soins prénatals – au moins une visite- (%)	90%	EMMUS V 2012
Couverture par les soins prénatals – au moins quatre visites- (%)	67%	EMMUS V 2012
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégné d'insecticide (%)	12%	EMMUS V 2012
Enfants 12-24 mois complètement vacciné (DITEPER)	41%	EMMUS V 2012
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie (%)	40%	EMMUS V 2012
Taux de mortalité des moins de 5 ans	90 pour 1000 naissances vivantes	EMMUS V 2012
Taux de mortalité néonatale	30 pour 1000 naissances vivantes	EMMUS V 2012
Espérance de vie à la naissance	63 ans	Statistiques sanitaires mondiales 2013 de l'OMS
Dépenses totales en santé en % du produit intérieur brut	6.1%	Statistiques sanitaires mondiales 2013 de l'OMS
Ressources externes pour la santé en % des dépenses totales en santé	39%	Statistiques sanitaires mondiales 2013 de l'OMS

3.2.2 Système de santé haïtien

Les éléments du contexte particulier du système de santé haïtien ont été analysés et présentés dans le document de « Politique Nationale de Santé (juillet 2012) ». Voici comment ce document appréhende les différents éléments de ce contexte :

- **Niveau de santé de la population :** « Une accessibilité aux soins de santé de base, la distribution inégale des ressources pour la santé, un faible niveau d'assainissement de base et un niveau très bas d'éducation sanitaire, concourent à ralentir l'évolution vers une baisse rapide des niveaux de morbidité et de mortalité ».
- **Déterminants économiques du niveau de santé de la population :** « Le cycle de la pauvreté en Haïti entretient des comportements individuels et collectifs et un mode de vie propices au développement de maladies nutritionnelles de carence, de maladies infectieuses transmissibles, de maladies parasitaires »
- **Déterminants anthropologiques et culturels du niveau de santé de la population :** « Pour une couche importante de la population, la survenue de certaines maladies, particulièrement celles à manifestations spectaculaires (comme le SIDA), est attribuée à des étiologies d'ordre surnaturel orchestrées par un ennemi connu ou inconnu. De plus l'automédication liée parfois à l'accès limité aux structures de soins, est un facteur important de mortalité en Haïti »
- **Organisation du système de prestation de soins:** « Le système haïtien de soins offre des services formels à 47% de la population. Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la « Médecine Traditionnelle » comme premier recours face à la

maladie (ce qui implique l'intégration des tenants de cette médecine à la riposte nationale contre le SIDA).

«Le système de soins est structuré en trois niveaux : primaire-secondaire-tertiaire. Dans son ensemble le sous-système publique et philanthropique de soins compte 908 institutions de santé réparties comme suit : 278 institutions publiques (30%), 419 institutions privées (46,14%), 211 institutions mixtes (institutions publiques à gestion privée 23,24%)».

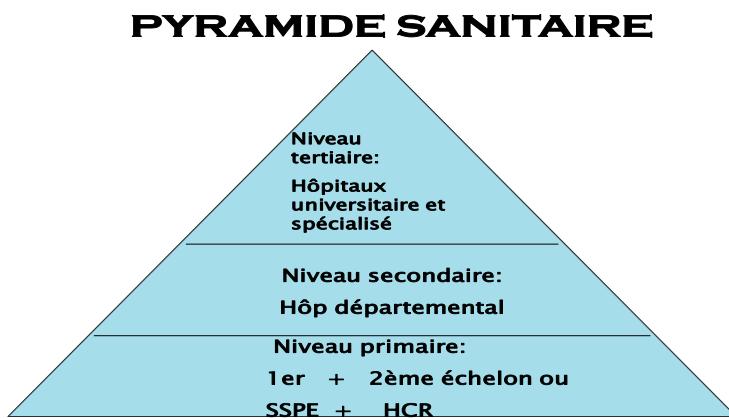


Figure 2. Schématisation du système haïtien de soins.

- **Système de financement du secteur santé:** « L'analyse du budget alloué à la santé démontre un faible niveau de financement et beaucoup d'inefficiencies.
 - 32 dollars US sont dépensés par année et par habitant en Haïti pour la santé.
 - L'Etat haïtien assume près d'un tiers des dépenses de santé.
 - Vu l'importance des fonds injectés par la communauté internationale dans le financement de la santé en Haïti, le manque de coordination de l'appui financier entraîne la fragmentation du système ».
- **Gouvernance du système de santé :** « Le système de santé haïtien présente à tous les niveaux d'importants problèmes de fonctionnalité, d'organisation, de gestion et de contrôle, résultant en une offre de santé fragmentée, peu accessible, et de faible qualité.
 - La faible capacité de surveillance de l'Autorité Sanitaire Nationale, la multiplicité des bailleurs de fonds, les programmes verticaux, l'absence de protocoles standardisés pour les problèmes de santé, les fréquentes ruptures de stock de fournitures médicales essentielles, contribuent à la faible qualité des soins au niveau institutionnel.
 - Les faiblesses de la gouvernance se traduisent notamment par :
 - Une absence de cadre légal approprié
 - Une déficience quantitative et qualitative de ressources tant humaines que matérielles

- Une multiplicité d'acteurs avec des motivations et des philosophies d'action diverses
- Une faible capacité de planification et de coordination intra et inter sectorielle.
- Une faible capacité de suivi et d'évaluation et de contrôle de qualité ».

3.2.2.1 Politiques et plans nationaux de santé

Deux documents majeurs ont été publiés par le gouvernement haïtien :

- La Politique Nationale de Santé (juillet 2012)
- Le Plan Directeur de Santé 2012-2022

La Politique nationale de santé publique retient trois groupes d'axes d'intervention :

- Les axes spécifiques d'intervention comprenant : L'amélioration et l'extension de l'offre de soins, le développement d'infrastructures adéquates, la gestion des ressources humaines, l'approvisionnement en intrants et médicaments.
- Les axes globaux d'interventions : La mobilisation et l'alignement du financement pour la santé avec les résultats projetés, la régularisation et le contrôle des dépenses.
- Les axes transversaux d'interventions : Le renforcement de la gouvernance, l'intégration des services, la surveillance de l'état de santé de la population, La protection sociale en santé, le renforcement des mécanismes intersectoriels.

Le Plan Directeur de Santé 2012-2022 identifie deux domaines généraux d'interventions :

- Le renforcement organisationnel et institutionnel éclaté en six (6) aires spécifiques d'actions : La mise en place d'un dispositif unique et intégré, l'intégration de toutes les actions dans une programmation nationale unique pour la santé, le renforcement et l'unification du système d'informations et l'exploitation systématique des informations produites pour la prise de décisions, le renforcement de la gestion des services de santé et des ressources disponibles pour la santé, le renforcement du dispositif de supervision et de contrôle, la surveillance de l'état de santé de la population et la gestion des risques et désastres.
- La prestation des services et soins de santé qui identifie cinq aires de prestation : La santé de la mère et de l'enfant, La santé des adolescents et des jeunes, Le contrôle des maladies et des traumatismes, la nutrition, la promotion de la santé.

3.2.2.2 Politiques publiques, institutionnelles et lois

- En 1987 une Commission Nationale de Lutte contre le SIDA a été créée.
- En 1988 un Bureau de Coordination du Programme National de Lutte contre le SIDA vit le jour au sein du MSPP.

- De 1988 à nos jours, cinq (5) plans stratégiques ont été préparés.
- Haïti a commencé à recevoir un appui financier substantiel pour son Programme National de Lutte contre le Sida en 2002 et 2003 avec la mise en place des projets du Fonds Mondial puis de PEPFAR.
- Dans le cadre spécifique des subventions du Fonds Mondial, une instance de coordination dénommée CCM (Country Coordination Mechanism) a été mise en place pour assurer la soumission des propositions pays de sollicitation de fonds auprès de ce bailleur ainsi que le suivi de la mise en œuvre des programmes financés. Cette instance réunit des représentants des différents secteurs et acteurs de la lutte contre le VIH dans le pays dont des ministères publics, des agences onusiennes, des ONG, des organisations de PVVIH et de groupes clés tel que les HARSAH.
- A ce jour, le programme national ne bénéficie pas encore d'un « Cadre Politique » qui définit le contenu du programme national, fixe les priorités, identifie les intervenants et distribue les rôles et les responsabilités. Une loi de réglementation déposée au parlement n'a pas encore été votée et promulguée.
- Par contre, le programme National de Lutte pour le Sida a produit et accumulé au cours des ans toute une littérature constituée de différents manuels de gestion et d'organisation des services ainsi que de prestations de services de prise en charge, de promotion et de communication.
- Il a également adopté les directives de l'OMS relatives à la PCIMAA, la prise en charge aux ARV, la gestion de la coïnfection VIH/TB.

3.2.2.3 Elaboration des plans nationaux de lutte contre le sida

Suite à l'évaluation de mi-parcours de la mise en œuvre du PSNM 2008-2012, un « Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015 » a été préparé et mis en application.

Un «Plan Stratégique National d'Elimination de la Transmission mère-enfant du VIH et de la Syphilis congénitale» a également vu le jour avec six (6) axes d'intervention :

- Renforcement de la couverture des services de prévention;
- Renforcement des services de SMI pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale;
- Intégration de la PTME+ dans le programme de santé sexuelle et reproductive;
- Renforcement de la mobilisation communautaire pour la PTME+;
- Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives;
- Renforcement du système de surveillance, de suivi, d'évaluation pour la PTME.

Certains plans tactiques ont également été élaboré par des secteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA dont :

- Un plan a été préparé par le « Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme » pour 2010-2012 avec (6) objectifs et huit (8) axes d'intervention.
- Un plan a été préparé par le « Ministère de l'Education Nationale ».Ce plan repose sur six (6) objectifs spécifiques assortis chacun d'un ensemble d'activités.

- Un «projet d'intégration du genre, de prévention de l'infection au VIH, de premiers soins, sur les chantiers de reconstruction d'Haïti» par le MPTCE. Ce projet comporte trois (3) objectifs spécifiques et sept (7) axes d'intervention.
- Un document « Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH » a été préparé par l'UCP/MSPP pour le programme national en février 2013. Ce plan comprend cinq (5) axes d'interventions :
 - Renforcement de la gouvernance et du leadership;
 - Etablissement de partenariat stratégique;
 - Renforcement des capacités et de la performance;
 - Amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention;
 - Suivi et évaluation.
- Tous ces plans par leur orientation sont liés au programme national et à son plan stratégique;
- D'autres plans avec ou sans articulation avec les orientations nationales sont élaborés et mis en œuvre avec l'appui financier de différents bailleurs, de façon indépendante et verticale. Selon l'opinion exprimée par le MSPP dans son document de Politique Nationale de Santé Publique cet état de fait contribue à affaiblir le leadership du Ministère de la Santé et la performance des services autres que le sida moins bien financés par la coopération externe.

3.2.2.4 *Elaboration et mise en application des documents normatifs*

- Depuis 2005 différents manuels d'organisation des services et de prise en charge ont été élaborés par différentes instances du MSPP et d'autres partenaires, parfois de manière insuffisamment coordonnée ou concertée. Néanmoins, divers manuels de normes et de directives sont venus renforcer le cadre de référence normative dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA dont : les normes de prise en charge ARV, normes CDV, les normes de pris en charge des IST, les normes de prise en charge communautaire.
- Il n'y pas un document qui explicite de façon intégrée les besoins en terme de manuels normatifs. Cependant, les normes de prise en charge des OEV et de la co-infection TB-VIH correspondent à des besoins importants qui devraient être adressés par le programme. Généralement ces documents sont produits suivant la disponibilité de fonds et la programmation des agences de financement.
- La publication de chaque nouveau manuel bénéficie d'activités de vulgarisation; cependant l'ensemble des structures de gestion et de prestation de services n'est pas en possession de tous les manuels.

3.2.2.5 *Dispositif institutionnel de prévention et de prise en charge thérapeutique*

- **Communication pour le Changement de Comportement.** L'élaboration en février 2013 de la *Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH* et la disponibilité d'un financement du Gouvernement Américain pour mettre en œuvre cette stratégie dans le projet « EVIH-T » sont susceptibles d'aider à résoudre les problèmes identifiés dans ce volet programmatique par l'évaluation à mi-parcours de 2011.

- **Prestations de services médicaux.** Une consultation de la base de données de rapportage qu'est MESI montre le développement du réseau de prestations de services au cours de ces dix dernières années:
 - Les sites CDV sont passés de 148 en 2009 à 171 en 2013²
 - Les sites PTME sont passés de 113 en 2008 à 137 en 2013²
 - Les sites de soins palliatifs sont passés de 68 en 2008 à 97 en 2011
 - Les sites ARV sont passés de 41 en 2008 à 129 en 2013.

Le chemin parcouru est énorme quand on compare la situation à ce qu'elle était il y a dix ans à peine. Cependant un effort encore plus important reste à faire pour aller vers l'intégration et l'accès universel aux services. De même la qualité des services reste un enjeu bien que des initiatives récentes supportées par CDC/PEPFAR tel que HIVQUAL puis HealthQUAL tentent d'améliorer la situation.

- **Niveau de couverture institutionnelle.** Selon l'EPSSS de 2013 (MSPP/IHE), sur l'ensemble des institutions de santé que compte le pays :
 - 39% offre des services de dépistage;
 - 36 % des institutions de CPN offre des services de PTME;
 - 14 % offre des services de prise en charge à l'ARV.

3.2.2.6 Gouvernance

- **La gouvernance globale du programme national.** La structure de gouvernance globale multisectorielle du programme prévue dans les plans stratégiques antérieurs n'a pas été mise en place. Ce fait historique est l'un des facteurs qui a empêché à la CT du PNLS d'assurer, de manière continue et soutenue, un pilotage du programme en collaboration avec les autres entités ministérielles et les secteurs non santé.

Si la verticalisation du programme, à un certain moment de l'histoire de la pathologie, était nécessaire pour aboutir à son contrôle; il demeure évident aujourd'hui que la prise en charge du VIH et même sa prévention doivent se faire de manière intégrée dans un contexte de réduction de ressources et à des fins de pérennité.

De par la nouvelle vision du MSPP, inscrite dans sa nouvelle loi organique, la CT du PNLS est investie de toute l'autorité nécessaire pour assurer la coordination intrasectorielle et intersectorielle.

Cette nouvelle proposition de loi organique du MSPP prévoit un renforcement de toutes les structures de gestion du MSPP leur permettant de mieux accomplir leur mission. Ce renforcement passe par le rétablissement de l'Autorité de l'Etat, l'endossement du leadership de l'Action sanitaire par le MSPP et le respect par tous les acteurs des orientations et des directives émanant de l'Autorité Sanitaire Nationale. Ainsi, la gestion opérationnelle du programme sera rattachée pour les aspects de prévention à la Direction de la Promotion de la Santé et pour la prise en charge à la Direction de la santé de la Famille favorisant une approche holistique du patient. Le défi sera d'éviter que cette intégration ne réduise l'emphase à mettre sur la multisectorialité par rapport à l'approche globale tant recherchée.

² Source MESI

- **La Gestion financière.** A cause d'une absence de structure de gestion unique et forte au niveau du MSPP, les bailleurs et les agences d'exécution ont développé de façon parallèle et indépendante des processus de gestion financière, de sélection de récipiendaires, d'audit programmatique et financier. Des efforts sont actuellement entrepris par le Ministère de la Santé pour aller vers la constitution d'un panier unique de financement pour les programmes dans le cadre du montage d'une Unité de Contractualisation prévue dans le cadre de sa nouvelle loi organique.
Cette démarche s'accompagne du renforcement des structures pour assurer la transparence, la bonne gouvernance et une gestion rigoureuse des fonds de manière à rassurer et convaincre les bailleurs de la faisabilité et de la pertinence du panier unique de financement.
Au niveau du budget national de santé il n'existe pas encore de rubrique spécifique dédiée au Programme National de Lutte contre le Sida.
- **la gestion programmatique :**
 - Les principaux bailleurs financent le Programme National à partir d'agences d'exécution qui à leur tour financent des sous-récipiendaires et assurent la gestion programmatique.
 - Au Ministère de la Santé, deux structures, l'UCP pour le sida et la DSF pour la PTME interviennent dans le programme de façon indépendante et sans une coordination formelle planifiée. Quatre autres structures de ce Ministère sont aussi concernées par le Programme National (la Direction de Promotion de la Santé pour la Communication, l'Unité d'Etudes et de Programmation pour les informations sanitaires, la DOSS pour l'organisation des services de santé, la Direction d'Epidémiologie pour la surveillance épidémiologique).
 - Les autres ministères qui jouent ou qui pourraient jouer un rôle très important dans le cadre de la multisectorialité couvrant la réponse non médicale au VIH ne sont pas encore institutionnellement partie prenante du Programme National de lutte contre SIDA.
- **La gestion du système de suivi et d'évaluation.** Le système de gestion suivi et évaluation en VIH/sida est fonctionnel en Haïti. Toutes les données utilisées dans ce plan stratégique proviennent de 5 sources :
 - **Statistiques de programme.** MESI est incontestablement la base nationale de données et de rapportage en VIH/sida. Cette base est gérée par Solutions qui est une firme spécialisée en technologies de l'information. La grande majorité des institutions de santé qui offrent des services de soins de santé en VIH/sida postent mensuellement les données des résultats de leurs activités sur MESI. Les données transmises sont vérifiées et validées périodiquement par la CT du PNLS et d'autres ONG de management en santé qui bénéficient des subventions accordées par le FM et par PEPFAR.

- **Données démographiques.** Les données de population sont extraites de l'actualisation des données du recensement de 2002 faite périodiquement par IHSI; celles relatives aux groupes clés (HARSAH et TS) sont prises dans un rapport partiel de l'ONUSIDA sur les modes de transmission. Le MSPP et PSI vont réaliser en 2014 une enquête sérocomportementale sur ces groupes dont le premier objectif est de valider les estimations de population de ces groupes utilisées dans le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018.
- **Surveillance épidémiologique.** Le système de surveillance épidémiologique du VIH est assuré actuellement par NASTAD en collaboration avec la CT du PNLS. Les données sur la notification de cas sont publiées régulièrement dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti de la CT du PNLS, dans les rapports GARPR de l'Etat haïtien à l'ONUSIDA et dans des rapports périodiques de NASTAD.
- **Enquêtes.** Ce sont : l'EMMUS V (2012) de IHE, l'enquête de PSI sur les HARSAH et les TS (2012), l'enquête sérosurveillance chez les femmes enceintes (2012) de IHE et celle sur la rétention des patients sous TAR (2014) du MSPP.
- **Estimations et projections épidémiologiques.** La CT du PNLS vient de faire paraître le profil des estimations et projections en matière de VIH en Haïti 2010 – 2015. C'est un document d'importance majeure à prendre en compte dans toutes les planifications sur le VIH/sida en 2014 et 2015.

Le système de gestion de données VIH/sida en Haïti a 3 niveaux :

1. **Niveau périphérique.** Il est constitué d'institutions de santé qui offrent régulièrement des services de soins de santé (institutionnels et communautaires) à la population haïtienne. Ce sont 184 CDV parmi lesquels 129 sont des centres ARV (cf : MSSP, feuillet informatif du 1^{er} décembre 2013). Toutes ces institutions utilisent les dossiers médicaux, les formulaires de collecte de données et les registres validés par le MSPP. L'approvisionnement en outils de collecte des données primaires et de rapportage est garanti par la CT du PNLS et se fait par les DSD. Outre les dossiers papier, il existe 3 types de dossier patient électronique, communément appelé EMR. GHESKIO et PIH ont leur EMR, mais la majorité des dossiers patients électroniques se retrouvent sur I-santé qui est géré par ITECH. Une validation de données de première intention se fait dans tous ces centres, particulièrement dans tous ceux qui ont des projets HIVQual. Au fur à mesure de l'augmentation de l'accès universel et du renforcement de la multisectorialité, MESI aura à se développer pour prendre en compte des données de résultats d'activités de promotion de la santé et de prévention réalisées au niveau des autres secteurs tels que l'Education et les Affaires Sociales par exemple, y compris les données de toutes les IST et les IO (toxoplasmose, candidose).
2. **Niveau intermédiaire ou départemental.** Il est représenté par les DSD qui font la vérification et la validation de deuxième intention de données en collaboration avec des fournisseurs de services en la matière, tel que METH. Les réseaux de partenaires tels que GHESKIO, PIH/ZL, UGP/MSPP/PEPFAR doivent également assurer une validation de

deuxième intention. Ce niveau doit faire une agrégation des données départementales lors de l'élaboration des rapports trimestriels d'activité. L'actualisation des dossiers patients électroniques de l-santé se fait à ce niveau en collaboration avec la CT du PNLS. Les UAS relèvent des DSD. Ainsi fur et à mesure de la mise en place des directions des UAS, la CT du PNLS les accompagnera dans l'accomplissement de leur mission relative au suivi et évaluation : planification, formation en SE, vérification et validation de données, agrégation des données et élaboration de rapport trimestriel de l'UAS.

3. **Niveau central.** Plusieurs entités interviennent à ce niveau dont la coordination est assurée par la CT du PNLS. Ce sont NASTAD pour la surveillance épidémiologique; CDC, Solutions, METH et la CT du PNLS sur le suivi programmatique et la gestion des bases de données. Certaines entités centrales du MSPP tels que l'UEP et la DELR sont faiblement impliquées. Ce niveau pilote le système "suivi et évaluation" en VIH/sida de façon globale. Les modifications sur MESI, les modifications des outils de collecte de données, la formation des prestataires sur l'utilisation des outils de collecte et de rapportage, la validation de troisième intention, l'audit de la qualité de données relèvent des compétences du niveau central. La CT a mis en œuvre 2 grands espaces d'échanges et de prise de décision en SE: le cluster SE et le CNQD. Le CNQD a une spécificité, celle de l'amélioration de la qualité des données VIH/sida en Haïti, tandis que le cluster SE est plus large et couvre différents aspects de la planification à l'évaluation des interventions sur le VIH/sida en Haïti. Le niveau central doit, dans un avenir proche, construire un espace d'échanges plus large intégrant tous les secteurs non santé concernés par la réponse au VIH/sida.

3.2.2.7 Contexte du financement international

- 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 Unies. En 2011, les dépenses par volet programmatique se répartissaient comme suit suivant le rapport REDES 2012 :

Tableau 2. Répartition 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 de VIH :
 - La contribution faible du Trésor Public haïtien à la riposte nationale. Suivant ce même rapport REDES entre 2009 et 2011 le financement de la lutte contre le VIH/SIDA est resté aux environs de 1% du total des fonds engagés.
 - Le retrait en 2012 de PALIH;

- L'épidémie du Choléra et les séquelles du séisme du 12 janvier 2010 qui obligent à des ajustements budgétaires au détriment de la lutte contre le 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.

3.2.3 La situation de l'épidémie de VIH en Haïti

3.2.3.1 Situation et tendances épidémiologiques dans la population générale

Selon EMMUS V (2012), la prévalence du VIH en Haïti est de 2,2% [2,0%; 2,4%] chez les adultes de 15-49 ans, soit le même niveau de prévalence qu'en 2006. Ceci plaide pour une tendance à la stabilisation de l'épidémie. La séroprévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 0,9 %. Dans cette tranche d'âge, la prévalence du VIH est significativement plus élevée chez les filles (soit 1,3% [1,0 ; 1,6]) que chez les garçons (0,4% [0,2 ; 0,6]).

La figure 3 présente la distribution de la prévalence du VIH chez les hommes et les femmes par tranche d'âge.

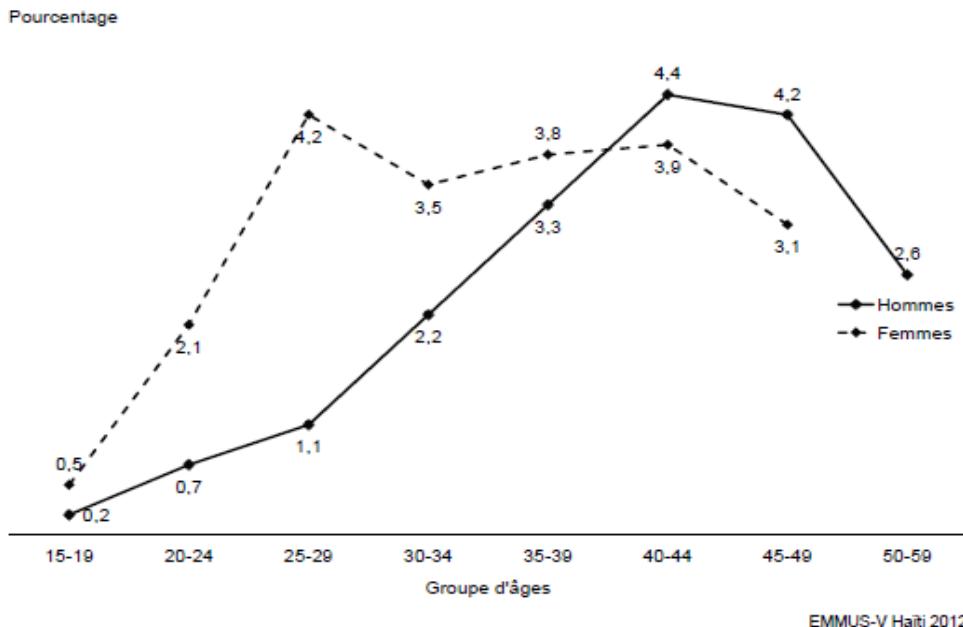
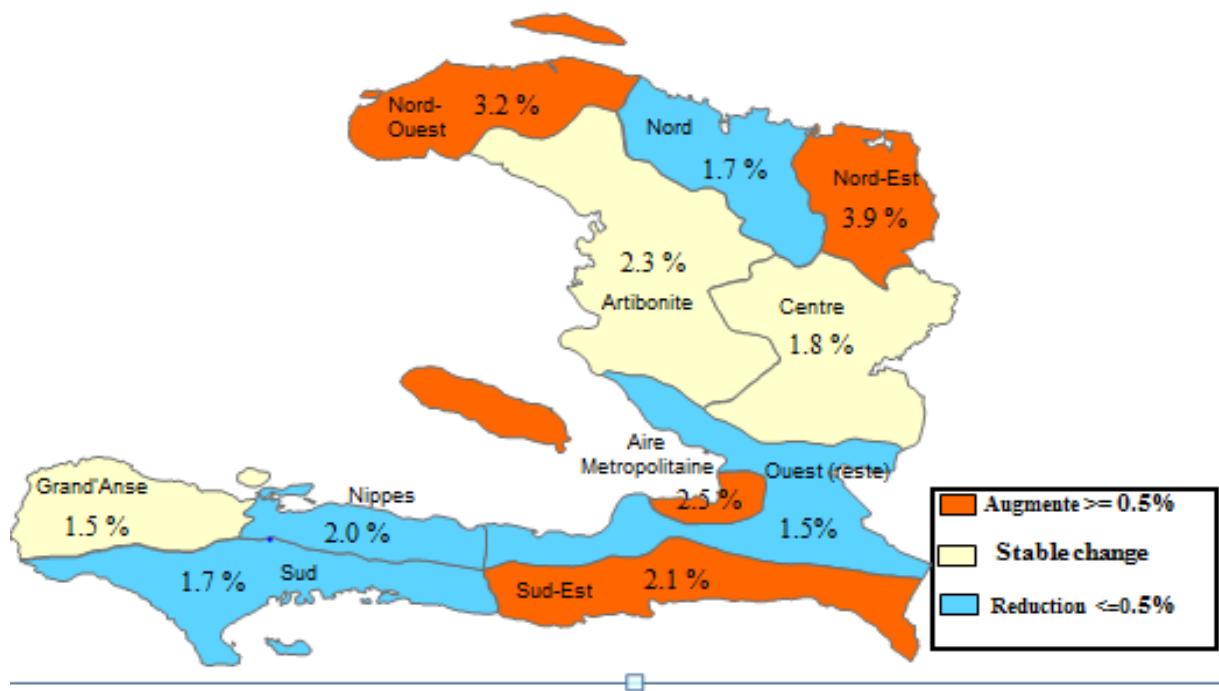


Figure 3. Distribution de la prévalence du VIH chez les hommes et les femmes par tranche d'âge.

Globalement, chez les adultes de 15-49 ans, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (2,7% [2,4% ; 3,0%]) que chez les hommes (1,7% [1,4% ; 2,0%]). Il y a donc une tendance à la féminisation de l'épidémie.

La prévalence du VIH dans la population générale varie, selon le statut matrimonial. Celle-ci est de 8,4 % chez les femmes divorcées ou séparées et de 9,4 % parmi les veuves, contre 2,8 % chez les femmes en union et 1,1 % chez les célibataires ; tandis que chez les hommes, elle est de 5,8 % pour les divorcés et les séparés contre 2,5 % pour ceux en union et 0,6 % chez les célibataires.

La figure 4 montre que la prévalence varie selon le lieu de résidence. Elle est de 2,4 % en milieu urbain et de 2,0% en milieu rural. Il y a, toutefois, une disparité de séroprévalence du VIH par département, oscillant de 1,5% à 3,9 %.



Source: EMMUS 2012

Figure 4: Prévalence du VIH par département.

3.2.3.2 Situation et tendances épidémiologiques dans les sous populations spécifiques

- Femmes enceintes

Selon les données de surveillance sentinelle en 2012, la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,3 %. Cette prévalence varie très peu selon l'âge de la femme. Par contre, elle est significativement plus élevée chez les femmes en union rompue (18,8%) que chez celles en union (2,2%) ou sans cohabitation (2,4%).

Au cours de ces dernières années les enquêtes sérosentinelles réalisées ont montré une diminution progressive du taux de séroprévalence au niveau de la population des femmes enceintes.

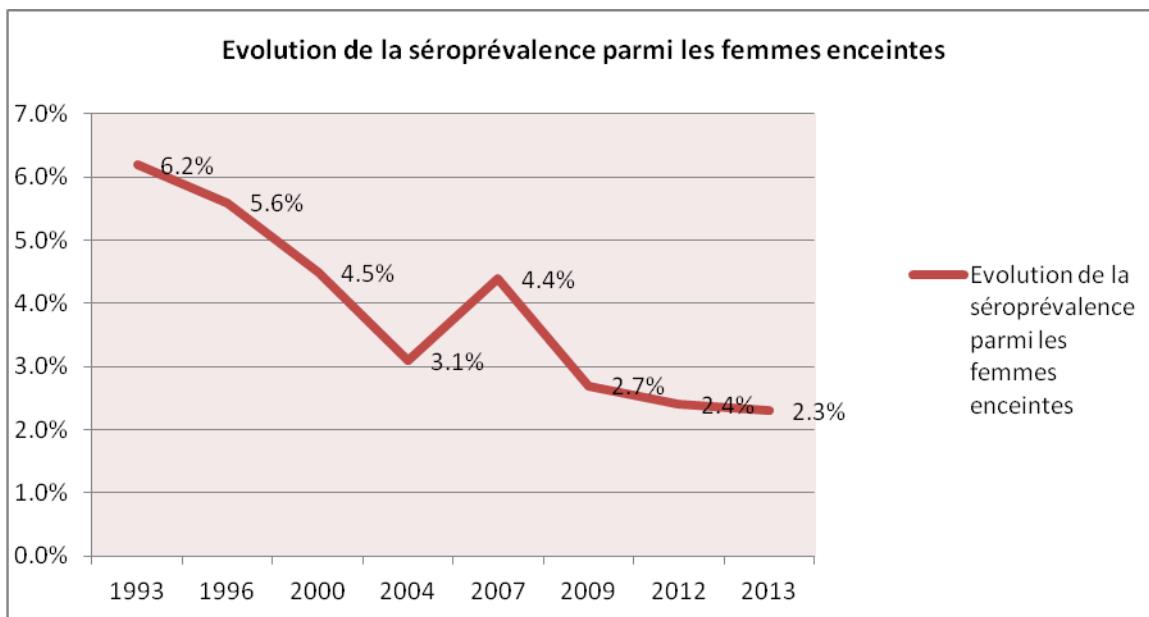


Figure 5. Evolution de la prévalence chez les femmes enceintes de 1996 à 2013

- **Donneurs de sang**

Selon le rapport du PNST de 2012, la prévalence chez les donneurs de sang est de 0,9%.

- **Travailleuses du sexe (TS)**

Selon les résultats d'une étude réalisée par PSI/Haïti en 2012, la prévalence nationale de l'infection au VIH est estimée à 8.4 % [6,8% ; 10,0%] chez les TS.

La figure 6 présente la distribution de la prévalence du VIH par département chez les TS.

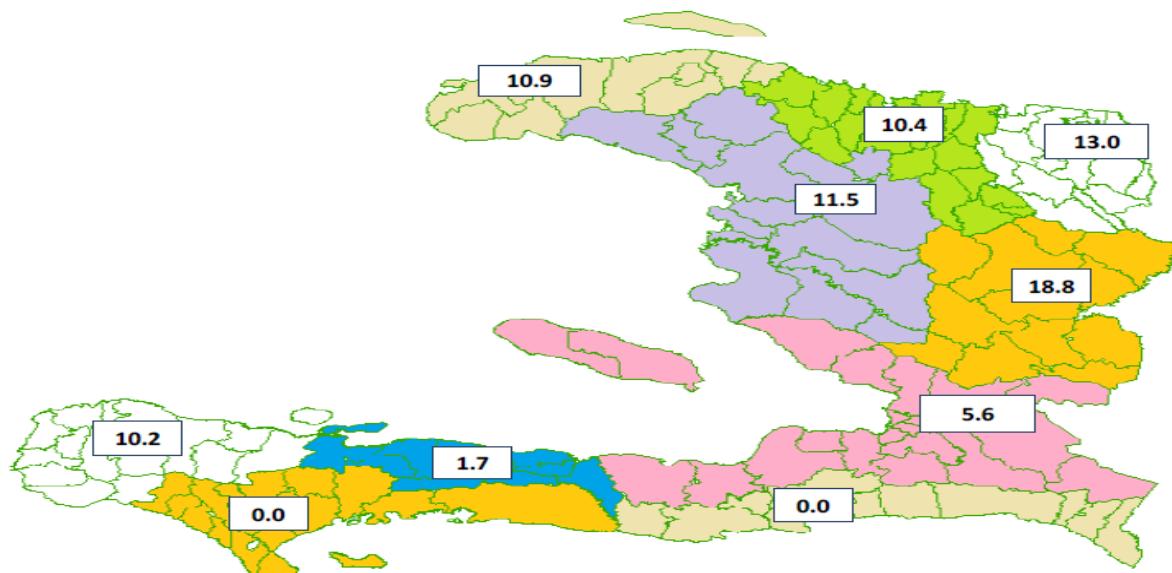


Figure 6. Prévalence du VIH chez les TS par département.

La prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les TS fréquentant les restaurants, bars et discothèques (20,4%) que chez celles travaillant dans des bordels ou dans la rue (12%).

- Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH)**

Selon les résultats d'une étude réalisée par PSI/Haïti en 2012, la prévalence nationale de l'infection au VIH est estimée à 18,1 % [15,6% ; 20,6%] chez les HARSAH. Le niveau de prévalence est plus élevé au niveau des HARSAH âgés de plus de 25 ans (30%) et est de 13% chez les moins de 25 ans. Par ailleurs, cette étude révèle que 47% des HARSAH sont bisexuels et 4,6% des HARSAH vivaient en couple avec une femme au moment de l'enquête. La plus grande contrainte en ce qui a trait aux HARSAH reste la détermination de la taille réelle de cette population cible.

La figure 7 présente la distribution de la prévalence du VIH par département chez les HARSAH.

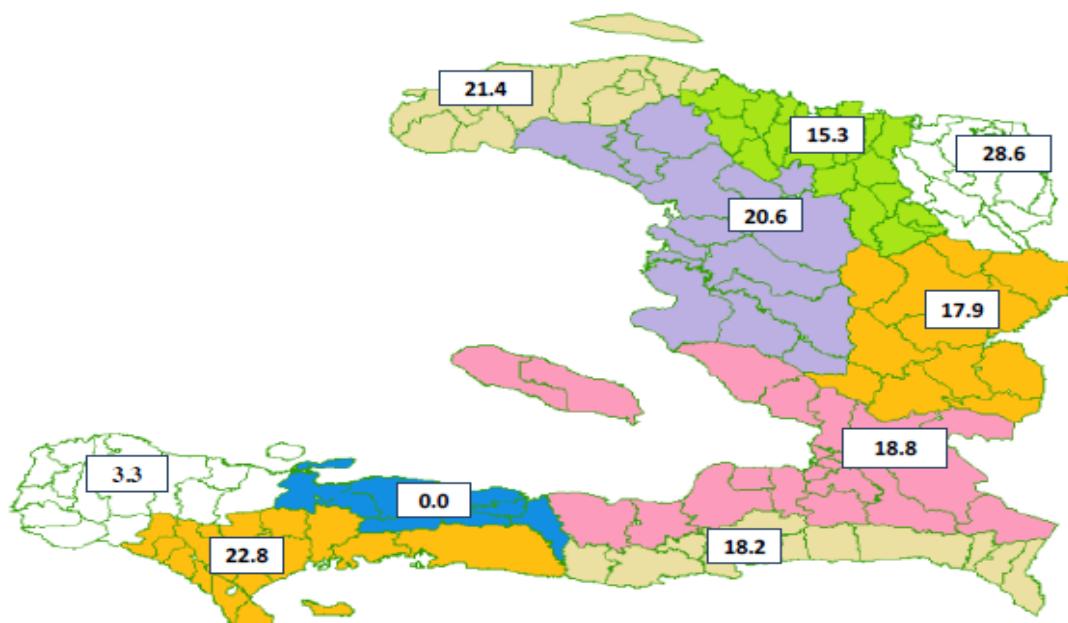


Figure 7. Prévalence du VIH chez les HARSAH par département.

- Patients atteints de la tuberculose**

La prévalence du VIH chez les patients Tuberculeux était de 20% en 2012 (Source : PNLT).

- Les populations des camps de déplacés**

Selon les résultats d'EMMUS V, la prévalence du VIH dans les populations des camps de réfugiés est de 2,0% chez les hommes et 5,7% chez les femmes.

3.2.3.3 La prévalence des autres IST

Les seules données disponibles concernent la Syphilis. Selon les résultats de l'enquête de sérosurveillance 2012, la prévalence de la Syphilis chez les femmes enceintes est estimée à 5,8% [5,15% ; 6,48%]. Elle varie suivant le site entre 2,5% à 11,0%.

3.2.4 Scénario épidémique

Le tableau 3 récapitule les données disponibles sur la prévalence du VIH dans la population générale et dans certaines sous-populations spécifiques.

Tableau 3. Prévalence du VIH dans la population générale et certaines sous-populations spécifiques.

Population	Prévalence du VIH	IC 95%	Source
Adultes de 15-49 ans (population générale)	2,2%	2,0%-2,4%	EMMUS V, 2012
Femmes enceintes	2,3%	2,1%-2,6%	Enquête sérosurveillance 2012
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	18,1%	15,6%-20,6%	Etude PSI, 2012
Travailleuses du sexe	8,4%	6,8%-10,0%	Etude PSI, 2012

La prévalence du VIH est supérieure à 1% dans la population générale et également chez les femmes enceintes; ce qui correspond à un scénario d'épidémie généralisée. L'épidémie du VIH en Haïti peut donc se développer indépendamment des sous-populations les plus à risques d'infection à VIH. Il y a une relative concentration de l'épidémie dans les sous-populations des TS et des HARSAH.

3.2.4.1 Distribution des nouvelles infections

Les dernières estimations et projections réalisées par Haïti en 2012 au cours de l'atelier régional organisé par ONUSIDA à Dakar établissent à 147.294 [IC : 131.817 ; 167.470] le nombre de PVVIH en 2013. Ces projections ont été réalisées à partir du logiciel statistique Spectrum³ et montrent une tendance à la diminution progressive du nombre de nouveaux cas en Haïti. Le nombre total de femmes en 2013 représente environ 60,0% de la population de PVVIH.

³ PNLS, ONUSIDA, Rapport 2013

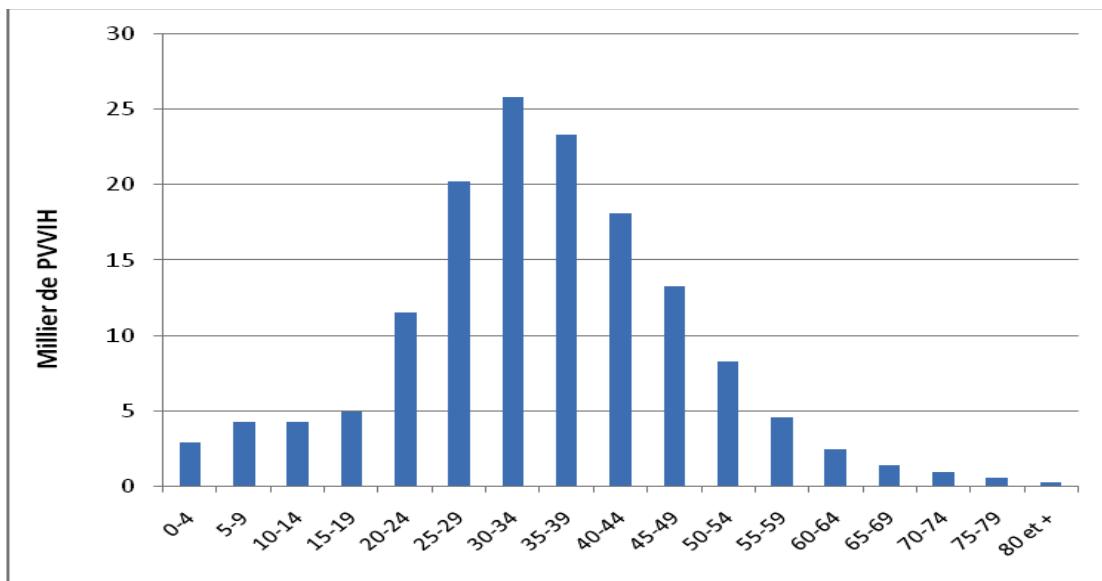


Figure 8. Répartition du nombre de PVVIH en 2013.

Le groupe de 20 à 49 ans représente le plus gros effectif avec 88.972 personnes, soit 60,6% des PVVIH. Selon les estimations de 2013, les nouvelles infections continueront à décroître en Haïti. En atteste le tableau ci-dessous.

La figure 9 ci-dessous présente la distribution attendue des nouvelles infections obtenue par groupe d'exposition (Etude des Modes de transmission, PNLS/ ONUSIDA 2014).

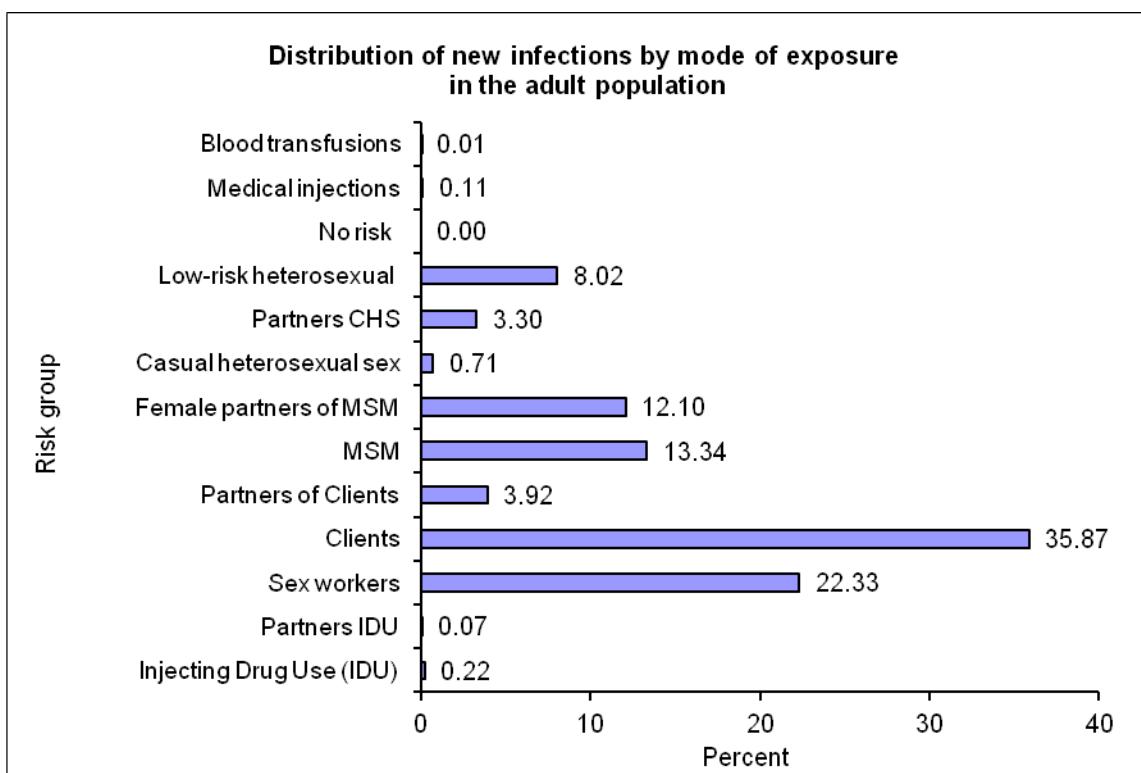


Figure 9. Distribution des nouvelles infections à VIH en Haïti par groupe d'exposition.

Selon les résultats de l'analyse des modes de transmission du VIH, les clients des TS (35,87%) sont responsables d'un nombre élevé de nouvelles infections suivis respectivement des TS (22,33%), des HARSAH (13,34%), des personnes avec comportement sexuel à faible risque (8,02%), des partenaires féminins des HARSAH (12,10%), des partenaires de personnes avec rapports hétérosexuels occasionnels (4,04%) et des partenaires des clients des TS (4,02%). Au total 83,0% des nouvelles infections proviennent des populations les plus exposées au risque VIH (HARSAH, TS) et leurs partenaires, figure 10).

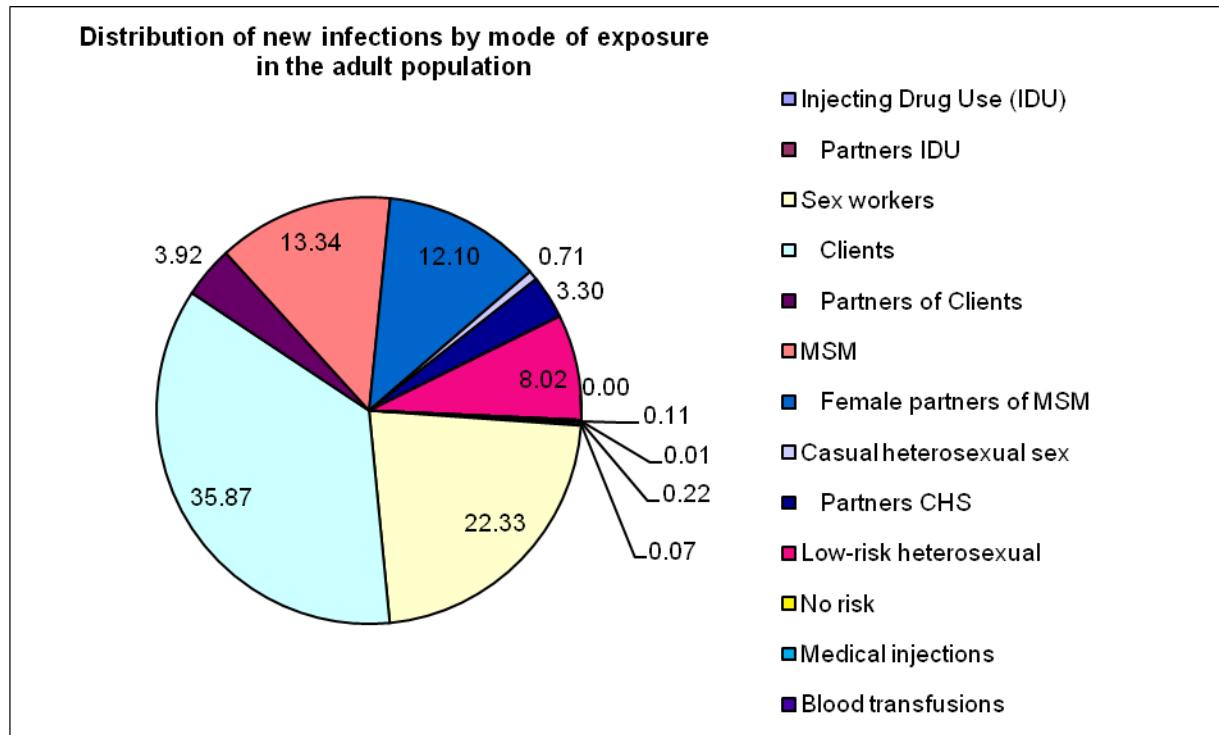


Figure 10. Répartition des nouvelles infections par regroupement de sous-populations.

3.2.4.2 Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et besoins en ARV

Le nombre des personnes vivant avec le VIH estimé en 2013, est de 146.801 dont 85.043 femmes et 61.758 hommes⁴. Le nombre d'enfant de 0 à 14 ans vivant avec le VIH était estimé en 2013 à 11.359.

Le tableau 4 ci-dessous présente l'évolution des besoins en ARV de 2013 à 2018 en prenant en compte les nouvelles directives de l'OMS adoptées également par Haïti.

Tableau 4. Evolution des besoins en ARV de 2013 à 2015.

Année	Besoins ARV		
	Adultes 15 et +		Enfants 0-14
	CD4 < 350	CD4 < 500	
2013	72.500	72.500	6.500
2014	82.500	124.000	6.000
2015	8.500	131.500	5.500

⁴Spectrum-PNLS

Source : Spectrum-PNLS 2013

3.2.4.3 Estimation des besoins en PTME

Le nombre de grossesses attendues est estimé à 4% de la population, soit 423.169 en 2013. Le nombre de femmes ayant besoin de PTME, est estimé 9.733 en 2013. Le tableau suivant présente l'évolution des besoins en PTM de 2012 à 2016.

Tableau 5. Evolution des besoins en PTME.

	2012	2013	2014	2015	2016
Grossesses attendues	416 528	423 169	429 826	436 472	449 791
Femmes VIH+	9 580	9 733	9 886	10 039	10 345

D'une manière générale, au cours de la période de 2010 à 2013 le nombre de site PTME est passé de 113 à 137⁵ et Les données de 2012 montrent que 208.058 femmes enceintes ont été testées pour le VIH.

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

En ce qui concerne la prévention de la transmission du VIH et de la Syphilis de la mère à l'enfant 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. Le nombre d'enfants testés positifs par PCR était de 1.107 en 2010 et de 3.658 en 2012.

3.2.4.5 Offre de traitement aux enfants vivant avec le VIH

L'analyse des données institutionnelles disponibles révèle que 56,4% des nouveau-nés exposés ont reçu la prophylaxie aux ARV et 24% sont diagnostiqués dans les deux premiers mois de vie. Il convient de signaler dans le cadre de la PTME que les guides de traitement ARV pédiatrique ont été mis à jour.

3.2.4.6 Enfants rendus orphelins par le VIH

Le nombre d'enfants rendus orphelins par le VIH est estimé à 100.000 [90.000 ; 120.000] en fin 2012.

3.2.4.7 Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH

Dans la population générale

- **Connaissance du VIH/SIDA :** Depuis EMMUS IV (2005-2006), on sait que la majorité des haïtiens ont entendu parler du SIDA. EMMUS V (2010-2011) rapporte que 81,0 % des

⁵ Bulletin de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida en Haïti, numéro 6

femmes et 86,0 % des hommes savent que la fidélité et l'usage du condom sont des moyens de prévention contre l'infection au VIH.

Le tableau ci-dessous présente les données sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez adultes de 15-49 ans.

Tableau 6. Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH des adultes de 15-49 ans.

Indicateurs	Femmes	Hommes
Ont déjà entendu parler du SIDA	100 %)	100 %)
Ont une connaissance complète du SIDA	37 %	(31 %)
Connaissent la PTME	46 %	44 %
Expériment les 4 attitudes de tolérance vis-à-vis des PVVIH*	12 %	23 %
Personnes ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	2%	26 %
Dont, ont utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel	43 %	47 %
Savent où aller effectuer un test du VIH	88 %	83 %
Dont, ont effectué un test et ont retiré les résultats	47 %	30%
Dont, n'ont jamais effectué de test du VIH	50 %	69 %
Age moyen de premier rapport sexuel	18 ans	16,6 ans
Violences sexuelles	13%	
Nombre moyen de partenaires au court d'une année	2	12
Femmes ayant eu une naissance au cours des 2 dernières années et qui ont déclaré avoir reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale	58 %	na
femmes ont effectué un test de dépistage du VIH durant une visite prénatale et ont reçu le résultat et des conseils après le test	53 %	na
Ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes associés au cours des 12 derniers mois	12 %	10 %

na= non applicable.

- **Utilisation du préservatif à des fins de prévention**

Le pourcentage d'utilisation des préservatifs pour les femmes de 15-24 ans est passé de 9% en 2006 à 57,7% en 2012 ; pour les hommes du même groupe d'âge, ce taux est passé de 43,8% en 2008 à 64,9% en 2012.

- Pour le groupe d'âge de 15-49 ans le pourcentage d'utilisation des préservatifs est passé de 27,7% en 2006 à 43,2% en 2012 pour les femmes ; de 41,9% en 2006 à 46,7% en 2012 pour les hommes (EMMUS IV et V).

- **Dans les sous-populations les plus à risque d'infection à VIH**

Le tableau 7 présente les données sur les pratiques chez les TS (source : Etude PSI 2012).

Tableau 7. Données sur les pratiques sexuelles des TS.

Indicateurs	Données
Nombre moyen de clients par semaine	10
TS déclarant avoir utilisé systématiquement un préservatif avec les clients	89%
Principales raisons de non-utilisation du préservatif avec les clients	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance au client ; • Pas de préservatif à portée de main ; • Refus du client.
TS déclarant avoir au moins un partenaire non-payant	33%
TS déclarant avoir utilisé un préservatif avec le dernier partenaire non-payant	76%
TS déclarant utiliser systématiquement un préservatif avec les partenaires non-payants	55%
Principales raisons de non-utilisation du préservatif avec les partenaires non-payants	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance au partenaire ; • Refus du partenaire.

Le tableau suivant présente les données sur les pratiques sexuelles chez les HARSAH :

Tableau 8 : les pratiques sexuelles chez les HARSAH.

Indicateurs	Données
Age moyen du premier rapport sexuel avec un homme HARSAH déclarant avoir un partenaire féminin	16,9 ans 47,7%
Nombre moyen de partenaires masculins au cours des 12 derniers mois 50,3%	
Rôle préféré	Actif : 54,8% Passif : 2,3% Les deux : 23,6% Autre : 0,3%
HARSAH déclarant avoir utilisé un préservatif avec le dernier partenaire masculin	72,7%
HARSAH déclarant avoir utilisé un lubrifiant avec le dernier partenaire masculin	52,4%
HARSAH déclarant utiliser un lubrifiant à base d'eau	24,8%

3.2.5 Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH/sida

3.2.5.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque se définissent comme « un aspect des comportements personnels ou du mode de vie, une exposition environnementale, ou une caractéristique innée ou acquise, dont on sait, sur la base des données épidémiologiques, qu'ils sont associés à un ou des états de santé que l'on estime important de prévenir⁶ ».

Sur la base des résultats de l'EMMUS 2012, les facteurs suivants ont été identifiés comme facteur de risque de l'infection à VIH en Haïti :

- **Précocité des rapports sexuels :** une tendance à la croissance était observée entre 1995 et 2006. On constate une légère diminution en 2012 : 9 % en 1995, 15 % en 2006, 13 % en 2012 (EMMUS II-III IV-V). La prévalence du VIH est de 2,6% chez les personnes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans contre 2,4% chez celles les ayant eu à 18 ans ou plus.
- **Multipartenariat sexuel:** EMMUS V rapporte que 10 % des femmes de 15-49 ans ont eu des rapports sexuels avec des partenaires de dix ans ou plus leur ainé. la prévalence du VIH était plus élevée chez les personnes ayant eu 2 partenaires ou plus sur la durée de vie (>2,4%) que ceux qui n'ont eu qu'un partenaire (1,8%).
- **Rapports sexuels payant :** la prévalence du VIH chez les hommes déclarant avoir eu des rapports sexuels payant au cours des 12 derniers mois était de 2,1% contre 1,8% chez ceux qui n'avaient pas eu. De plus, la prévalence du VIH chez les TS est nettement supérieure à celle de la population générale avec 45% des TS qui n'utilisent pas systématiquement de condom avec leurs partenaires réguliers et 11% avec les clients.

⁶ ONUSIDA (2007) : Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel

- **Violences sexuelles** : 13,1% de femmes ont déclaré avoir déjà été victimes de violences sexuelles.
- **Rapports anaux** : majoritairement pratiqués par les HARSAH. La prévalence du VIH dans ce groupe est de 18,1% ; 13,3% des HARSAH ont déclaré n'avoir pas utilisé un condom avec leur dernier partenaire masculin. De plus 47,7% des HARSAH ont au moins un partenaire sexuel féminin.

3.2.5.2 Eléments moteurs de l'épidémie

Le terme d'élément moteur se réfère aux facteurs structurels et sociaux, par exemple la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et les violations des droits humains, qui ne sont pas facilement mesurables mais augmentent la vulnérabilité des individus à l'infection par le VIH.

Au terme de l'analyse de la situation du VIH en Haïti, les éléments moteurs de l'épidémie suivant ont été identifiés :

- **La Pauvreté** : 78% de la population vit sous le seuil de pauvreté absolue et 56% dans une pauvreté extrême.
- **Le faible niveau d'instruction** : Selon EMMUS V, la proportion de la population sans instruction est de 14,7% chez les femmes et 13,0% chez les hommes.
- **Certaines pratiques culturelles** : certaines pratiques vodouisantes favorisent l'exposition au risque d'infection à VIH.
- **Les relations sexuelles intergénérationnelles** : en raison de la pauvreté, les jeunes filles ont des rapports sexuels avec des hommes beaucoup plus âgés.
- **Les inégalités liées au genre** : marquées par une tendance à la tolérance du multipartenariat de l'homme. Selon les résultats d'EMMUS V, le nombre moyen de partenaires sexuels au cours de la vie est beaucoup plus élevé chez les hommes (12,2) que chez les femmes (2,2). Les hommes utilisent moins les services VIH que les femmes. Selon les résultats d'EMMUS V, 21% de femmes contre 13% ont reçu le résultat de test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, 50% de femmes et 69% d'hommes n'ont jamais fait de test de dépistage.

3.5.2.3 Facteurs favorisant l'évolution vers le sida

Les facteurs suivants ont été identifiés comme associés à l'évolution de l'infection VIH vers le stade de sida :

- La faible couverture nationale des services de dépistage de l'infection à VIH ; De 2006 à 2012, 47,0% des femmes et 30,0% des hommes ont effectué un test de dépistage volontaire à un moment quelconque de leur vie (EMMUS V). 13,0% des femmes ont effectué un test de dépistage et ont reçu le résultat dans les douze mois ayant précédé l'enquête (EMMUS V 2011-2012). 47,0% des femmes enceintes ont effectué un test de dépistage et ont reçu le résultat en 2012.

- La stigmatisation et la discrimination à l’égard des personnes vivant avec le VIH;
- Les croyances attribuant la maladie à un mauvais sort;
- L’insuffisance de l’offre de services de prise en charge des PVVIH;
- La faible intégration des services de lutte contre la Tuberculose et le VIH dans les formations sanitaires.

3.5.2.4 Populations les plus à risques et les plus vulnérables

Au terme de l’analyse de la situation du VIH en Haïti, les sous-populations suivantes ont été identifiées comme les plus à risque et les plus vulnérables à l’infection à VIH :

- **Les HARSAH :** l’ONUSIDA a commandité une étude d’estimation de taille pour les populations clés dont les HARSAH. Cette étude a établi à près de 70.000 le nombre de HARSAH dans le pays. Les HARSAH sont concentrés en plus grand nombre dans les départements de l’Artibonite, de l’Ouest, du Nord, Nord-Ouest et du Sud-Est.
- **Les partenaires féminins des HARSAH:** selon les résultats de l’étude de PSI 2012, 47,7% des HARSAH ont au moins un partenaire féminin. En conséquence, la taille estimée des partenaires féminins des HARSAH est de 33.390.
- **Les TS :** Selon une évaluation réalisée par l’ONG FOSREF, la taille des TS a été estimée à 60.000 dans les 5 départements où œuvre cette organisation. Cependant l’étude de l’ONUSIDA montre une taille de TS de 176.198 TS dans tout le pays. La figure suivante présente la répartition des points de concentration des TS dans le pays.



Figure 11. Cartographie des zones de concentration des TS en Haïti.

- **Les Clients et les partenaires non-payants des TS :** la proportion des TS ayant un partenaire non-payant a été de 37,3% selon l'étude PSI 2012. On estime ainsi la taille des partenaires non-payants à 22.380. La taille estimée des clients est de 250.000.
- **Les prisonniers :** Il existe dans chaque Chef-lieu des 12 régions au moins un établissement pénitentiaire. Le nombre de prisonniers recensés dans ces établissements en 2013 était de 9.921.
- **Les jeunes de 15-24 scolarisés et non scolarisées :** les jeunes de 15-24 ans représentent 29,5% de la population, soit 3.071.897 dont 549.870 n'ont jamais été scolarisés (soit 17,9%). 2.522.028 ont été complètement ou déscolarisés (soit 82,1%).
- **Les hommes et femmes veufs/ veuves, divorcés ou séparés :** cette population représente 8,4% de la population des 15-49 ans (qui elle-même représente 74% de la population générale), soit 648 780.
- **Les hommes et femmes en uniformes :** il s'agit de policiers qui sont parfois affectés en dehors de leur lieu de résidence principale et se retrouvent en situation de célibat géographique. La taille de cette population est de 10.000 policiers.
- **Populations mobiles :** il s'agit notamment des camionneurs, Madan Sara (commerçantes itinérantes), les migrants (travailleurs qui vont travailler dans la République dominicaine et qui reviennent en Haïti). La taille de cette population n'est pas connue.

- **Les populations des camps de déplacés :** 18 camps de déplacés étaient encore en place avec une population de plus de 400.000 habitants. Ces populations vivent dans la promiscuité, avec des pratiques sexuelles exposant au risque VIH.
- **Les travailleurs du secteur privé formel et informel :** Il s'agit des travailleurs de grandes entreprises du secteur manufacturier en particulier (plus de 15.000) et de ceux travaillant dans le secteur informel.

Analyse de la Riposte

4. Analyse de la Riposte Nationale au VIH/sida

4.1 Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 – 2012 réaménagé avec extension à 2015

Le PSNM 2008-2012 réaménagé avec extension jusqu'à 2015 s'inscrivait dans la perspective d'une réduction significative de l'incidence de l'infection au VIH/SIDA et des IST et d'amélioration de la qualité de la vie des personnes infectées et affectées par la maladie du SIDA. Ce plan devrait, par ailleurs, permettre d'améliorer les conditions socio-économiques et celles liées au genre qui entretiennent la vulnérabilité des jeunes et des femmes en Haïti, ceci sous la supervision du chef de gouvernement et avec l'implication de tous les secteurs étatiques et de la société civile concernés.

6 axes stratégiques avaient été retenus :

1. La réduction des risques
2. La réduction de la vulnérabilité
3. La réduction de l'impact
4. La promotion et de défense des droits humains
5. La construction de la pérennité
6. La surveillance de l'épidémie, le suivi et l'évaluation de la Riposte

Autour de ces axes s'articulaient 22 objectifs :

1. Réduction des risques

- Habiliter les hommes et les femmes sexuellement actifs à gérer leur risque personnel d'attraper le sida, moyennant l'identification et les ciblages des catégories sociodémographiques les plus à risques et les plus vulnérables.
- Bâtir l'accès universel à des services intégrés de qualité d'assistance conseil et de dépistage volontaire moyennant le renforcement du dispositif sanitaire.

- Bâtir l'accès à des services de circoncision masculine médicalisée volontaire moyennant le renforcement du dispositif sanitaire.
- Bâtir l'accès universel à des services intégrés de qualité de PTME moyennant le renforcement du dispositif sanitaire.
- Bâtir l'accès universel aux préservatifs moyennant le renforcement des acquis et l'adoption d'approches innovatrices.
- Généraliser les mesures de protection et de prévention pour éviter les contaminations au VIH résultant de l'exposition au sang contamine et du viol.
- Consolider les acquis en matière de disponibilité de sang sûr.
- Bâtir l'accès universel aux services de prise en charge des femmes violées moyennant le renforcement du dispositif sanitaire.
- Organiser la promotion systématique des services de prévention et des initiatives pour la réduction de la vulnérabilité.

2. Réduction de la vulnérabilité

- Améliorer les conditions socio-économiques et celles liées à l'inégalité de genre qui entretiennent la vulnérabilité des jeunes filles et des femmes à l'infection au VIH.
- Renforcer la gouvernance du volet programmatique de réduction des risques et de la vulnérabilité moyennant le renforcement de la gouvernance globale du Programme.

3. Réduction de l'impact

- Bâtir l'accès universel aux services institutionnels de prise en charge médicale et psychosocial moyennant le renforcement du dispositif sanitaire.
- Améliorer les conditions liées à l'environnement socio-économique, communautaire et à la stigmatisation qui interfèrent avec aussi bien au dépistage volontaires de la population et à l'adhérence des malades aux traitements.
- Transformer les besoins non satisfaits en matière de prise en charge médicale et psychosociale de PVVIH en demande de services.
- Prévenir les effets à court, moyen et long terme résultant de la perte des parents, sur les jeunes de moins de 16 ans.
- Réduire l'impact économique du sida sur les individus infectés et les familles affectées.
- Renforcer la gouvernance de ce volet programmatique moyennant le renforcement de la gouvernance globale.

4. Promotion et de défense des droits humains

- 5. Compléter l'arsenal juridique du pays en matière de lutte contre le sida et de protection des droits de la personne. Faciliter l'application des mesures légales adoptées.**

6. Construction de la pérennité

- Constituer un Fond national pour le sida et mettre en place les mécanismes et structure pour une gestion efficace et efficiente.

- Transformer l'engagement et la volonté politique de principe en cours actuellement en une volonté politique agissante et efficace.
- Développer des compétences et capacités institutionnelles pour une appropriation et une bonne gestion des acquis.

7. Surveillance de l'épidémie, suivi de la Riposte et évaluation

- Renforcer et unifier le cadre national de surveillance, de suivi et d'évaluation.

En 2013 une évaluation des dix (10) objectifs de la «Déclaration Politique sur le SIDA» commanditée par ONUSIDA a été réalisée. Le rapport a été présenté en juillet 2013. Voici globalement les résultats :

- Des dix objectifs, 9 sont identifiés par le programme national comme des priorités.
- 8 sont adressés dans le plan stratégique national multisectoriel.
- Des progrès considérables sont observés dans tous les domaines programmatiques d'interventions.
- Néanmoins, des efforts restent à faire pour atteindre l'objectif de réduction de 50 % de la transmission sexuelle du VIH d'ici à 2015.

4.2 Analyse de la riposte

4.2.1 Analyse de l'axe de réduction des risques / Prévention

4.2.1.1 Renforcement et extension des services de CCC/MC

La Communication reste un pilier dans la lutte contre le sida. Cependant, malgré les efforts déployés au cours de ces 3 dernières années les défis sont de taille. Les différents programmes de prévention méritent d'être mieux articulés. 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. 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 ceux qui sont scolarisés, aux femmes particulièrement aux femmes enceintes, aux leaders communautaires. Il est important de se rappeler qu'à partir de 2009 le financement alloué à la prévention se minimise au profit des soins et traitements ARV.

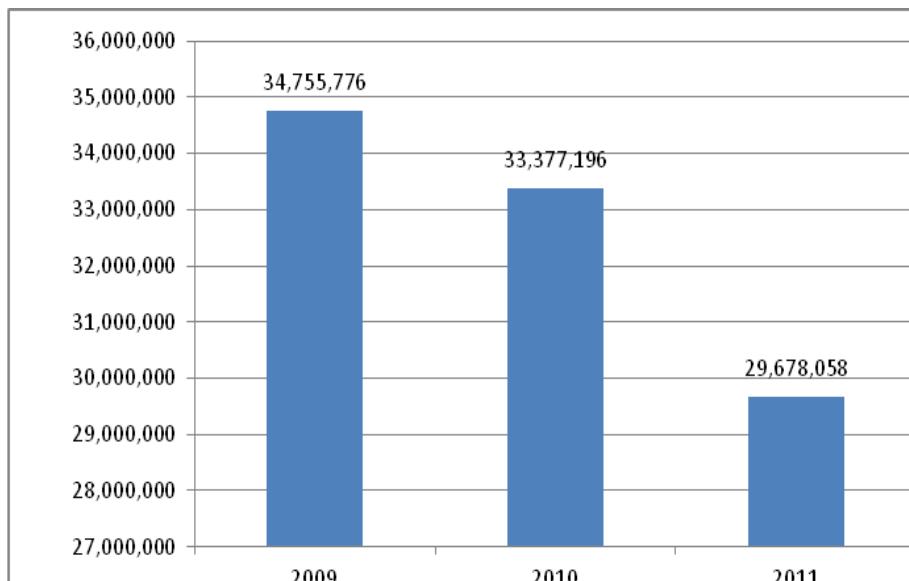


Figure 12. Évolution des dépenses du PNLS en matière de prévention

En 2013, l'élaboration du Plan Stratégique National de Communication pour la Prévention du VIH/sida financé par le Fonds Mondial, mis en œuvre en grande partie avec l'appui du Fonds Mondial et du Projet USAID/EVIH-T a permis la réalisation des activités de CCC/MC de façon continue qui se sont multipliées surtout autour de la journée mondiale du sida 2013. Une emphase a été mise au niveau communautaire à travers des dialogues avec la participation des organisations de base.

Il faut signaler que parmi les principaux acteurs impliqués dans la prévention il n'y a que PSI avec le financement PEPFAR qui a réalisé des activités dans le cadre de PREVSIDA qui doivent se terminer vers la fin de cette année. Des sessions de formation en CIPC sont réalisées à l'intention des prestataires à partir d'un curriculum formation actualisé avec le support financier du Projet EVIH-T et l'appui technique de l'INHSAC.

L'importance de la Communication en support aux différents volets du programme de lutte contre le sida est reconnue par tous les décideurs et tous les intervenants. Toutefois, les résultats attendus se font encore attendre. Il faut reconnaître que, trop souvent, les interventions ne sont pas menées dans le respect d'orientations stratégiques basées sur des évidences scientifiques. Ainsi, les actions sur le terrain doivent bénéficier d'un encadrement rapproché des DSD et de la supervision des institutions ombrelles de réseaux de partenaires. 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.

Prévention chez les jeunes. Les programmes pour les jeunes sont parmi les programmes ayant eu la plus importante réduction de financement durant ces dernières années. Les programmes de prévention du VIH pour les jeunes sont jusqu'à présent tout à fait sous-financés.

Certains départements ont une importante réduction des programmes et interventions de prévention pour les Jeunes : Nord Est, Grande Anse, Sud Est, Nord-Ouest, l'Artibonite, et une grande partie du Département de l'Ouest.

Cependant, il a été constaté un ralentissement des efforts dans les milieux scolaires. En effet, le pourcentage d'écoles incorporées dans les activités d'éducation sexuelle des jeunes est passé de 70,0 - 80,0% à 12,5%. L'effort de prévention dans ce milieu est davantage lié à la disponibilité de fonds externes qu'à une réelle volonté de mettre l'emphase sur l'éducation sexuelle des jeunes scolarisés en tant qu'élément de stratégie pour faire face à la problématique du sida chez les jeunes d'Haïti. Bien qu'il soit difficile d'atteindre les jeunes non scolarisés, des expériences menées par différents projets ciblant ce groupe montrent qu'il est possible de travailler avec des jeunes non scolarisés et d'obtenir des résultats.

4.2.1.2 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, car 92% des établissements offrent des préservatifs. Le réseau commercial ne couvre pas encore l'ensemble du pays.

En dépit du fait qu'une stratégie de marketing social ait été mise en place pour le préservatif féminin, son degré de pénétration et d'utilisation a été très faible au sein de la population féminine. Néanmoins, on constate que :

- L'utilisation du préservatif à des fins de prévention pour les femmes de 15-24 ans est passée de 2% en 2006 à 57,7% en 2012 ; pour les hommes du même groupe d'âge, ce taux est passé de 43,8% en 2008 à 64,9% en 2012.
- Pour le groupe d'âge de 15-49 ans le % d'utilisation des préservatifs est passé de 27,7% en 2006 à 43,2% en 2012 pour les femmes; de 41,9% en 2006 à 46,7% en 2012 pour les hommes (EMMUS IV et V).
- Dans la même perspective, la disponibilité insuffisante voir l'absence de lubrifiants à base d'eau au niveau des institutions de prestations de soins et de la communauté représente une vraie problématique soulignée par les HARSAH qui sont obligés de recourir à des alternatives moins satisfaisantes et plus risquées par rapport à la transmission du VIH.

4.2.1.3 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 desservis par un CDV. Les zones rurales avec 59,2% de la population ne bénéficient que 13,5% des CDV.

Tableau 9. 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). Ce faible taux serait dû aux problèmes suivants:

- La persistance de la stigmatisation,
- le nombre limité de sites CDV,
- L'accessibilité limitée aux sites CDV,
- Faible implication communautaire : les activités de conseils sont en majeure partie médicalisée.

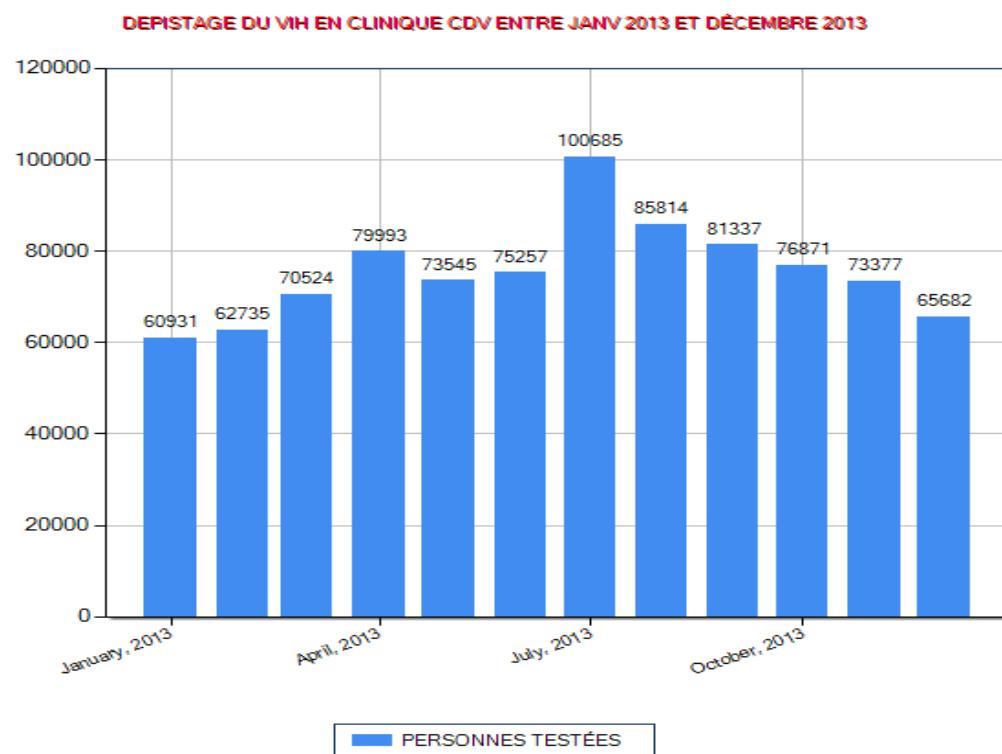


Figure 13. Dépistage du VIH janvier-décembre 2013.

4.2.1.4 Extension et intégration des services de PTME

L'effort de déploiement de sites de PTME a été appréciable au cours de la période de 2010–2012, augmentant de 113 sites en 2008 à 137 sites en 2013 (Bulletin 6 de surveillance épidémiologique de 2013). Les données de 2012 montrent que 208.058 femmes enceintes ont été testées pour le VIH avec 3.844 diagnostiquées séropositives pour le VIH (1,85%). En 2013, le MSPP en collaboration avec la NASTAD et CDC-Haïti a mis en œuvre le projet de «

Surveillance active de la femme enceinte séropositive » qui est actuellement à sa phase d'extension au niveau des 2/3 des sites de PTME.

Des progrès sensibles ont été observés en matière de PTME pendant la période :

• **Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH**

- La prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a augmenté entre 2005–2006 et 2012 passant de 25% à 31 % (EMMUS V).
- Parmi les femmes de 15 à 49 ans en union, 35 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (EMMUS V).

Deux grandes actions témoignent de la volonté politique d'améliorer la couverture PF : la publication d'un décret présidentiel faisant exigence à toute institution sanitaire de fournir les services PF aux clientes ou de les orienter et le lancement d'une campagne nationale de planification familiale. En dépit de cette volonté politique, de grands défis demeurent tels, l'offre de la gamme complète des méthodes, incluant les méthodes de longue durée et définitives, la disponibilité des intrants, l'intégration de la PF.

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

En Haïti, des progrès sensibles sont observés en termes d'indicateurs PTME et dans les domaines programmatiques à savoir :

- La prévalence des femmes enceintes séropositives pour le VIH est passée de 6% en 1996 à 2,3% en 2013.
- Selon les données MESI, le nombre de site PTME est passé de 33 en 2004 à 137 en 2013.
- Le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'une première visite prénatale était de 15.517 en 2010, et de 219.827 en 2012 ; celles qui sont dépistées pour le VIH était de 3.231 en 2010 et de 6.658 en 2012 ; le pourcentage de femmes enceintes VIH+ à qui l'on a administré des antirétroviraux pour la PTME était de 8,6% en 2010 et de 72,2% en 2012 (UNGASS Mars 2012).

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.

Depuis 2009, la PTME est actuellement intégrée dans la DSF qui a développé avec les partenaires un plan stratégique national PTME 2009-2015. Une analyse des goulots d'étranglement a été entreprise afin de définir les interventions devant permettre d'atteindre les objectifs escomptés.

En dépit de ces avancées, de grands défis demeurent :

- L'augmentation du nombre des accouchements assistés par un personnel qualifié qui est actuellement de 37,5% (EMMUS V);
- L'augmentation du pourcentage des femmes enceintes ayant effectué 4 visites prénatales, actuellement à 67%;
- Le renforcement du système de suivi et évaluation;
- Le renforcement des compétences et la rétention du personnel qualifié;

- L'augmentation et l'intégration des services de PTME.

- **I offre de traitement aux enfants vivant avec le VIH**

Selon les données institutionnelles disponibles, 56,4% des nouveau-nés exposés ont reçu la prophylaxie 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.

4.2.1.5 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.

4.2.1.6 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.

4.2.1.7 Prévention Post Exposition

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. Cependant cette prise en charge souffre de certains gaps :

- Le manque de disponibilité des kits de prise en charge
- La non structuration du système de référence et contre référence en cas d'exposition
- Les boîtes de biosécurité ne sont pas toujours disponibles dans les structures sanitaires

4.2.1.8 Prévention chez les groupes clés

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.

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 dernières trois années.

Les travailleurs de sexe : FOSREF est l'une des rares organisations qui mènent des activités de prévention couvrant cette population avec le financement du Fonds Mondial, principalement dans les départements de l'Ouest, de l'Artibonite, du Nord et du Nord Est. Il s'agit principalement des activités de sensibilisation et de distribution des préservatifs à travers les activités de stratégies avancées et dans les centres spécifiques. Ces activités ont contribué à atteindre près de 4.258 travailleurs de sexe pour la période juillet à décembre en 2013. Les interventions dans ce groupe font face cependant à de nombreuses contraintes dont l'absence des données chiffrées sur la taille de ces populations.

A ce jour aucune étude scientifique n'a encore été réalisée pour déterminer la taille de ces populations et leur répartition sur l'ensemble du Pays. Cependant, PSI s'est proposé de réaliser à partir de Mai 2014, avec le soutien financier de USAID et du PNUD/Fonds mondial, une étude comportementale avec l'estimation des tailles des TS.

Les Lesbiennes Gay, Bisexuels et Transsexuels (LGBT) : La FOSREF, Housing works et SEROVIE sont les principales organisations impliquées dans les activités de prévention en direction des LGBT. Ces activités sont pour le moment concentrées dans cinq départements du Pays à savoir l'Ouest, l'Artibonite, le Nord, le Sud-est et le Sud-ouest ; qui sont des départements où les activités économiques seraient plus concentrées. Les activités couvertes restent essentiellement la sensibilisation et la distribution des préservatifs. Au cours de l'année 2013, ces programmes ont permis d'atteindre plus de 50.000 contacts avec les HARSAH. Ces programmes ont aussi permis également à ce jour de former 280 pairs éducateurs. Il est à noter qu'un pair éducateur serait en contact avec environ 150 HARSAH. Les interventions dans ce groupe font face cependant à de nombreuses contraintes dont :

- La stigmatisation contre ce groupe de population,
- L'absence des données chiffrées sur la taille de ces populations,
- Le manque de lubrifiants.

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. Ce projet implique directement la DAP, la Health through Walls (HTW), la GHESKIO, ainsi que le CICR.

La mortalité liée à la TB et/ou VIH a diminué significativement dans cette prison entre le démarrage de ce Projet Santé Pilote et la période actuelle. Le Projet Santé Pilote est en cours d'extension dans les prisons de province en particulier, à la prison du Cap et à la prison des Cayes, afin d'assurer le dépistage et le traitement de la TB, du VIH et des autres maladies transmissibles.

Les données en termes de ressources humaines pour les dispensaires de ces quatre prisons sont les suivantes :

- Grâce à l'extension par HTW de leur projet santé au Cap et aux Cayes, le personnel de santé présent sera probablement en nombre suffisant pour permettre une prise en charge adéquate de la TB et du VIH.
- Actuellement, les ressources humaines en personnel de santé DAP à Port-de-Paix et Fort-Liberté ne sont pas suffisantes,
- Un élément supplémentaire à prendre en compte : la sous-direction médicale de l'Administration Pénitentiaire dispose au niveau central de ressources humaines insuffisantes (le sous-directeur médical, plus deux secrétaires). Il est essentiel que le niveau central soit renforcé afin de permettre un meilleur suivi des problèmes de santé carcérale et tout particulièrement de la TB et du VIH

4.2.1.9 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 de services.

4.2.2 Analyse de l'axe de réduction de la vulnérabilité

4.2.2.1 Amélioration des conditions socio économiques et celles liées au genre

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.

4.2.3 Analyse de l'axe de réduction de l'impact

4.2.3.1 Prise en charge traitement aux ARV et des IST

• Le Traitement Antirétroviral

Au 30 septembre 2013, le nombre d'actifs sous TAR est de 52.163 patients (www.mesi.ht). Si on retient un taux de CD4 ≤ 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.

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.

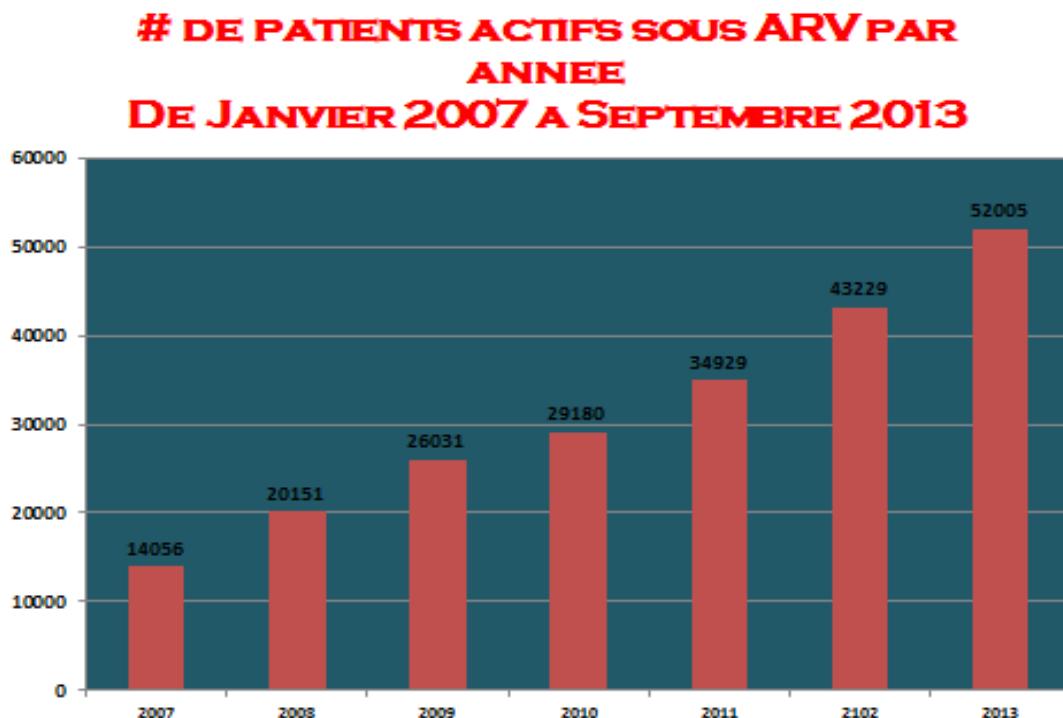


Figure 14. Evolution des patients actifs sous TAR de 2007 à 2013.

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. L'utilisation des Dossiers Electroniques Médicaux (EMR) a facilité le suivi de la prise en charge clinique et thérapeutique des patients et aussi les analyses de cohorte. Actuellement, la Coordination Technique du PNLS a révisé tous ses manuels de normes de prise en charge pédiatrique, adulte et adolescents vivant avec le VIH et la PTME pour les aligner aux recommandations actuelles de l'OMS.

Les rapports HIVQual 2012-2013 provenant de la base de données des 3 EMR existant dans le pays montrent que 100% des patients sont placés sous prophylaxie au cotrimoxazole.

Cependant, les décès et les perdus de vues dans le suivi des patients tout au cours de la cascade de soins constitue une contrainte majeure.

Le total des patients co-infectés pour la période de janvier à septembre 2013 est de 3.893. Des 3.893 patients, 2.575 sont des patients PVVIH diagnostiqués TB+, ce qui représente 66,1% et les patients TB testés VIH+ sont de 1.318, soit 33,9%. La proportion de nouveaux patients diagnostiqués TB qui sont sous traitement est de 77,15%. Donc, il y a un gap à combler car cette proportion devrait être totale soit à 100%. En conséquence, la proportion de co-infectés (patients VIH diagnostiqués TB+ et patients TB diagnostiqués VIH+) est de 27% pour la période janvier à septembre 2013.

Selon, le reportage des données sur MESI, sur 263 sites (238 CDT-35 CT) 185 sites offrent des services de dépistage du VIH.

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 épidémiologique VIH/sida en Haïti # 6, 2013).

- **La Prise en charge des IST**

Toutes les formations sanitaires intègrent la prise en charge des IST dans leurs prestations de soin 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.

Pour la syphilis au cours de l'année 2013 au niveau des sites de prestations offrant des services de VIH le pourcentage de positivité au niveau de la population est de 4,90% sur un total de 814.785 tests réalisés et de 39.941 de tests positifs (MESI).

Selon le dernier rapport EMMUS V, 12% des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, parmi les enquêtées qui n'ont pas déclaré avoir eu une IST, 25% ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et 4% un ulcère génital. Globalement, 27% des femmes sont considérées comme ayant eu une IST et/ou un ou des symptômes révélateurs d'IST.

Chez les hommes, 4% ont déclaré avoir eu une IST, 7% un écoulement du pénis, 3% une plaie ou ulcère génital. Globalement, dans 10% des cas, les hommes ont eu une IST et/ou un des symptômes qui peuvent révéler la présence d'une IST.

Le tableau ci dessous montre le taux de syphilis et d'hépatite au sein de la population des donneurs en 2012.

Tableau 10. Dons de sang réactifs pour un marqueur ITT en 2012. Haïti, PNST. Février 2013.

TTI marqueur	Nombre dépisté	Réactif Initial n (%)	Répétition Réactif n (%)	du
VIH I & II	25608	0.9%		
Hépatite B	25608	3.49%		
Hépatite C	25608	0.42%		
Syphilis	25608	2%		
HTLV I & II	25608	0.66%		

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

4.2.3.2 Soutien psychosocial aux personnes infectées

Il n'existe pas de manuel de normes d'appui psychosocial; 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 intégré depuis plusieurs années 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.

4.2.3.3 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.

50% des enfants de 5-14 ans travaillent ; cette proportion atteint 64% dans Nord-Est et le Centre. Selon la définition de l'UNICEF, adaptée au contexte d'Haïti, 8% des enfants de 2-14 ans auraient subi seulement des « sanctions non violentes », 5% n'aurait subi que des « agressions psychologiques » et 81% auraient été l'objet d'une forme quelconque de châtiment corporel, dont 16% sous une forme très violente.

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 à l'hébergement dans une famille d'accueil.

4.2.3.4 Intégration TB/VIH

L'intégration des services TB et VIH reste encore un défi en Haïti. Le taux de patients TB séropositifs est de l'ordre de 20% en Haïti. Les deux programmes 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. L'implémentation de la stratégie des 3 L recommandé par l'OMS n'est pas totale à savoir :

- La prévention à l'INH pour tous les patients VIH. Les patients VIH reçoivent systématiquement une prophylaxie à l'INH dans le cadre du protocole de prise en charge en Haïti.
- L'Intensification de la détection des cas de TB. Il existe un système de référence des cas de TB des centres ARV vers les CDT.
- Le Contrôle de l'Infection TB dans les structures sanitaires. La prise en charge des patients TB est assurée au sein des centres de prestations de services au travers d'un système de référence entre les CDT et les Centres ARV.

4.2.3.5 Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

L’absence d’un cadre légal complet pour la protection des personnes infectées et des familles affectées ne favorise pas le développement de ce volet programmatique. Un avant projet de loi a été élaboré. Aucune étude de « l’index stigma » pour voir le degré de stigmatisation n’a encore été fait en Haïti. Bien qu’il n’existe pas de preuves formelles de l’existence de discrimination systématique à l’encontre de PVVIH en milieu du travail, des témoignages concordants font état de pratiques discriminatoires au niveau des sous-secteurs formels et informels du travail.

- La discrimination, la stigmatisation ou la marginalisation de groupes particulièrement touchés ou vulnérables au VIH peuvent considérablement diminuer l’impact des programmes de lutte contre le virus. Elles peuvent bloquer l’accès aux programmes de prévention et de traitement contre le VIH, contribuant ainsi à la transmission du virus et à un renforcement de son impact sur les individus.
- Selon le rapport préliminaire d’évaluation sur l’intégration des droits humains dans le dernier PSN, il souligne une faiblesse et une application mitigée du cadre légal de protection des familles, des jeunes, des femmes, une absence d’un cadre légal de protection des personnes infectées et des familles affectées par le VIH et une mauvaise application des dispositifs existant de protection de minorités sexuelles, HARSAH, TS.
- Dans le plan stratégique 2008-2012 La promotion des droits humains est mentionnée comme axe stratégique à considérer dans la réponse. Cependant, comme le souligne le plan réaménagé avec extension à 2015, peu de ressources ont été budgétisées pour les droits humains. Les ressources prévues n’ont pas été engagées⁷.

4.2.4 Promotion et 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.

Néanmoins il convient de signaler que :

- Haïti a signé la convention des droits de l’homme. La constitution haïtienne de 1987 amendée reconnaît et promeut le principe d’égalité de droits entre les hommes et les femmes.
- Il existe des institutions qui s’occupent des droits des enfants (IBERS) et protègent les droits des citoyens (Office de Protection des citoyens).
- Il existe également un projet de loi sur le VIH/sida qui cependant inclut un dispositif de pénalisation de la contamination volontaire contesté par les principales organisations de PVVIH.

⁷ PSNM réaménagé avec extension sur 2015, p 23

Par ailleurs force est de constater, la persistance de stigmatisation et de discrimination à l'endroit des PVVIH et des minorités sexuelles (LGBTI et TS) parfois à l'intérieur même des structures de prestations de services médicaux ou juridiques (tribunaux, commissariat de police etc.). il existe une très mauvaise application des dispositifs existant de protection de minorités sexuelles, HARSAH, TS LGBTI au sein du système. Ceci est associé à une faiblesse et une application mitigée du cadre légal de protection des familles, des jeunes, des femmes même dans les cas de viol alors qu'il existe des lois pénales sur le viol.

La situation par rapport aux objectifs du PSNM 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015 du point de vue des droits humains n'a pas vraiment changé et aucune action précise de promotion de la défense des droits des PVVIH et d'amélioration du cadre légal n'a été réellement mise en œuvre.

4.2.5 Construction de la pérennité

Trois objectifs étaient recherchés au niveau de cet axe :

- **Constituer un Fond national pour le sida et mettre en place les mécanismes et structure pour une gestion efficace et efficiente.** Le financement de la lutte contre le sida est encore en attente de la mise en place d'une ligne budgétaire spécifique au niveau du trésor public de l'Etat destiné à supporter les activités du plan stratégique national. Des actions de plaidoyer en ce sens ont été menées mais les changements souhaités ne sont pas encore matérialisés dans le budget et les lois de finances y relatifs. En outre, des plaidoyers sont faits depuis quelque temps pour réaliser une mutualisation des fonds des programmes au travers du processus de mise en place d'une approche de contractualisation. En ce sens des actions concrètes ont été déjà prises, en particulier la constitution d'une entité sur la contractualisation au sein du MSPP.
- **Transformer l'engagement et la volonté politique de principe en cours actuellement en une volonté politique agissante et efficace.** La volonté politique en faveur de la lutte contre le sida est présente au sein du gouvernement. Le MSPP assume le pilotage de la riposte nationale face au VIH. Le gouvernement de la République à travers la PNS et le plan directeur du MSPP définit clairement les rôles et les responsabilités des ministères sectoriels dans le cadre de la mise en œuvre de cette PNS.

Le MSPP est l'Autorité Sanitaire Nationale; en tant que tel, il s'est engagé dans une réforme afin de mieux accomplir le mandat qui lui est confié par le gouvernement de la République se référant à la constitution du pays et les lois de la république. Ainsi, le Ministère s'est doté d'une nouvelle loi organique qui propose une restructuration et une meilleure articulation de différentes entités en son sein et du système de soins avec des missions et des attributions clairement définies.

La Coordination Technique du PNLS, sur le plan opérationnel, est l'entité du MSPP appelée à assurer la direction programmatique et technique du PSNM en collaboration avec d'autres entités centrales du MSPP dans des domaines spécifiques de planification stratégique, de prévention et de prise en charge.

Conscient du jeu des acteurs, Le MSPP renforcera la Coordination Technique du PNLS lui permettant de mieux jouer son rôle de conducteur au quotidien de ce plan stratégique multisectoriel.

- **Développer des compétences et capacités institutionnelles pour une appropriation et une bonne gestion des acquis.** Diverses activités de formation des ressources humaines, de développement des réseaux de diagnostics du VIH/SIDA ont été réalisées au cours de la période ainsi que des soutiens opérationnels à la formation des cadres de gestion intermédiaire dont certaines formations à l'étranger. Des compétences additionnelles ont été recrutées au sein de la structure de coordination technique du programme au niveau du MSPP particulièrement dans le domaine du suivi et de l'évaluation.

4.2.6 Surveillance de l'épidémie suivi et évaluation de la riposte

Le principal objectif de cet axe est de renforcer et unifier le cadre national de surveillance, de suivi et d'évaluation qui n'a pas été atteint avec satisfaction en dépit des initiatives en cours de révision et d'unification du système d'information sanitaire mené par l'UEP au sein du MSPP. Un plan de Suivi et Evaluation du PNLS a été élaboré avec assez peu d'éléments mis en œuvre. Il faut signaler la publication bimestrielle d'un bulletin de surveillance épidémiologique sur le VIH/sida par la CT du PNLS appuyé par l'UGP/MSPP/PEPFAR et NASTAD. Ceci constitue une vraie avancée en matière de production et diffusion de l'information sanitaire.

▪ Conclusion de l'analyse des contextes

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.

Ces facteurs ont été, pour l'essentiel, pris en compte dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 révisé avec extension à 2018. Les nouvelles directives de la « Politique Nationale de Santé Publique » et du « Plan Directeur de Santé » ont également orienté la rédaction de ce plan sur différents aspects en rapport avec la gouvernance et le renforcement global du système de santé.

Plan Stratégique Multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

5. Portée du document

Ce Document est un Cadre Stratégique général conçu pour orienter la réponse haïtienne au VIH/sida, à travers toutes les composantes étatiques et des secteurs de la société civile. Il constitue une matrice à laquelle tous les acteurs devront se référer pour leurs activités en matière de lutte contre le sida. Au travers de ce plan, l'Etat haïtien réaffirme sa vision que seule la mobilisation de tous les secteurs est à même de permettre un contrôle de l'épidémie du sida en Haïti. Ce document est également un élément de communication envers les différentes parties prenantes, de coordination et d'orientation des interventions de façon à maximiser leur efficacité et leur efficience dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida dans le pays.

- Il s'inscrit dans la perspective des trois principes édictés par l'ONUSIDA dans le cadre de la riposte des pays au VIH/SIDA à savoir :
 - Un cadre unique d'action contre le sida, servant de référentiel pour la coordination des activités de tous les partenaires;
 - une instance nationale unique de coordination de la lutte multisectorielle contre le sida;
 - un système unifié de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

6. Vision

En 2018, les nouveaux cas et les décès liés à l'infection à VIH et aux IST seront réduits de manière significative grâce aux efforts coordonnés de tous les secteurs sous la supervision de l'Etat Haïtien dans un environnement d'équité sociale et de genre, de respect des droits des groupes vulnérables, d'amélioration de la qualité des services et de bonne gouvernance.

Cette vision est incluse dans celle retenue par le document de « Politique Nationale de Santé » : Au cours des 25 prochaines années, dans un contexte de développement socio-économique articulé et dynamique, le système de santé haïtien évolue, la morbidité et la mortalité diminuent significativement. Les Haïtiens et les Haïtiennes ont un accès équitable aux services et soins de qualité définis dans le Paquet Essentiels de Services, ajusté au besoin, tenant compte des changements dans le profil épidémiologique et démographique ».

7. Principes directeurs du PSNM

Le présent plan stratégique s'articule, tant dans sa conception que dans l'anticipation de ses modalités de mise en œuvre, autour des principes suivants tirés de la Politique Nationale de Santé : Principe d'Universalité, Principe de Globalité, Principe d'Équité, Principe de Qualité.

- L'application du Principe d'Universalité dans le cadre de ce Plan garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à toutes les interventions essentielles du programme national, sans distinction de sexe, d'appartenance sociale et religieuse, de lieu de résidence.
- L'application du Principe de Globalité permettra dans le cadre de ce Plan Stratégique, d'appréhender les individus dans leur intégralité et de satisfaire tous leurs besoins en santé dans les limites du développement technologique et économique du pays.
- L'application du Principe d'Équité garantit à tous les individus vulnérables ou à risque, affectés ou infectés, quelque soit leur lieu de résidence ou leur statut socio-économique, des attentions d'égale qualité dans le cadre de la gamme des interventions prévues.
- Le principe de Qualité renforce celui d'Équité. Son application permettra de développer les interventions prévues avec l'assurance maximum de qualité qu'autorisent le développement technologique disponible et les ressources financières mobilisées.

La mise en œuvre devra tenir compte des principes généraux dictés ci-dessus et de ceux ayant trait :

- **A la bonne gouvernance et à la coordination entre les partenaires**
- **A la décentralisation de la réponse** : Décentralisation organisée des niveaux de décision et déconcentration des ressources.
- **A La gratuité de la prise en charge**
- **Au partenariat et à la participation communautaire**
- **Au respect des droits de la personne humaine, des différentes orientations et identités sexuelles et à la prise en compte des inégalités de genre**
- **Au caractère multisectoriel et intersectoriel de la réponse** : intégration coordonnée de toutes les forces politiques, sociales et communautaires dans la Riposte Nationale à l'épidémie de VIH.
- **A l'intégration de toutes les interventions en matière de santé**, y compris la lutte contre le sida dans une programmation nationale et dans un cycle continu de planification de suivi et d'évaluation.
- **A la participation citoyenne** : L'opportunité sera offerte de façon systématique à tous les citoyens et en particulier les PVVIH et les groupes clé (HARSAH et TS), à travers leurs structures organisées, d'apporter leur contribution aux démarches pour lutter contre l'épidémie de VIH et ses effets, sans considérations de religion, de statut socio-économique, d'orientation sexuelle et de genre.

8. Priorités d'intervention

Aujourd’hui en 2014 les priorités de la lutte contre le VIH/sida s’inspirent des documents de Politique Nationale et du Plan Directeur du MSPP, des objectifs du millénaire auxquels le pays a souscrit, de l’évaluation à mi parcours du PSNM 2008-2012, de l’évaluation des 10 objectifs, de l’analyse de la riposte nationale, des avancées et connaissances scientifiques en matière de lutte contre le VIH/sida; mais également et surtout des données épidémiologiques récentes et des données factuelles qui ont permis d'affiner la vision des autorités étatiques en ce qui a trait à la situation générale de l'épidémie dans le pays. Ainsi donc, en matière d'interventions les priorités suivantes ont été retenues dans le cadre du Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 avec extension à 2018 :

- 1. La continuité du traitement pour les patients déjà sous ARV et la mise sous traitement de nouveaux patients suivants les nouvelles normes de l'OMS.** Ces nouvelles normes qui préconisent la mise plus précocement des patients (taux de CD4 ≤ 500) et impliquent pour le pays un nombre plus élevé de patients éligibles nécessitant des ressources additionnelles.
- 2. L'amélioration de la prise en charge de la co-infection TB/VIH.** Les effets synergiques des deux programmes devront être amplifiés par une coopération technique horizontale renforcée des deux gouvernances de programme. la nouvelle perspective vise à moyen terme à une double approche :
 - **Intégration normative des interventions en réponse à la co-infection TB/VIH:** le cadre de référence normatif doit être le même pour les deux pathologies.
 - **Intégration structurelle :** le cadre programmatique ainsi que celui de la prestation de services doivent être harmonisées avec en bout de ligne une intégration de la lutte contre les deux pathologies dans les structures de prestations de services par un développement systématique de l'offre de prestations labellisé co-infection dans les structures de prestations de services des deux programmes.
- 3. Les interventions visant l'élimination de la TME** en vue réduire les nouvelles infections chez les nouveau-nés et la mortalité des mères séropositives en respect avec le plan stratégique de PTME qui prend en compte les quatre piliers de **l'élimination de la TME**.
- 4. Le renforcement de la promotion et de la distribution des préservatifs** masculin et féminin et les lubrifiants de manière à réduire le risque de transmission par voie sexuelle du VIH, avec un accent particulier sur les groupes clés ayant des comportements sexuels les plus à risque et ceux particulièrement exposés au VIH.
- 5. Les interventions portant sur la communication pour le changement de comportement focalisées sur les jeunes, les populations clés, notamment les TS et leurs clients, les HARSAH et les LGBTI en général.**
- 6. Les interventions qui tiennent compte de la réalité de distribution géographique de l'épidémie dans le pays.**
- 7. Le renforcement du système de santé y compris la gouvernance du programme et le renforcement de la multisectorialité.**

- 8. Le renforcement des actions visant à la protection des personnes clés stigmatisées à cause de leurs orientations sexuelles et à la sensibilisation de la population en générale et des fonctionnaires publics en particulier contre la discrimination et la stigmatisation des groupes clés : HARSAH, TS, LGBTI.**

9. Cibles prioritaires

9.1 Taille de population à haut risque de contracter le VIH

Les résultats préliminaires de l'étude sur l'estimation de taille des populations à haut risque de contracter le VIH/SIDA en Haïti (ONUSIDA, mars 2014) sont présentés ci-dessous. La population totale haïtienne est de 10. 413.211 personnes. La population à haut risque de contracter le VIH/SIDA est la suivante :

Tableau 11. Taille des populations cibles du PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018.

Population	Taille	Commentaires
Les jeunes des deux (2) sexes (tranche d'âge 15-24 ans)	3. 123.963	30% de la population globale.
Population féminine de 15-49	3. 180.498	2,1 % des femmes ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus durant les deux années précédentes ce qui implique 66,790
Population masculine de 15-59 ans	3.055.773	26 % des hommes ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus pendant les deux années précédentes
Détenus Hommes	10.000	0.1% de la population globale.
Les HARSAH	70.000	Ils représentent 0.66% de la population globale et sont en grande partie des bisexués.
OEV	90.000	Il s'agit d'une estimation.
Femmes enceintes	46.000	
Les travailleuses du sexe	176,198	1.7% de la population globale.
Les clients des travailleuses du sexe	2.500, 881	49% de la population masculine âgée de 15-59 ans ; ce qui représentent ou 24% de la population globale.

NB. Source ONUSIDA, Estimation de la taille des populations à haut risque de transmission du SIDA en Haïti, mars 2014.

Les estimations de taille en ce qui concerne les orphelins de moins de 15 ans dont les deux parents sont morts est de 90.000 OEV environ selon EMMUS V. De même le nombre de femmes qui seraient enceintes attendu chaque année en Haïti variera de 416.528 en 2013 à 449.791 en 2018.

9.2 Priorisation des populations cibles

Une analyse classique de priorisation des populations cibles suivant deux critères (l'ampleur et la disponibilité d'une intervention efficace) a donné les résultats présentés dans le tableau ci-dessous. Ceci a permis de mieux cerner les populations sur lesquelles il fallait mettre l'accent dans le cadre de la formulation des interventions du PSNM.

Deux critères ont été utilisés pour réaliser cette priorisation : l'ampleur du problème et l'existence de possibilités d'interventions efficaces pouvant agir sur le problème. Deux

modalités ou variables ont été identifiées pour chacun des critères de manière à réaliser un tableau à double entre deux et quatre possibilités de réponse.

Les groupes de populations cibles ont été placés en fonction de deux critères dans la case correspondante au niveau de priorité à leur accorder : un problème ayant une ampleur considérable et pour lequel il existe des interventions efficaces étant une priorité d'intervention 1. L'inverse est une priorité de recherche 4 uniquement (peu considérable avec des interventions n'ayant pas fait leurs preuves ou non disponibles).

Les données et informations disponibles permettent de réaliser le tableau ci-dessous présentant les groupes prioritaires pour le PSNM en termes d'interventions.

Tableau 12. Résultats de la priorisation des populations cibles du PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018.

		Possibilités d'intervention	
		Satisfaisantes	Peu Satisfaisantes
Ampleur du problème	Considérable	Priorité d'intervention 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; • Travailleurs et Travailleuses du sexe. • Femmes enceintes vivant avec le VIH • Adultes et enfants vivant avec le VIH. • Orphelins et autres enfants vulnérables. 	Priorité de recherche 3 : <ul style="list-style-type: none"> • Partenaires féminins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; • Veuves et femmes seules • Clients des travailleuses du sexe
	Peu considérable	Priorité d'intervention 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Détenus ; • tradipraticiens • Migrants • Hommes et femmes en uniformes • Jeunes scolarisés ; • Jeunes non-scolarisés et déscolarisés ; • Femmes et enfants victimes de violences sexuelles ; 	Priorité de recherche 4 : Néant

10. But du PSNM

Contribuer au développement du pays en inversant la progression de l'épidémie à VIH au sein de la population haïtienne par des interventions de qualité dans le respect des droits et de la dignité humaine.

11. Résultats attendus du PSNM

11.1 Impacts et effets du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Le présent PSNM vise à atteindre 5 impacts et différents effets présentés au niveau du tableau ci-dessous.

Tableau 13. Impacts et Effets.

Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes ci les prioritaires en 2018.
Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.
Effet 1.2. : Au moins 85% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.
Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont main enus à 0% d'ici à fin 2018.
Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.
Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018.
Effet 2.4 : 100% des nouveau-nés de mères infectés bénéficient de la prise en charge.
Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018.
Effet 3.1 : d'ici à 2018, au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.
Effet 3.2 : le taux de décès patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.
Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services soc aux de base d'ici à fin 2018.
Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.
Effet 4.1. : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018.
Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elles-mêmes leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.
Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.
Effet 5.1. 15% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au SIDA et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation de services et soins de santé.
Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcés.
Effet 5.3. les systèmes (institutionnels et réseaux communautaires) engendrés par les services liés au VIH sont fonctionnels.
Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur.
Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)

-  **Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018.** Le premier impact couvre le champ de la prévention primaire et secondaire au travers de ces différents groupes d'interventions :
- La communication pour la promotion de comportement à moindre risque et la promotion de l'utilisation des services de prévention;
 - Le dépistage volontaire institutionnel et communautaire;
 - La promotion et la distribution ou vente de préservatifs masculins et féminins ainsi que des lubrifiants;
 - La circoncision masculine médicalisée;

- L'approvisionnement en sang sûr;
- La lutte contre le sida en milieu du travail La prévention de la transmission accidentelle par du matériel ou du sang contaminé en milieu médical, paramédical, et autres milieux professionnels et la prophylaxie post exposition (prévention de l'infection) en cas de viol. De même, les interventions en matière de lutte contre la discrimination des PVVIH en milieu du travail font partie des actions retenues dans le cadre de ce PSNM.
- La prise en charge des IST.

Les groupes cibles de ces interventions sont Les jeunes de 15-24 ans, les couples stables de 15-49 ans, les LGBTI et particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les TS et leurs clients, les OEV. D'un point de vue institutionnel les organisations de la société civile, les organisations communautaires, les entreprises, les organisations de PVVIH, HARSAH et TS seront des cibles privilégiées pour des actions de plaidoyer et de solidarité.

Tenant compte des données récentes relatives aux HARSAH et aux TS (respectivement 18.1% et 8.4% de prévalence) un focus particulier sera mis sur la communication par les pairs éducateurs au sein de ces groupes ainsi que la disponibilité permanente de préservatifs et de gel lubrifiant à base d'eau.

Par ailleurs, la prise en compte de la dimension des inégalités de genre dans les approches de sensibilisation pour le changement de comportement seront prise en compte étant donnés la féminisation de l'épidémie dans toutes les couches de la population (jeunes et adultes).

 **Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.** Essentiellement cet axe couvre un aspect de prévention secondaire portant sur la réduction de la transmission mère enfant du VIH. Globalement 4 champs d'action sont envisagés dans le cadre de ce PSNM pour assurer que cet impact soit atteint :

- La prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer;
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par l'utilisation de méthodes contraceptives;
- La mise sous traitement ARV de toutes les femmes enceintes séropositives pour diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et garder la mère en vie, telle qu'actuellement défini dans l'option B plus adoptée par Haïti;
- Le diagnostic précoce du VIH et la prise en charge précoce du nouveau-né né d'une mère séropositive.

Pour assurer l'amélioration de l'utilisation des services PMTE et diminuer la déperdition des femmes dans la cascade du continuum des soins dans la PTME, des stratégies d'implication de la communauté et particulièrement des partenaires masculins sont envisagés.

 **Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018.** Cet impact englobe les interventions portant sur :

- **La prise en charge médicale et psychologique des personnes infectées par le VIH dont** L'assistance conseil individuel, l'assistance conseil pour les partenaires sexuels, la prise

en charge des infections opportunistes, la prise en charge à l'ARV pour toutes les personnes éligibles, le suivi biologique de qualité.

- **la prise en charge de la co-infection VIH/TB;**
- **la prise en charge des OEV;**
- **La prise en charge psychosociale et l'intégration prioritaire des PVVIH et des familles affectées en difficulté dans les programmes sociaux et d'assistance publique supportés par l'État Haïtien et ses Partenaires Nationaux et Internationaux;**
- **La communication pour la promotion et l'utilisation adéquate des services de prise en charge thérapeutique;**
- **La lutte contre la discrimination et la stigmatisation;**
- **Le soutien socioéconomique aux PVVIH et les actions de renforcement de l'autonomie des femmes et filles;**
- **Le support nutritionnel aux PVVIH.**

La formation des prestataires aux nouvelles normes de prise en charge est un élément important dans le cadre de la mise en œuvre de cet axe ainsi que le plaidoyer envers une plus grande disponibilité du support nutritionnel facteur important de l'adhérence des patients à la trithérapie. Les approches en matière de prise en charge communautaire seront mises à contribution de manière à potentialiser le succès de la prise en charge thérapeutique des PVVIH.

Le paquet de services qui sera fourni sera gratuit et s'inscrit dans la perspective d'un accès universel au TAR en Haïti ainsi que de la globalité des soins tel que prévu dans les principes directeurs de ce PSNM.

Les publics cibles en relation avec cet impact sont essentiellement les enfants et les adultes séropositifs, les femmes et les familles néanmoins la contribution institutionnelle de tous les partenaires du secteur santé (partenaire public, ONG, secteur confessionnel etc.) sera sollicitée pour une intervention pleinement efficace.

 **Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.** Sous ce label se retrouve l'ensemble des interventions visant à :

- **L'amélioration des conditions socio-économiques** des groupes en difficulté (les jeunes, les femmes, autres groupes sociodémographiques vulnérables) et des PVVIH.
- **La réduction de la discrimination et de la stigmatisation** vis-à-vis des groupes à risque ou des PVVIH.
- **La réduction des violences faites aux femmes et la lutte contre les inégalités basées sur le genre.** Dans le dernier EMMUS, 13% d'entre elles font état de violences sexuelles à n'importe quel moment de leur vie. De même l'atelier de consensus avec les TS montrent très clairement qu'un pourcentage extrêmement élevé d'entre elles fait face à des violences physiques et des viols.
- **La promotion de l'amélioration du dispositif de protection judiciaire de la population en générale, des PVVIH et des groupes clé** en particuliers (LGBTI, TS)

contre toutes formes de discrimination et de violences dans tous les domaines de la vie civile.

Ces interventions devront s'organiser autour d'une approche multisectorielle de la réponse à l'épidémie par l'intermédiaire du développement de réseau institutionnel de solidarité sociale au bénéfice des PVVIH et des groupes clé et vulnérables.

La population cible de cet axe sont les PVVIH, les LGBTI, les TS, les femmes. Pour lesquels il s'agit en bout de ligne d'améliorer leur qualité de vie.

L'atteinte des résultats relatifs à cet axe d'intervention passe par le renforcement des organisations de PVVIH, de LGBTI et de TS et le développement de leurs capacités à faire preuve de leadership pour implémenter leurs propres actions et défendre leurs droits.

 **Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.** Divers éléments devraient concourir à l'atteinte de cet impact. Il s'agit entre autres :

- **De la construction de la pérennité des interventions.** Cette intervention inclue toutes les démarches visant à constituer un flux continu de ressources financières pour le programme national et toutes celles qui permettent de renforcer et de pérenniser les acquis. La voie la plus sûre dans une telle perspective est l'augmentation de la participation étatique dans le cadre de ce financement de la lutte contre le sida par la création d'un fonds alimenté par le trésor public complété par un plan de mobilisation de ressources.
- **Du développement d'un cadre juridique global et d'un environnement favorable à la protection des droits des PVVIH et des femmes et des filles.** Cette intervention a une relation directe avec le développement d'un cadre légal non seulement de protection des droits des populations clé (TS, HARSAH) et des PVVIH (droits des individus sains par rapport à la contamination volontaire, droits sociaux économiques des PVVIH) mais aussi en ce qui a trait au développement des opérations de lutte contre le VIH/sida et au fonctionnement des institutions impliquées dans la réponse au VIH/sida.
- **La construction du cadre de gestion des services visant l'accès universel à la prévention et la prise en charge thérapeutique de qualité,** intégrés dans le dispositif sanitaire national, en connexion avec les organisations sociales et communautaires. Les interventions prioritaires portent sur :
 - Le réseau national d'Agents de Santé Communautaire garantissant la Couverture Universelle à des fins de prévention
 - Le système de suivi et évaluation et la production de l'information stratégique en général;
 - Le système de gestion de l'approvisionnement;
 - La gestion des ressources humaines selon l'approche de contractualisation basée sur les résultats;
 - L'implication et le renforcement du système communautaire;
 - Le développement du réseau de laboratoires réalisant le diagnostic et le suivi biologique du VIH/sida.
- **Du renforcement et la réorientation de la multisectorialité.** Il s'agit de construire une capacité réelle du système à agir de manière concertée en tenant

compte de tous les déterminants de santé concernée dans la problématique du sida.

Au niveau des autres ministères et entités sectorielles des points focaux devront être désignés pour assurer la coordination et le développement des interventions sectorielles en matière de lutte contre le sida.

- **Du renforcement de la Gouvernance du PNLS.** Elle englobe deux groupes d'interventions :

- la Gestion Stratégique et Politique du PNLS : Surveillance des tendances de l'épidémie, Surveillance des facteurs qui alimentent les risques et la vulnérabilité, Etablissement de priorités, Mobilisation et canalisation de ressources, Connections du PNLS avec les Programmes Sociaux et économiques en cours, Surveillance Stratégique, Prise de Décisions Stratégiques, Elaboration et mise en application de Politique Publiques.
- la gestion opérationnelle du PNLS : Elaboration/Révision de Manuels, Normes, Procédures, d'Organisation des services et de Prise en Charge, Renforcement des Capacités de Planification, Intégration des services, Renforcement des Capacités de Supervision, Renforcement du Sous Système de Suivi et d'Évaluation, Capacitation du Personnel, Renforcement du système d'approvisionnement en Intrants, Surveillance de l'Utilisation des Intrants, Evaluation des performances Individuels et Institutionnelles.

Cet impact est très qualitatif et comporte une dimension très institutionnelle et normative. L'harmonisation et l'unification de ces systèmes permettra de réaliser des économies d'échelle tout en garantissant une amélioration de la qualité des services en relation avec ces fonctions.

11.2 Produits et effets

Les effets et produits du PSNM 2012-2015 avec extension à 2018 sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14. Effets et produits du PSNM 2012-2015 avec extension à 2018.

Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018	
Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	Produit 1.1.1. : 278 424 jeunes non-scolarisés/ déscolarisés et 2 808 769 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH.
	Produit 1.1.2. : 7 000 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de prophylaxie post-exposition.
	Produit 1.1.3. : 336 676 896 préservatifs masculins et 2 919 185 préservatifs féminins distribués ou vendus, 1 5 6 899 lubrifiants distribués.
	Produit 1.1.4. : 3 603 933 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.
	Produit 1.1.5. : 24 538 367 tests de dépistage réalisés et avec des résultats qui ont été retirés.
	Produit 1.1.6. . 281 250 hommes et nouveau-nés ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum de service de prévention du VIH incluant la circoncision masculine.

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Effet 1.2. : Au moins 85% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	Produit 1.2.1. : 70 000 HARSAH, et 170 000 TS couverts, 11 500 population en uniforme, 1 500 000 personnes dans les camps de déplacés et quartiers défavorisés, 11 137 personnes en milieu carcéral, 105 000 migrants, 90 000 veufs/veuves, divorcés et séparés, 3 341 tradipraticiens, 81 088 travailleurs du secteur privé formel et informel touchées par des activités de CCC.
Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.	Produit 1.3.1 : 324 354 poches de sangs sécurisés aux quatre marqueurs de malades transmissibles distribués. Produit 1.3.2 : 1081 cas d'exposition au VIH en milieu de soins et 10 812 femmes et jeunes filles survivantes de violence sexuelle bénéficient d'une prophylaxie post-exposition VIH.
Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.	
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.	Produit 2.1.1 : 1 616 063 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.	Produit 2.2.1 : 115 761 femmes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.
Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018.	Produit 2.3.1 : 1 616 062 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CP et retirent leurs résultats.
	Produit 2.3.2 : 50 960 femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
Effet 2.4 : 100% des nouveau-nés de mères infectés bénéficient de la prise en charge.	Produit 2.4.1 : 29 523 des enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR et prophylaxie au cotrimoxazole. Produit 2.4.2 : 20 911 enfants exposés sont mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.
Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018.	
Effet 3.1 : d'ici à 2018, Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.	Produit 3.1.1 : 122 130 adultes et 4 592 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV. Produit 3.1.2 : 122 130 adultes et 18 043 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.
Effet 3.2 : le taux de décès patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.	Produit 3.2.1 : 83 393 patients TB ont effectué un test de dépistage du VIH Produit 3.2.2. : 51 029 patients co-infectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux. Produit 3.2.3 : 60 000 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social. Produit 3.2.4. d'ici à 2018 122 130 PVVIH bénéficient d'un soutien nutritionnel. Effet 3.3 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018. Produit 3.3.1 : 100.000 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisées sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.
Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018.	Produit 3.3.2 : 56 224 enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.
Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.	
Effet 4.1. : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018.	Produit 4.1.1 : 20.000 PVVIH ont accès à des services socio-économiques. Produit 4.1.2. : 396 319 PVVIH et populations clés ont accès aux services de santé sans discrimination ni stigmatisation.
Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elles-mêmes leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.	Produit 4.2.1. : 50.000 femmes bénéficient d'un soutien pour le renforcement de leurs capacités professionnelles.
Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.	

Effet 5.1. 15% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au SIDA et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation e services et soins de santé.	Produit 5.1.1. : 15% du financement de la lutte proviennent des ressources domestiques ou internes.
	Produit 5.1.2. : 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.
Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcés.	Produit 5.2.1. : 10 secteurs organisés étatiques et non étatiques participent aux instances de coordination de la lutte contre le sida.
Effet 5.3. les systèmes (institutionnels et réseaux communautaires) engendrés par les services liés au VIH sont fonctionnels.	Produit 5.3.1 : Les interventions du Plan Stratégique National sont suivies et évaluées. Produit 5.3.2 : Les informations stratégiques relatives à VIH/sida sont disponibles. Produit 5.3.3 : Le système de gestion des achats et de stock en matière de lutte est coordonné efficacement à tous les niveaux. Produit 5.3.4. : 2 100 Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) et 500 cadres impliqués dans le VIH/SIDA sont formés sur le VIH/SIDA et opérationnels dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le SIDA. Produit 5.3.5. : 200 laboratoires impliqués dans le suivi biologique des PVVIH répondent aux normes et standards nationaux ou internationaux.
Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur.	produit 5.4.1.: 129 centres ARV offrent aux PVVIH, HARSAH, TS un appui juridique en cas de discrimination ou stigmatisation.
Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)	Produit 5.5.1 : 129 centres ARV offrent aux femmes et jeunes filles survivantes de violence sexuelle basée sur le genre un accès au PEP kit

11.3 Cadre de performance du PSNM

La mise en œuvre de ce Plan permettra d'atteindre globalement les résultats suivants :

- Une réduction globale du niveau de transmission du VIH, toutes sources de contamination confondues;
- Une réduction globale du nombre de décès imputables au sida et aux infections opportunistes associées;
- Une amélioration des conditions de vie des PVVIH et des familles affectées;
- Un environnement légal et social supportif par rapport au droit des individus dans le contexte de l'épidémie à VIH;
- Une prise en charge progressive du financement des interventions essentielles de lutte contre le sida par l'état haïtien et la société haïtienne;
- Un renforcement du Système National d'Informations Sanitaires et de surveillance épidémiologique pour la santé;
- Un renforcement global du dispositif sanitaire.

Le plan de Suivi et Evaluation du PSNM 2012-2015 avec extension à 2018 viendra préciser les mécanismes de collecte de l'information, les activités de suivi proprement dit et la définition opérationnelle des indicateurs.

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Le cadre de performance ci-dessous présente et résume d'une manière générale le niveau de cibles espérées pour chaque indicateur en lien avec les impacts, effets et produits. La détermination des cibles a été faite à partir du logiciel HAPSAT en adoptant le scénario d'accès universel (80% des besoins couverts à la cinquième année).

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Tableau 15. Cadre de performance du PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018.

Impacts	Indicateur	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018.	Prévalence du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	18,10%	BBS, PSI-Haïti, 2012		18,0%			14,0%
	Prévalence VIH chez les professionnelles du sexe	8,40%	BBS, PSI-Haïti, 2012		8,2%			7,0%
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	0,90%	EMMUS 5, 2012					0,7%
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	2,30%	Enquête séro-sentinelle, 2012		2,1%			1,8%
	Prévalence VIH chez les adultes de 15-49 ns	2,20%	EMMUS 5, 2012					2,0%
Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	6.8% CARIS Foundation, 2013		3%			2%	
Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TA' est de 80% d'ici à fin 2018.	Pourcentage d'adultes et enfants dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR	76%	Enquête sur la rétention des patients, PNLS 2013	76%	77%	78%	79%	80%
Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.	Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans exprimant, dans des situations déterminées, les 4 attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida	H : 22. % F : 1.6%	EMMUS 5, 2012					H : 30% F : 20%
Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.	Indice composite des politiques publiques	ND	ND					AD

Effets	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15-24 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	H : 60,8% F : 51,6%	EMMUS 5, 2012					H : 75% F : 70%
	Pourcentage d'hommes de 15-59 ans et de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué u test VIH/SIDA ayant retiré leurs résultats	H : 30% F : 47,4%	EMMUS 5, 2012					H : 65% F : 75%
	Pourcentage de femmes 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois	H : 8,9% F : 26,9%	EMMUS 5, 2012					H : 6% F : 15%
	Pourcentage de jeunes âgés de 15- 24 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du IH	H : 30% F : 36%	EMMUS 5, 2012					H : 50% F : 60%

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Effet 1.2. : Au moins 85% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	Pourcentage de HARSAH possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH	31,60%	BBS, PSI-Haiti, 2012		35%			60%
	Pourcentage de HARSAH ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	48.0%	BBS, PSI-Haiti, 2012		60%			75%
	Pourcentage HARSAH déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel mâle.	72.7%	BBS, PSI-Haiti, 2012		80%			90%
	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	63.9%	BBS, PSI-Haiti, 2012		70%			85%
	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	89.9%	BBS, PSI-Haiti, 2012		93%			95%
Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.	Pourcentage de dons de sang testés pour le VIH selon une procédure d'assurance de la qualité	100%	Croix Rouge Haïtienne	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de personnes séropositives suite à un viol parmi les survivants ayant reçu le PEP	ND		5%	5%	5%	5%	-5%
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.	Pourcentage des femmes de 15-24 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	51,60%	EMMUS 5, 2012					60%
	Pourcentage des femmes de 15-24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois	57,70%	EMMUS 5, 2012					70%
	Pourcentage des femmes de 15-49 ans qui actuellement utilisent au moins une méthode contraceptive	23,60%	EMMUS 5, 2012					35%
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.	Taux de couverture contraceptive chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH	ND		50%				80%
Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin	Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un TAR pour réduire la transmission mère-enfant	77,5%	Pour 2011 : rapport UNGASS Haïti 2012		80%			85%

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

2018.	Pourcentage des femmes enceintes parmi celles admises en CPN qui ont été testées au VIH et qui ont retiré leurs résultats et reçus des conseils	53,3%	EMMUS 5, 2012						85%
Effet 2.4 : 100% des nouveau-nés de mères infectés bénéficient de la prise en charge.	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont subi un test virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie	66,6%	UNGASS Haïti 2012				82%		85%
	Pourcentage des nouveaux nés de mères infectés bénéficiant du Traitement antirétroviral prophylactique conformément aux directives nationales	ND					85%		100%
	Pourcentage de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont été mis sous prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois ayant suivi la naissance	ND					100%		100%
Effet 3.1 : d'ici à 2018, Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.	Pourcentage d'adultes et enfants présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent des ARV.	69,3%	MESI/SPECTRUM						80%
	Taux de scolarisation chez les OEV	92%	EMMUS 5, 2012						96%
Effet 3.2 : le taux de décès patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.	Taux de mortalité des patients coi-infectés TB/VIH	ND			AD				5%
	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	ND			AD				AD
Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018.	Pourcentage d'OEV recevant au moins un élément du paquet de services sociaux de base	ND			AD				80%
Effet 4.1. : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018.	Pourcentage d'adultes de 15-49 ans exprimant les quatre attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH	H : 22,7% F : 11,6% EMMUS 5, 2012							H : 45% F : 35%
Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elles-mêmes leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.	Pourcentage de femmes survivantes de violences sexuelles ayant une activité génératrice de revenus	ND							AD
Effet 5.1. 15% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au SIDA et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation de services et soins de santé.	Pourcentage de financement de la lutte contre le VIH attribuable à l'état haïtien	5%	Rapport REDES 2013						15%
Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcés.	La CT du PNLS est renforcée et se réunit régulièrement avec les représentants des autres secteurs.	ND			Plan sectoriel				Gouvernance améliorée
Effet 5.3. les systèmes (institutionnels et réseaux communautaires) engendrés par les services liés au VIH sont fonctionnels.	Pourcentage de structures de santé CDV/ARV qui offrent des services de soins qui suivent les normes institutionnels et communautaires	CDV: ND ARV : ND							CDV : 100% ARV : 100%
Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits	Pourcentage de HARSAH, TS et PVVIH victimes	ND			AD	40%	50%	60%	

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur.	d'clarées de discrimination qui ont bénéficié d'un soutien juridique en cas de sollicitations							
Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique).	% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se sont présentées dans les Centres de prestations de services et qui ont bénéficié d'une prise en charge comportant au moins un volet santé, juridique et psychologique.	ND			AD	70%	90%	100%
	Pourcentage des femmes 15-49 ans qui ont déjà subi des violences sexuelles	13.1%	EMMUS V, 2012					10%

Produits	Indicateurs	Données de base	Source et année	2014	2015	2016	2017	2018
Produit 1.1.1. : 278 424 jeunes non-scolarisés/déscolarisés et 2 808 769 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH.	Produit 1.1.2 : 222 739 jeunes non-scolarisés/déscolarisés et 2 247 015 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH	ND		2 115 901	2 148 618	2 181 347	2 214 180	2 247 015
	Nombre de jeunes non-scolarisés touchés par la CCC	ND		209 742	212 985	216 696	219 484	222 739
Produit 1.1.2. : 7 000 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de prophylaxie post-exposition.	Nombre de cas d'accidents post-exposition (soins et violences sexuelles) pris en charge	ND		1 000	1 200	1 400	1 600	1 800
Produit 1.1.3. : 336 676 896 préservatifs masculins et 2 919 185 préservatifs féminins distribués ou vendus, 1 556 899 lubrifiants distribués.	Nombre de condoms masculins distribués	52 892 960	PNLS, 2013	65 313 205	66 323 105	67 333 370	68 346 838	69 360 379
	Nombre de préservatifs féminins distribués	ND		566 304	575 060	583 820	592 607	601 395
	Nombre de Flacons de lubrifiants distribués	ND		302 029	306 699	311 70	316 057	320 744
Produit 1.1.4. : 3 603 933 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.	Nombre de cas d'IST traités selon l'approche syndromique	ND		699 140	709 951	720 65	731 614	742 463
Produit 1.1.5. : 24 538 367 tests de dépistage réalisés et avec des résultats qui ont été retirés.	Nombre de personnes faisant le test de dépistage du VIH (femmes enceintes exclues) et qui connaissent leur résultat	908 120	MESI, 2013	3 299 130	3 873 900	4 448 670	5 023 440	5 598 210
	Nombre de HARSAH faisant le test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	4 719	FOSREF, Serovie, 2013	30 000	50 000	80 000	100 000	130 000
	Nombre des professionnelles du sexe faisant le test de dépistage et qui connaissent leur résultat	176 198	Estimation FOSREF, 2012	369 561	375 276	380 992	386 727	392 461
Produit 1.1.6. : 281 250 hommes et nouveau-nés ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum de service de	Nombre d'hommes de 15-49 ans et de nouveau-nés qui ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum	ND		43 750	50 000	5 250	62 500	68 750

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

prévention du V'H incluant la circoncision masculine.	de service de prévention du VIH							
Produit 1.2.1 : 70 000 HARSAH, et 170 000 TS couverts, 11 500 population en uniforme, 1 500 000 personnes dans les camps de déplacés et quartiers défavorisés, 11 137 personnes en milieu carcéral, 105 000 migrants, 90 000 veufs/veuves, divorcés et séparé, 3 341 leader religieux, 81 088 travailleurs du secteur privé formel et informel touchées par des activités de CCC.	Nombre de HARSAH touchés par la CCC	4 800	PNLS, 2013	25 000	35 000	50 000	60 000	70 000
	Nombre de TS touchés par la CCC	ND		60 000	80 000	100 000	120 000	170 000
	Nombre de Prisonniers touchés par la CCC	ND		2 000	4 500	7 500	10 000	11 137
	Nombre d'Hommes/Femmes en uniforme touchés par la CCC	ND		5 250	6 000	8 500	10 000	11 500
	Nombre de veufs/veuves, divorcés et séparés touchés par la CCC	ND		50 000	60 000	70 000	80 000	90 000
	Nombre de populations mobiles (camionneurs, Madan Sara, etc.) touchés par la CCC	ND		52 436	53 246	54 057	54 871	55 685
	Nombre de personnes vivant dans des camps de réfugiés et quartiers défavorisés touchés par la CCC	ND		500 000	700 000	1 000 000	1 250 000	1 500 000
	Nombre de tradipraticiens touchés par la CCC	ND		3 146	3 195	3 243	3 292	3 341
	Nombre de Travailleurs du secteur privé formel et informel touchés par la CCC	ND		15 731	15 974	6 217	16 461	16 705
Produit 1.3.1 : 324 354 poches de sanguins sécurisés aux quatre marqueurs d' maladies transmissibles distribués.	Nombre d'unités de sang sécurisées, testées pour les marqueurs de maladies transmissibles produits.	27 608	PNST, 2013	62 923	63 896	4 869	65 845	66 822
Produit 1.3.2 : 1081 cas d'exposition au VIH en milieu de soins et 10 812 femmes et jeunes filles survivantes de violence sexuelle bénéficiant d'une prophylaxie post-exposition VIH.	Nombre de cas d'exposition au VIH en milieu de soins ayant bénéficié d'une prophylaxie post-exposition au VIH.	ND		210	213	216	219	223
	Nombre de femmes et jeunes filles survivantes de violence sexuelle basée sur le genre qui ont un accès au PEP kit	2 000	2 012	2 097	2 130	2 162	2 195	2 227
Produit 2.1.1 : 1 616 063 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	ND		323 212	323 212	323 12	323 212	323 212
Produit 2.2.1 : 115 761 femmes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.	Nombre de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées	ND		108 909	110 623	112 333	114 044	115 761
Produit 2.3.1 : 1 616 062 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CPN et retirent leurs résultats	Nombre de femmes enceintes faisant le test de dépistage du VIH	246 157	MESI, 2013	272 156	298 156	324 156	350 155	371 439
Produit 2.3.2 : 50 960 femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la	Nombre de femmes enceintes séropositives recevant	5 223	MESI, 2013	9 391	9 534	9 682	9 827	9 974

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

mère à l'enfant.	des ARV pour réduire la TME							
Produit 2.4.1 : 29 523 des enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficiant d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR et prophylaxie au cotrimoxazole.	Nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH qui bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR .	2 987	MESI, 2013	4 922	5 414	5 904	6 396	6 888
Produit. 2.4.2 : 20 911 enfants exposés sont mis sous allaitements maternels exclusifs jusqu'à 6 mois.	Nombre des enfants exposés qui sont mis sous allaitements maternels exclusifs jusqu'à 6 mois	ND		4 000	4 074	4 177	4 279	4 382
Produit 3.1.1 : 122 130 adultes et 4 592 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.	Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant le TAR	54 622	MESI, 2013	78 000	95 900	'118 313	120 206	122 130
	Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant le TAR	2 987	MESI, 2013	3 281	3 609	3 936	4 264	4 592
Produit : 3.1.2 : 122 130 adultes et 18 043 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.	Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant une prophylaxie des IO à base de cotrimoxazole	ND		2 954	3 2'1	3 609	3 936	4 264
	Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant une prophylaxie des IO à base de cotrimoxazole	ND		78 000	95 900	118 313	120 206	122 130
Produit 3.2.1 : 83 393 patients TB ont effectué un test de dépistage du VIH.	Nombre de patients TB ayant effectué un test de dépistage du VIH	11 859	MESI, 2013	13 466	15 072	1 679	18 285	19 892
Produit 3.2.2. : 51 029 patients co-infectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.	Nombre de patients co-infectés VIH-Tuberculose qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	4 913		7 606	7 927	8 249	8 570	8 891
	Nombr' de patients qui ont reçu la prophylaxie a l'INH	9 440	MESI, 2011	9 899	10 052	0 205	10 359	10 513
Produit 3.2.3 : 60 000 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficiant du paquet de service de soutien psychologique, social.	Nombre adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficiant du paquet de service de soutien psychologique, social	ND		12 000	12 000	12 '00	12 000	12 000
produit 3'2.4. d'ici a 2018 122 130 PVVIH bénéficiant d'un soutien nut'itionnel	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un soutien nutritionnel	ND		78 000	95 900	118 313	120 206	122 130
Produit 3.3.1 : 100.000 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.	Nombre de personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH	ND		20 000	20 000	0 000	20 000	20 000
Produit 3.3.2 : 56 224 enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer le'r accès aux services sociaux de base	Nombre d'OEV qui ont bénéficié d'un soutien social	9 500	UNGASS, 2012	10 082	10 663	1 245	11 826	12 408
Produit 4.1.1 : 20.000 PVVIH ont accès aux services socio-économiques	Nombre de PVVIH qui ont bénéficié de services socio-économiques	ND			5 000	5 000	5 000	5 000
Produit 4.1.2. : 396 319 PVVIH et populations clés ont accès aux services de santé sans discrimination ni	Nombre de PVVIH et des populations clés ont accès aux services de santé sans discrimination ni	ND		336 190	358 083	384 900	390 389	396 319

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

stigmatisation	stigmatisation							
Produit 4.2.1. : 50.000 femmes bénéficient d'un soutien pour le renforcement de leurs capacités professionnelles.	Nombre de femmes qui ont bénéficié d'un soutien pour le renforcement de leurs capacités professionnelles	ND			12 500	1 500	12 500	12 500
Produit 5.1.1. : 5% du financement de la lutte proviennent des ressources domestiques ou internes.	Nombre et Pourcentage du financement de la lutte qui provient des ressources domestiques ou internes	ND		10%	12%	13%	14%	15%
Produit 5.1.2. : 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	Nombre d'entreprises et de ministères publics autres que celui de la santé qui ont mis en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	ND		Entreprises :10 Ministères : 2	ntreprises : 25 Ministères : 4	Entreprises : 50 Ministères : 8	Entreprises : 70 Ministères : 10	Entreprises : 90 Ministères : 10
Produit 5.2.1. : 10 secteurs organisés étatiques et non étatiques participent aux instances de coordination de la lutte contre le sida.	Nombre de secteurs étatiques qui ont participé aux réunions multisectoriels de coordination pendant la période couverte	ND	10	10	10	10	10	10
Produit. 5.3.1 : Les interventions du Plan Stratégique National sont suivies et évaluées	Nombre de points de prestations de services qui ont soumis à temps et sous un format adéquat leurs informations dans un rapport de suivi mensuel	10	MESI, 2013	80	100	125	150	171
Produit. 5.3.2 : Les informations stratégiques relatives au VIH SIDA sont disponibles.								
Produit. 5.3.3 : Le système de gestion des achats et de stock en matière de lutte est coordonné efficacement à tous les niveaux	Nombre de centres ARV qui ont eu une rupture de stock pour au moins un des médicaments ARV au cours des 3 derniers mois	0	Rapport, PNLS, 2011	0	0	0	0	0
Produit 5.3.4. 2 100 Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) et 500 cadres impliqués dans le VIH/sida sont formés sur le VIH/sida et opérationnels dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le sida.	Nombre de Ressources humaines impliquées qui ont été formé sur le VIH/sida	ND		100	00	750	750	500
Produit 5.3.5. : 200 laboratoires impliqués dans le suivi biologique des PVVIH répondent aux normes et standard nationaux ou internationaux.	Nombre de laboratoires impliqués dans le suivi biologique des PVVIH qui répondent aux normes et standard nationaux ou internationaux	ND		20	80	100	150	200
produit 5.4.1.: 129 centres ARV offrent aux PVVIH, HARSAH, TS un appui juridique en cas de discrimination ou stigmatisation.	Nombre de centres ARV en lien avec un service juridique assurant la prise en charge des victimes de discrimination et stigmatisation	ND		30	60	90	120	129
Produit. 5.5.1 : 129 centres ARV offrent aux femmes et jeunes filles survivantes de Violence sexuelle basée sur le genre un accès au PEP kit.	Nombre de centres ARV qui disposent du kit de prophylaxie post exposition pour les survivantes de violences sexuelles	ND		30	60	90	120	129

12. Plan d'intervention

12.1 Premier impact

Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018.					
Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.					
produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 1.1.1 : 35 264 jeunes non-scolarisés/déscolarisés et 352 638 jeunes scolarisés couverts par les services d'informatin et éducation sur le VIH.	Stratégie 1.1.1.1. : Renforcement de la CCC auprès des jeunes non-scolarisés et déscolarisés	Activités. 1.1.1.1.1. : Produire une série de court métrage autour de situations génératrices des risques des jeunes non-scolarisés et déscolarisés. Activités. 1.1.1.1.2. : Organiser des discussions autour de films éducatifs sur le VIH. Activité. 1.1.1.1.3. : Assurer la promotion des services de counseling et dépistage ainsi que les services de prise en charge des IST. Activité. 1.1.1.1.4. : Mettre en place des kiosques permanents d'information pour les jeunes. Activité. 1.1.1.1.5. : Produire et diffuser les curricula développés à l'intention des enseignants des collèges et lycées des 5 départements plus haut risques. Activité. 1.1.1.1.6. : Produire et diffuser les curricula développés à l'intention des enseignants des collèges et lycées des 5 départements à plus haut risques.	10 départements du pays	MJSAC, MSP, MENFP	MJSAC, MAST, MSPP, MENFP, ONG, Associations de PVVIH et HARSAH
	Stratégie 1.1.1.2. : Intégration d'un programme d'éducation sexuelle dans le programme scolaire	Activité. 1.1.1.2.1. : Produire et diffuser les curricula développés à l'intention des enseignants des collèges et lycées des 5 départements à plus haut risques. Activité. 1.1.1.2.2. : Former les enseignants et les encadreurs. Activité. 1.1.1.2.3. : Produire et diffuser les curricula développés à l'intention des enseignants des collèges et lycées des 5 départements à plus haut risques. Activité. 1.1.1.2.4. : Mettre les coins jeunes dans les collèges et lycées.	5 départements du pays	MENFP	MJSAC, MSPP, MENFP, ONG, Associations de PVVIH et HARSAH
	Stratégie 1.1.1.3. : Renforcement des services d'information et conseils sur le VIH	Activité. 1.1.1.3.1. Rendre disponible un service téléphonique d'information sur le VIH/SIDA. Activité. 1.1.1.3.2. : Campagne de promotion (Radio et TV pour l'utilisation du service téléphonique d'information	10 départements du pays, grandes villes de province	MC, MSPP	MC, MSPP, MENFP, ONG, Associations de PVVIH et HARSAH

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

	<p>Stratégie 1.1.1.4. : Développement d'une page d'information et conseil sur VIH ans les réseaux sociaux</p>	Activité. 1.1.1.4.1. : Créer une page d'information et conseil sur le VIH à l'attention es jeunes dans les réseaux sociaux (Facebook).	Zone métropolitaine, grandes villes de provinces	MC, MSPP	MC, MSPP, MENFP
		Activité. 1.1.1.4.2. : Mettre en œuvre un plan de connexion active des jeunes à a page web créée.			
		Activité. 1.1.1.4.3. : Diffuser des informations et organiser des discussions sur le VIH au niveau de la page.			
		Activité. 1.1.1.4.4. : Collaborer avec les distributeurs des lignes téléphoniques mobiles (natcom et digicel) pour le passage des messages de préventions cibles sur le comportement responsable des jeunes et adulte et contre le viol sexuel.	Zone métropolitaine, grandes villes de provinces	MC, MSPP, DIGICEL, NATCOM	MC, MSPP, MENFP, DIGICEL, NATCOM
	<p>Stratégie 1.1.1.5. : Développement d'un programme de communication médiatique d'informatio et éducation sur le VIH</p>	Activité. 1.1.1.5.1. : Produire un programme radio et un programme TV bimensuel et en assure la diffusion dans toutes les chaines du pays .	Zone métropolitaine, grandes villes de provinces	MC, MSPP	MC, MSPP, MENFP, ONG, Associations de PVVIH et HARSAH
		Activité. 1.1.1.5.2. : Mettre en place un programme hebdomadaire interactif sur le VIH au niveau de chaque chaîne de radio et TV.			
		Activité. 1.1.1.5.3. : Former les animateurs des progra mes VIH interactifs de l' semble des chaines ;			
	Stratégie 1.1.1.6. : Campagnes nationale de Lutte contre le sida	Activité. 1.1.216.1. : Organiser une campagne nationale de lutte contre le sida.	10 départements du pays, grandes villes de province	MC, MSPP	MC, MSPP, MENFP, bailleurs de Fonds, ONG, Assoc ations de PVVIH et HARSAH
Produit 1.1.2. : 7 000 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de prophylaxie post-exposition	Stratégie 1.1.2.1. : Mise en place d'un programme de prophylaxie post-exposition à la suit des violences sexuelles	Activité. 1.1.2.1.1. : Développer un partenariat avec URAMEL en vue d'orienter les victimes de violences sexuelles vers les centres de référence en vue de la prophylaxie pos-exposition.	10 départements du pays, grandes villes de province	MSPP, MCFDF	MSPP, URAMEL, MCFDF, ONG, Association de PVVIH et HARSAH
		Activité. 1.1.21.2. : Doter les centres de référence de kits de prophylaxie post-exposition.			
		Activité. 1.1.2.1.3. Établir des mécanismes institutionnels entre les instances concernés tant au niveau national que local pour la coordination de la prise en charge médicale et légale des individus violés.			

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité. 1.1.2.1.4. Produire un spot radio et TV de promotion du service de prophylaxie post-exposition à la suite des violences sexuelles et en assurer la diffusion dans les principales chaînes.</p> <p>Activité. 1.1.2.1.5. : Former les prestataires des différents niveaux de prestations de services et soins de santé en conformité avec les normes d'organisation et de prise en charge des cas de viols.</p>			
Produit 1.1.3: 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	Stratégie 1.1.3.1. : renforcement de l'engagement sectoriel en faveur de la lutte contre le sida	<p>Activité. 1.1.3.1.1. : Appuyer 90 entreprises dans le développement de politiques et programmes de lutte contre le SIDA sur le lieu du travail.</p> <p>Activité. 1.1.3.1.2. : Faciliter l'accès des entreprises aux préservatifs en vue de leur distribution aux travailleurs .</p> <p>Activité. 1.1.3.1.3. : Former les travailleurs pairs-éducateurs des entreprises engagées dans la lutte contre le VIH.</p> <p>Activité. 1.1.3.1.4. : Faciliter l'accès des entreprises aux préservatifs en vue de leur distribution aux travailleurs.</p> <p>Activité. 1.1.3.1.5. : Etablir un partenariat avec les hôtels en vue de rendre disponibles les préservatifs dans les chambres.</p> <p>Activité. 1.1.3.1.6. : Produire des supports éducatifs destinés aux travailleurs du secteur privé et aux clients des hôtels.</p>	Zone métropolitaine, grandes villes de provinces	MCI, MSPP	MCI, MSPP, partenaires du secteur privé
Produit 1.1.4. : 269 341 517 préservatifs masculins et 5 875 000 préservatifs féminins distribués ou vendus, 1 223 896 lubrifiants distribués.	Stratégie 1.1.4.1. : Renforcement du programme de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins	<p>Activité. 1.1.4.1.1. : Assurer la distribution du préservatif à travers le programme de marketing social.</p> <p>Activité. 1.1.4.1.2. : Développer des stratégies nouvelles pour mettre les préservatifs à la portée des écoliers et étudiants majeurs et sexuellement actifs.</p> <p>Activité. 1.1.4.1.3. : Organiser la distribution promotionnelle des préservatifs dans les formations sanitaires aux clients reçus pour counseling et dépistage, prise en charge des ST et aux PVVIH</p> <p>Activité. 1.1.4.1.4. : Développer et mettre en œuvre d'un plan de communication à l'utilisation systématique de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants lors des rapports vaginaux, anaux chez les travailleuses de sexe et les HARSAH.</p>	10 départements du pays,	MCI, MSPP	MCI, MSPP, partenaires du secteur privé, MJSAC, MSPP, MENFP, ONG, Associations de PVVIH et HARSAH

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité. 1.1.4.1.5. : Produire et diffuser des spots radio et télévisé de promotion du préservatif masculin et féminin.</p> <p>Activité. 1.1.4.1.6. : Renforcer l'accès des populations clé (LGBTI) aux condoms et aux services intégrés de SR/VIH.</p>			
Produit 1.1.5. : 5 525 335 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.	Stratégie 1.1.5.1. : Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de prise en charge des IST	<p>Activité. 1.1.5.1.1. Réviser l'algorithme de prise en charge syndromique des IST en vue d'inclure les syndromes de la région anale.</p> <p>Activité. 1.1.5.1.2. Assurer l'acquisition et la distribution des médicaments IST dans les formations sanitaires.</p> <p>Activité. 1.1.5.1.3. former le personnel des institutions de santé sur la prise en charge syndromique des IST.</p> <p>Activité. 1.1.5.1.4. Assurer l'offre de service de prise en charge syndromique des IST au niveau des formations sanitaires.</p> <p>Activité. 1.1.5.1.5. Organiser la prise en charge des cas résistants à l'approche syndromique.</p> <p>Activité. 1.1.5.1.6. : Assurer le contrôle de la qualité des prestations de prise en charge syndromique des IST.</p>	10 départements du pays,	MSPP	MSPP, ONG d'intervention
Produit 1.1.6. : 7 414 450 test de dépistage réalisés et avec des résultats qui ont été retirés.	Stratégie 1.1.6.1. : Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de conseil et dépistage volontaire	<p>Activité. 1.1.6.1.1. : Former le personnel médical des hôpitaux départementaux, HCR, centres de santé, généralistes, internistes de la pratique privée lucrative Technologistes médicaux et Laboratoires privés en matière d'assistance conseil, de réalisation de test de dépistage.</p> <p>Activité. 1.1.6.1.2. : Intégrer l'offre de services de prévention, de soins et services spécifiques face aux IST et au VIH/SIDA, aux HARSAH, aux TS, et aux personnes incarcérées dans les curricula des écoles de médecine et des sciences infirmières et aussi dans les formations de recyclage des prestataires de soins dans toutes les institutions de santé du pays</p> <p>Activité. 1.1.6.1.3. : Assurer l'offre de service de counseling et dépistage au niveau des formations sanitaires.</p>	10 départements du pays,	MSPP	MS P, ONG d'intervention

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		Activité. 1.1.6.1.4. : Développer de stratégies avancées pour apporter les services dans les zones géographiques qui n'ont pas un accès géographique à une institution de services et soins de santé.			
Produit 1.1.7 .30 000 hommes ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum de service de prévention du VIH incluan la circoncision masculine.	Stratégie 1.1.7.1. : développement de l'offre de service de circoncision masculine médicalisée	Activité. 1.1.7.1.1. : Assurer la disponibilité des moyens pour la réalisation de la circoncision masculine médicalisée dans les centres de prestations de service. Activité. 1.1.7.1.2. : Former le personnel de prestations de services.	10 départements du pays,	MSPP	MS P, ONG d'intervention

Effet 1.2. : Au moins 80% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.

produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 1.2.1. : 29928 HARSAH, et 13 000 TS couverts, 8250 population en uniforme, 525 000 personnes dans les camps de déplacés, 2 950 population en milieu carcéral, 105 000 migrants, 350 000 veufs/veuves, divorcés et séparé, 1625 tradipraticiens, 59 507 travailleurs du secteur privé formel et informel touché par des activités de CCC.	Stratégie 1.2.1.1. : renforcement des activités de CCC auprès des populations clés	Activité. 1.2.1.1.1. : Réviser les guides de formation et de prestation de CCC auprès des populations clés les plus exposées au VIH. Activité. 1.2.1.1.2. : Produire les supports de communication spécifiques aux interventions en faveur des HARSAH et TS, population en uniforme, personnes dans les camps de déplacés, population en milieu carcéral, migrants, veufs/veuves, divorcés et séparé, tradipraticiens, travailleurs du secteur privé formel et informel. Activité. 1.2.1.1.3. : Organiser des activités de mobilisation dans les sites fréquentés par les HARSAH et TS, population en uniforme, personnes dans les camps de déplacés, population en milieu carcéral, migrants, veufs/veuves, divorcés et séparé, tradipraticiens, travailleurs du secteur privé formel et informel. Activité. 1.2.1.1.4. : Organiser les sessions d'éducation par les pairs et rencontre d'échange d'expérience entre HARSAH, TS, population en uniforme, personnes dans les camps de déplacés, population en milieu carcéral, migrants, veufs/veuves, divorcés et séparé, tradipraticiens, travailleurs du secteur privé formel et informel.	10 départements du pays	MJSAC, MSP, MAST	MJAC, MAST, MSPP, MENFP

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

	Activité. 1.2.1.1.5. : Renforcer la capacité institutionnelle, administrative et financière des organisations de HARSAH, TS, et PVVIH.		
--	---	--	--

Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies /interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 1.3.1 : 190 885 poches de sanguins sécurisés aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribués.	Stratégie 1.3.1.1. : Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés	Activité. 1.3.1.1.1. : Aménager et équiper 10 nouveaux postes de transfusion sanguine au niveau des centres hospitaliers. Activité. 1.3.1.1.2. : Former le personnel des nouveaux postes de transfusion sanguine. Activité. 1.3.1.1.3. : Assurer l'acquisition et la distribution des réactifs et consommables pour le dépistage des 4 maladies transmissibles (HIV, Syphilis, HVB, HVC) . Activité. 1.3.1.1.4. : Mettre en place un programme médiatique de promotion du don de sang bénévole. Activité. 1.3.1.1.5. : Organiser des campagnes mobiles de collecte de sang. Développer le management qualité incluant le contrôle de qualité interne et externe ainsi que l'hémovigilance.	10 départements du pays	PNST/ MSPP	PN T/ MSPP, Croix-Rouge
Produit 1.3.2 : 500 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficiant d'une prophylaxie post-exposition VIH.	Stratégie 1.3.2.1. : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins	Activité. 1.3.2.1.1. : Produire les supports d'information sur les précautions universelles et la procédure de notification des cas d'AES, et en assurer la diffusion aux formations sanitaires . Activité. 1.3.2.1.2. : Doter les centres de référence de kits de prise en charge des AES en milieu de soins. Activité. 1.3.2.1.3. : Organiser la prise en charge des cas d'AES en milieu de soins. Activité. 1.3.2.1.4. : Réaliser des campagnes de sensibilisation contre les viols sexuels des femmes en générales et es jeunes filles en particulier.	10 départements du pays	MSPP	PNST/ MSPP, Croix-Rouge, laboratoire et centres de prestations de services, MAST

12.2 Deuxième impact

Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018.					
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	Stratégie 2.1.1.1. : Intensification de la prévention des grossesses non désirées et du VIH chez les femmes en âge de procréer	Activité. 2.1.1.1.1. : Produire les supports d'éducatifs relatifs à la prévention des grossesses non-désirées et du VIH à l'attention des femmes en âge de procréer. Activité. 2.1.1.1.2. : Organiser des discussions de groupe sur la prévention des grossesses non-désirées et du VIH dans les écoles. Activité. 2.1.1.1.3. : Produire une série de film éducatifs sur la prévention des grossesses non désirées et du VIH à l'attention des femmes en âge de procréer. Activité. 2.1.1.1.4. : Organiser des discussions autour des films éducatifs produits dans les quartiers. Activité. 2.1.1.1.5. : Produire un programme mensuel radio et TV sur la prévention des grossesses non désirées et du VIH, et assurer la diffusion dans toutes les chaines. Activité. 2.1.1.1.6. : Orienter les femmes en âge de procréer vers les centres de planification familiale. Activité. 2.1.1.1.7. : Impliquer la communauté dans des activités de sensibilisation des femmes à venir au CPN et à faire le dépistage pour la syphilis et le VIH.	10 départements du pays	MSPP, MCI	MSPP, ONG Partenaires

Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.					
Effet 2.2.1 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 2.2.1 : 6 126 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.	Stratégie 2.2.1.1. : Intégration du service de planification familiale dans les activités des centres de prise en charge des PVVIH	Activité. 2.2.1.1.1. : Assurer l'approvisionnement régulier des structures de soins de santé (sites PTME, sites de TAR, sites CPN) en contraceptifs et autres intrants adaptés. Activité. 2.2.1.1.2. : Faire la promotion du counseling et dépistage du VIH dans les services offrant la planification familiale.	10 départements du pays	MSPP/DSF	MSPP/DSF, PNLS, ONG Partenaires

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

	<p>Activité. 2.2.1.1.3. : Renforcer les liens opérationnels entre les différents points de prestations de services de santé de la reproduction/PTME et de TAR/PECP.</p> <p>Activité. 2.2.1.1.4. : Assurer la distribution des préservatifs masculins et féminins aux PVVIH dans les centres de prise en charge des PVVIH et par le biais des associations de PVVIH.</p> <p>Activité. 2.2.1.1.5. : Assurer la distribution des contraceptifs aux centres de référence des PVVIH.</p> <p>Activité. 2.2.1.1.6. : former des prestataires de soins sur l'approche de dépistage systématiquement proposée à toute CPN.</p> <p>Activité. 2.2.1.1.7. : impliquer et encourager des conjoints à faire aussi le dépistage et participer dans le planning familial.</p>		
--	---	--	--

Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 2.3.1 : 1 616 063 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CPN et retirent leurs résultats.	Stratégie 2.3.1.1. : Extension et renforcement de l'intégration du counseling et dépistage et de la Syphilis au cours de la CPN	<p>Activité. 2.3.1.1.1. : Assurer l'intégration du counseling et du dépistage pour le SIDA et du dépistage systématique de la Syphilis dans les activités de toutes les cliniques prénatales.</p> <p>Activité. 2.3.1.1.2. : Assurer la formation des agents des nouveaux sites et le recyclage des agents des anciens sites sur le counseling.</p> <p>Activité. 2.3.1.1.3. : Organiser de campagnes de promotion de la CPN dans toutes les aires de santé en collaboration avec les agents de santé communautaires.</p> <p>Activité. 2.3.1.1.4. : Organiser l'approvisionnement des réactifs et consommables pour le dépistage du VIH et de la Syphilis, et en assurer la distribution aux formations sanitaires.</p>	10 départements du pays	MSPP MSPP, ONG Partenaires	
Produit 2.3.2 : 36 280 femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	Stratégie 2.3.2.1. : Amélioration du suivi et de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH	<p>Activité. 2.3.2.1.1. : Former le personnel des Cliniques Prénales sur la PTME.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.2. : Organiser Centres PTME pour le suivi des femmes enceintes séropositives.</p>	10 départements du pays	MSPP MSPP, ONG Partenaires	

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

	<p>Activité. 2.3.2.1.3. : Assurer la disponibilité des ARV et autres commodités de prise en charge des femmes enceintes séropositives dans les centres PTME.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.4. : Former des anciennes femmes bénéficiaires de la PTME sur le soutien psychosocial des femmes enceintes VIH positives.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.5. : Organiser le suivi psychosocial et la recherche des perdues de vue par les anciennes femmes bénéficiaires de la PTME formées.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.6. : Mobiliser tous les établissements publics et privés philanthropiques de santé dans la prévention de la transmission mères/enfants sur une base organisationnelle d'intégration des services.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.7. : Intégrer la PTME dans les services de santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.8. : Former en PTME du personnel médical des hôpitaux publics et privés lucratifs, des obstétriciens et pédiatres.</p> <p>Activité. 2.3.2.1.9. : Mettre en réseau des institutions sanitaires pour la référence et la contre-référence.</p>		
--	---	--	--

Effet 2.4 : 85% des nouveaux nés de mères infectés bénéficient de la prise en charge.

Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 2.4.1. : 18 044 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficiant d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR et prophylaxie au cotrimoxazole.	Stratégie 2.4.1.1. : Amélioration de l'accès des nouveaux nés de mères séropositives au diagnostic précoce	<p>Activité. 2.4.1.1.1. : Assurer l'approvisionnement du LNSP en réactifs et consommables pour la réalisation des PCR au bénéfice des enfants nés de mères VIH positives.</p> <p>Activité. 2.4.1.1.2. : Organiser le transfert des échantillons vers le LNSP et les laboratoires de référence pour la réalisation des PCR.</p> <p>Activité. 2.4.1.1.3. : Intégrer le module sur la prophylaxie au cotrimoxazole dans le contenu de la formation des sages-femmes sur la PTME.</p> <p>Activité. 2.4.1.1.4. : Approvisionner les sites PTME en cotrimoxazole sur la base des prévisions de naissances d'enfant de mères VIH positives.</p>	10 départements du pays	MSPP MSPP, ONG Partenaires	

Produit. 2.4.2. : 20 911 enfants exposés sont mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.	Stratégie 2.4.2.1. : Promotion de l'Allaitements maternel exclusif / allaitements maternels protégés	Activité. 2.4.2.1. 1. : fournir un appui nutritionnel aux femmes allaitantes.		
--	--	---	--	--

12.3 Troisième impact

Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018						
Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2018.	Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 3.1.1 : 99 975 adultes et 4 264 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.	Stratégie 3.1.1. : Renforcement et élargissement l'accès des adultes et enfants vivant avec le VIH aux TAR	Activité 3.1.1.1. : Assurer la Prise en charge médicale et psychologique des PVVIH dans les CDV et Centres ARV. Activité 3.1.1.2. : Intégrer les directives actualisées de l'OMS et de l'ONUSIDA dans le traitement et le suivi des PVVIH. Activité 3.1.1.4. : Renforcer l'accès des enfants infectés au VIH au traitement par les ARV. Activité 3.1.1.5. : Renforcer le plateau technique des structures de santé pour le diagnostic et de suivi biologique de l'infection à VIH et autres IST. Activité 3.1.1.6. : Mettre en place d'un système fonctionnel de réseautage de laboratoire. Activité 3.1.1.7. : Assurer la mise sous prophylaxie à l'INH de tous les patients séropositifs. Activité 3.1.1.8. : Renforcer le système de Surveillance des résistances aux ARV (pharmacovigilance et laboratoire). Activité 3.1.1.9. : Renforcer la prise en charge communautaire des PVVIH. Activité 3.1.1.10. : Etendre le marketing social aux ARV, anti tuberculeux, tests rapides pour le VIH, et autres intrants essentiels pour la prise en charge des infections opportunistes. Activité 3.1.1.11. : Former 400 médecins supplémentaires en matière de prise en charge. Activité 3.1.1.12. : Appuyer la participation à des formations/conférences à l'extérieur aux médecins les plus performants en matière d'organisation de la prise en charge des PVVIH. Activité 3.1.1.13. : Assurer l'éducation thérapeutique et le suivi de l'observance au niveau des centres de référence. Activité 3.1.1.14. : Acquérir les ARV, réactifs et consommables de laboratoire et en assurer la distribution aux centres de prestations de services.	10 départements du pays	MSPP	MSPP, ONG Partenaires	

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité 3.1.1.16. : Assurer la remise à niveau annuelle de chaque catégorie d'agents impliqués dans la prise en charge des PVVIH (infirmiers, médecins, techniciens de laboratoire, agent de dispensation).</p> <p>Activité 3.1.1.15. : Assurer la prise en charge des infections opportunistes.</p> <p>Activité 3.1.1.17. : Développer une approche communautaires et familiale pour une meilleure observance et la lutte contre le stigmatisation et discrimination.</p>		
Produit : 3.1.2 : 404 055 adultes et 18 043 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie de infections opportunistes.	Stratégie 3.1.2.1. : Amélioration de la prophylaxie et de la prise en charge de infections opportunistes	<p>Activité 3.1.2.1.1. : Acquérir les médicaments nécessaires à la prophylaxie et la prise en charge des infections opportunistes (Tuberculose exclue) et en assurer la distribution aux centres de référence.</p> <p>Activité 3.1.2.1.2. : Assurer la prophylaxie et la prise en charge des infections opportunistes dans les centres ARV, conformément aux directives nationales.</p>	10 départements du pays	MSP MSPP, ONG Partenaires

Effet 3.2 : le taux de décès patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.

Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 3.2.1 : 83 393 patients TB ont effectué un test de dépistage du VIH	Stratégie 3.2.1.1. : Renforcement et extension de l'intégration du counseling et dépistage dans les activités des CDT supplémentaires.	<p>Activité 3.1.2.1.1. : Intégrer le counseling et dépistage dans les activités de 30 CDT supplémentaires.</p> <p>Activité 3.1.2.1.2. : Former le personnel des 30 CDT intégrant nouvellement de counseling et dépistage.</p> <p>Activité 3.1.2.1.3. : Approvisionner les 30 CDT en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH.</p> <p>Activité 3.1.2.1.4. : Organiser l'offre de services de counseling et dépistage dans les 30 CDT.</p> <p>Activité 3.1.2.1.5. : Référer les patients dépistés VIH positifs aux centres de référence pour la prise en charge de l'infection à VIH.</p>	10 départements du pays, grandes villes de provinces	MSPP PNLS, PNLT	MSPP, PNLS PNLT, ONG Partenaires
Produit 3.2.2. : 16 859 patients co-infectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.	Stratégie 3.2.2.1. : Amélioration de la prise en charge des co-infections Tuberculose-VIH	Activité 3.2.2.1.1. : Mettre sous INH les patients éligibles.	10 départements du pays, grandes villes de provinces	MSPP PNLS, PNLT	MSPP, PNLS PNLT, ONG Partenaires

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité 3.2.2.1.2. : Renforcer les capacités techniques des prestataires des centres ARV et de toutes les parties prenantes dans la gestion de la co-infection, la détection et la prise en charge de la TB.</p> <p>Activité 3.2.2.1.3. : Assurer l'intégration du dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux dans tous les CDT et de la tuberculose chez les PVVIH dans tous les centres VCT.</p> <p>Activité 3.2.2.1.4. : Renforcer la mobilisation communautaire en faveur du dépistage du VIH et de la tuberculose ainsi que dans le suivi et l'accompagnement des PVVIH O-infecté à la TB.</p> <p>Activité 3.2.2.1.5. : Recycler les médecins des 47 centres de référence sur le diagnostic des Tuberculose pulmonaire à baciloscopie négative.</p> <p>Activité 3.2.2.1.6. : Organiser la prise en charge de la tuberculose chez les patients VIH positifs au niveau des 47 centres de référence.</p>		
Produit 3.2.3 : 60 000 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficiant du paquet de service de soutien psychologique, social.	Stratégie 3.2.3.1. : Renforcement du partenariat entre les centres de référence et la société civile dans l'offre de services de soutien psychologique des PVVIH	<p>Activité 3.2.3.1.1. : L'intégration prioritaire des PVVIH et des familles affectées en difficulté dans les programmes sociaux et d'assistance publique supportés par l'État Haïtien et ses Partenaires Nationaux et Internationaux.</p> <p>Activité 3.2.3.1.2. : Impliquer dans le suivi communautaire des PVVIH des associations des PVVIH, de HARSAH et de TS.</p> <p>Activité 3.2.3.1.3. Assurer l'actualisation et la vulgarisation des documents normatifs et éducatifs sur le VIH et la prise en charge Psycho-sociale.</p> <p>Activité 3.2.3.1.4. : Renforcer les capacités des associations communautaires et des associations de PVVIH, TS ET HARSAH sur la PEC psycho-sociale.</p> <p>Activité 3.2.3.1.5. : Elaborer les directives nationales en matière de prise en charge psychosociale des PVVIH ainsi qu'un guide de formation et de prestation.</p>	10 départements du pays	MSPP, MAST MSPP MAST, ONG Partenaires

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité 3.2.3.1.6. : Former les prestataires des associations des PVVIH sur la base des nouveaux guides.</p> <p>Activité 3.2.3.1.7. : Appuyer l'organisation par les associations de PVVIH d'activités de soutien psychologique (groupes de parole, visites à domicile et à l'hôpital).</p> <p>Activité 3.2.3.1.18 : Mettre en place un dispositif de soutien aux activités génératrices de revenus.</p> <p>Activité 3.2.3.1.9. : intégrer en priorité les PVVIH et les familles affectées en difficulté dans les programmes sociaux et d'assistance publique supportés par l'État Haïtien et ses Partenaires Nationaux et Internationaux.</p>		
produit .2.4. D'ici à 2008 99 875 PVVIH bénéficiant d'un soutien nutritionnel.	Stratégie 3.2.4.1. : Renforcement de l'éducation et de la prise en charge nutritionnelle des adultes et enfants vivant avec le VIH	<p>Activité 3.2.4.1.1. : Renforcer le programme de soutien nutritionnel aux PVVIH (Réhabilitation & récupération nutritionnelle).</p> <p>Activité 3.2.4.1.2. : Elaborer un guide sur l'éducation nutritionnelle avec un recueil de mets faits à base de vivres locaux accessibles, en assurer la duplication et la distribution aux PVVIH.</p> <p>Activité 3.2.4.1.3. : Former les prestataires des associations de PVVIH sur l'éducation nutritionnelle.</p> <p>Activité 3.2.4.1.4. : Organiser des cycles de session d'éducation nutritionnelle au bénéfice des PVVIH et de leur famille.</p> <p>Activité 3.2.4.1.1. : Acquérir les vivres et en assurer la distribution aux patients.</p>	10 départements du pays	MSPP, MAST MSPP MAST, ONG Partenaires

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux à base d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité responsable	Entités Impliquées
Produit 3.3.1 : 56 223 enfants rendus orphelins par lesida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.	Stratégie 3.3.1.1. : Renforcement de la prise en charge sociale des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables.	Activité 3.3.1.1.1. : prise en charge psychosociale des OEV Activité 3.3.1.1.2. : Renforcer les mécanismes de soutien socio-économique aux OEV (appui aux familles d'accueil pour la scolarisation, les soins de santé et la nutrition des OEV, apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle). Activité 3.3.1.1.3. : Assurer la prise en charge communautaire des OEV. Activité 3.3.1.1.4. : Élaborer et mettre en œuvre des politiques publiques réglementant l'adoption des orphelins du SIDA et des OEV par des parents proche, ou par des institutions d'accueil. Activité 3.3.1.1.5. : Établir un système d'identification, de surveillance et de suivi des orphelins du SIDA et des OEV bénéficiaires d'une adoption par des assistants sociaux. Activité 3.3.1.1.6. : Assurer la création de fonds spéciaux publics et privés et de mécanismes opérationnels pour soutenir La scolarisation et La Santé des orphelins du SIDA et des OEV identifiés, L'accompagnement économique des parents d'adoption. Activité 3.3.1.1.7. : Former/recycler les prestataires des agences d'exécution des interventions de prise en charge des OEV. Activité 3.3.1.1.8. : Assurer l'accès aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, formation professionnelle, nutrition) aux enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables. Activité 3.3.1.1.9. : Elaborer les directives nationales en matière de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.	10 départements du pays	MSPP, MAST, MJ	MSPP, MA T, MJ, ONG Partenaires

12.4 Quatrième impact

Impact 4 : D'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH , des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.

Effet 4.1. : D'ici 2018, 20% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation.

Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité responsable	Entités Impliquées
Produit 4.1.1 : 20.000 PVVIH ont accès aux services socio-économiques.	Stratégie 4.1.1.1 : Renforcement des mécanismes de soutien socio-économique (Apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle, alphabétisation fonctionnelle, ...) aux PVVIH en partenariat avec les secteurs public et privé	Activité 4.1.1.1.1 : Mettre en place d'un programme d'assistance socioéconomique adapté aux conditions de vulnérabilité des PVVIH. Activité 4.1.1.1.2 : Faire le plaidoyer pour la prise en compte de la problématique socio-économique de PV VIH dans les documents de politique et d'intervention. Activité 4.1.1.1.3 : Promouvoir la création d'emploi pour les personnes infectées et affectées. Activité 4.1.1.1.4 : Développer un programme de Micro crédit a destination des PVVIH. Activité 4.1.1.1.5 : fournir de aides directes aux PVVIH.	10 départements du pays	MAST, MEF	Association de PVVIH, MSPP, MAST, MEF, ONG Partenaires, Bailleurs de fonds
Produit 4.1.2. : 100 % des PVVIH, des populations marginalisées et des populations clés ont accès aux services de santé sans discrimination ni stigmatisation.	Stratégie 4.1.2.1 : Plaidoyer pour l'adoption de codes de conduites et éthique en milieu professionnel (personnel soignant, monde de l'enseignement)	Activité 4.1.2.1.1 : Assurer la mobilisation et l'éducation des communautés et corps constitués (parlementaire, juristes, leaders, ...) en faveur de la promotion et de protection des droits humains. Activité 4.1.2.1.2 : Assurer la prise en charge de 100% des femmes et jeunes filles survivantes de VSBG avec accès au PEP kit et soutien psychologique. Activité 4.1.2.1.3 : Renforcer les capacités des femmes impliquées dans la réponse au VIH en matière de leadership et gouvernance. Activité 4.1.2.1.4 : Promouvoir l'accès à l'information sur la SSR, le VIH (en particulier chez les jeunes filles de moins de 18 ans dans le besoin) et les droits humains dans la communauté.	10 départements du pays	MSPP, MJ	MSPP, MJ, MAST, ONG Partenaires

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Effet 4.2. : D'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elle-même leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité responsable	Entités Impliquées
'Produit 4.2.1. : 50.000 femmes bénéficient d'un soutien pour le renforcement de leurs capacités professionnelles.	Stratégie 4.2.1.1 : Diminution des inégalités entre les sexes et renforcement de la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH, les violences et les abus sexuels.	Activité 4.2.1.1.1 : Créer des opportunités et de mécanismes pour la formation professionnelle des femmes dans tous les métiers y compris ceux exercés jusqu'ici par les hommes exclusivement. Activité 4.2.1.1.2 : Sensibiliser les leaders (tradipraticiens, politiques, d'opinions, naturels, économiques) sur les interrelations existant entre les facteurs de vulnérabilité et les tendances de l'épidémie du sida. Activité 4.2.1.1.3 : Créer des ondes spéciaux publics et privés pour soutenir : L'accès et le maintien des filles à tous les niveaux du système éducatif.	10 départements du pays	MSPP, MAST, MEF	MSPP, MEF, MAST, ONG Partenaires, MENFP Associations de PVVIH

Effet 4.3 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité responsable	Entités Impliquées
Produit 4.3.1 : 8 440 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.	Stratégie 4.3.1.1. : Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH	Activité 4.3.1.1.1 : Mobiliser les communautés en faveur de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Activité 4.3.1.1.2 : Mettre en place une structure d'assistance judiciaire des victimes de stigmatisation. Activité 4.3.1.1.4 : Intégrer des aspects Genre, droits humains, VIH et violences basées sur le genre dans le cursus des formations (cycle primaire, secondaire et universitaire forces de police). Activité 4.3.1.1.5 : Faire le plaidoyer pour l'adoption des codes de conduites et éthique en milieu professionnel (personnel soignant, forces de police, monde du travail, monde de l'enseignement) Activité 4.3.1.1.6 : Assurer l'amélioration des conditions socio-économiques des groupes en difficulté (les jeunes, les femmes, autres groupes sociodémographiques vulnérables) et des PVVIH.	10 départements du pays	MSPP, MAST, MJ	MSPP, MA, MJ, ONG Partenaires

		<p>Activité 4.3.1.1.7. : Organiser des réunions de discussions avec les familles de PVVIH sur les méfaits de la stigmatisation et de la discrimination.</p> <p>Activité 4.3.1.1.8. : Produire, sur une base mensuelle, une émission radio et TV dédiée à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans les principales chaînes publiques.</p> <p>Activité 4.3.1.1.9. : Produire et diffuser un livret d'information sur les méfaits de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PVVIH.</p>		
--	--	---	--	--

12.5 Cinquième impact

Impact 5 : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.					
Effet 5.1. 5% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au SIDA et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation de services et soins de santé.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 5.1.1. : 5% du financement de la lutte proviennent des ressources domestiques ou internes	Stratégie 5.1.1.1. : renforcement des mécanismes de Financement du système de santé	<p>Activité 5.1.1.1.1. : Adopter une rubrique spécifique pour la lutte contre le SIDA dans le budget national et mesures administratives pour rendre les fonds effectivement disponibles pour le programme national.</p> <p>Activité 5.1.1.1.2. : Constituer un panier unique de financement pour le VIH/sida.</p> <p>Activité 5.1.1.1.3. : Établir un consensus sur les mécanismes de priorisation d'allocation des fonds, de décaissement de fonds.</p> <p>Activité 5.1.1.1.4. : Déterminer en concert avec les bailleurs et autres amis d'Haïti les perspectives de financement à court, moyen et long terme.</p> <p>Activité 5.1.1.1.5. : Promouvoir la participation sociale et communautaire au financement du programme national de lutte contre le sida .</p>	Zone Métropolitaine	MEF,	MSPP, MEF, MAST, bailleurs de fond internationaux

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Produit 5.1.2. : 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans le plan d'action annuel.	Stratégie 5.2.1.1. : Plaidoyer auprès des responsables d'entreprises et de ministères publics autres que celui de la santé pour une forte implication et engagement dans la lutte contre le sida.	Activité 5.1.2.1.1. : Faire la promotion de la lutte contre le SIDA au sein même des entreprises et ministères sectoriels.			
---	---	--	--	--	--

Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcées.					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 5.2.1. : 10 secteurs organisés étatiques et non étatiques participent aux instances de coordination de la lutte contre le SIDA.	Stratégie 5.2.1.1. : Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux	Activité 5.2.1.1.1. : Mettre en place des différentes structures de gouvernance stratégique et opérationnelle du PNLS. Activité 5.2.1.1.2. : Elaborer et appliquer un cadre politique d'orientation de la Riposte Nationale en matière de lutte contre le sida. Activité 5.2.1.1.3. : développer un cadre normatif et légal relatif à la gestion des opérations de lutte contre le VIH/SIDA. (Inventaires des normes – procédures – protocoles – manuels d'organisations, plans, actualisation, archivage, validation , diffusion etc.). Activité 5.2.1.1.4. : Promouvoir le développement de la multisectorialité dans le cadre de la réponse au VIH/SIDA dans le pays. Activité 5.2.1.1.5. : Soutenir l'organisation des secteurs de la société civile impliqués dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.	Zone Métropolitaine	MSPP, Primature	MSPP, Primature, MSPP, MEF, MAST, bailleurs de fonds internationaux

Effet 5.3. les systèmes (institutionnels et réseaux communautaires) engendrés par les services liés à VIH sont fonctionnels.					
Produit 5.3.1 : Les interventions du Plan Stratégique National sont suivies et évaluées.	Stratégie 5.3.1.1. : Mise en place d'un système unique de suivi et d'évaluation en réseau de différents secteurs	Activité 5.3.1.1.1. : Mettre en place un mécanisme institutionnel formel, unique et fonctionnel en charge de l'analyse des statistiques de la santé, de la synthèse des données provenant de différentes sources et de la validation des données collectées au sein de la population générale ou au sein des institutions de santé.	10 départements du pays	MSPP, ONUSIDA	ONUSIDA, MSPP, Primature, MEF, MAST, bailleurs de fonds internationaux, ONG, MENFP

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

		<p>Activité 5.3.1.1.2. : Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation des projets et programmes de lutte contre le VIH/sida.</p> <p>Activité 5.3.1.1.3. : Actualiser l'agenda de la recherche en tenant compte de nouvelles préoccupations.</p>			
Produit. 5.3.2 : Les informations stratégiques relatives au VIH/ IDA en sont dispon'bles..	Stratégie 5.3.2.1. : renforcement de l'axe de recherche sur le VIH/SIDA	<p>Activité. 5.3.2.1.1. : Réaliser des études sur les facteurs de vulnérabilité en relation avec les phénomènes sociaux spécifiques.</p> <p>Activité. 5.3.2.1.2. : Réaliser des recherches sur les TS et HARSAH.</p> <p>Activité. 5.3.2.1.3. : Réaliser des recherches appliquées sur le VIH/sida.</p>	10 départements du pays	MSPP,	MSPP, MEF, MAST, bailleurs de fonds internationaux, ONG, MENFP
Produit. 5.3.3 : Le système de gestion des achats et de stock en matière de lutte est coordonné efficacement à tous les niveaux.	Stratégie 5.3.3.1. : Mise en place d'un système GAS fonctionnel à tous les niveaux pour la sécurisation des médicaments, récents et autres intrants	<p>Activité 5.3.3.1.1. Développer un système unique de gestion de l'approvisionnement en intrants médicaux et médicaments pour le VIH/sida.</p> <p>Activité 5.3.3.1.2. : Développer un plan unique de gestion de l'approvisionnement en médicaments et produits médicaux pour le pays.</p> <p>Activité 11.2.1.4. : Mettre en place d'un système d'assurance de la qualité et de contrôle de la qualité des produits médicaux et médicaments.</p>	10 départements du pays	MSPP PROMESS,	MSPP PROMESS PEPFAR, PNUD, ONUSIDA
Produit 5.3.4. 2 100 Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) et 500 cadres impliqués dans le VIH/sida sont formés sur le VIH/sida et opérationnels dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le sida.	Stratégie 5.3.4.1. : amélioration des compétences disponibles du personnel et de l'approche communautaire de lutte contre le sida	<p>Activité 5.3.4.1.1. : Etablir et mettre en œuvre d'un plan national de développement des ressources humaines pour la lutte contre le SIDA.</p> <p>Activité 5.3.4.1.2. : Assurer l'intégration du paquet normatif préparé pour la lutte contre le SIDA en Haïti dans le curriculum de toutes les écoles de santé et d'assistance sociale.</p> <p>Activité 5.3.4.1.3. : Assurer l'intégration du paquet normatif préparé pour la lutte contre le sida en Haïti dans le curriculum de toutes les écoles de santé et d'assistance sociale.</p>	10 départements du pays	MSPP, ENFP	MSPP, MENFP, ONG
Produit 5.3.5. : 200 des laboratoires impliqués dans le suivi biologique	Stratégie 5.3.5.1. : Mise en place d'un réseau de laboratoire au niveau national	Activité 5.3.5..1.1. : Développer et mettre en réseau les laboratoires des CDV et centre ARV.	10 départements du pays	MSPP/LNSP	MSPP/LNSP, ONG

des PVVIH répondent aux normes et standards nationaux ou internationaux.		Activité 5.3.5..1.1 : Renforcer le plateau technique des structures de santé pour le diagnostic et de suivi biologique de l'infection à VIH et autres IST.		
--	--	--	--	--

Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur.

Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
produit 5.4.1': 100% des PVVIH, HARSAH, TS bénéficiant d'un appui juridique en cas de discrimination ou stigmatisation.	Stratégie 5.4.1.1 : renforcement du dispositif de défenses des droits humains des PVVIH	Activité 5.4.1..1.1. : Appliquer et assurer la surveillance de l'application de la loi relative au VIH/sida. Activité 5.4.1..1.2. : définir un cadre juridique de protection des minorités sexuelles et des PVVIH et des groupes clé de l'épidémie en général. Activité 5.4.1..1.3. : Élaborer des politiques publiques pour la promotion et le support à l'activisme juridique pour la lutte contre l'impunité en matière de violation des droits sexuels et reproductifs, droits des personnes infectées et familles affectées. Activité 5.4.1..1.4. : Impliquer les Personnes vivant avec le VIH dans la sensibilisation de la communauté. Activité 5.4.1..1.5. : former les techniciens juridiques au niveau local en collaboration avec les leaders communautaires. Activité 5.4.1..1.6. : faire l'éducation aux droits humains pour les fournisseurs de services clés de la santé sur la non-discrimination, la confidentialité, le consentement éclairé, la notification des partenaires et l'éthique médicale liées au VIH. Activité 5.4.1..1.7. : Assurer la sensibilisation des législateurs et des agents de la fonction publique qui applique la loi. Activité 5.4.1..1.8. : Réaliser des actions de renforcement de la prise de conscience sur ses droits juridiques et la connaissance des lois, des droits et devoirs de PVVIH et des populations victimes de stigmatisation et discrimination à cause de leurs orientations sexuelle. Activité 5.4.1..1.9.. : promouvoir la réforme des lois, les règlements et les politiques relatives au VIH.	10 départements du pays	MJ, office du Protecteur du citoyen, Association de PVVIH, HARSAH, TS	MJ, office du Protecteur du citoyen, Association de PVVIH, HA SAH, TS, MS'P, MAST

Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique).					
Produits	Stratégies/interventions	Principales activités	Zone ciblée	Entité Responsable	Entités Impliquées
Produit 5.5.1 : 100% des femmes et jeunes filles survivantes de Violence sexuelle basée sur le genre ont accès au PEP kit.	Stratégie 5.5.1.1 : Mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre les violences sexuelles	Activité 5.5.1.1.1. : Appuyer les cabinets juridiques en vue de fournir des services d'assistance judiciaires aux survivantes de violence sexuelles souhaitant faire prévaloir leurs droits en justice. Activité 5.5.1.1.2. : Organiser une campagne de sensibilisation de la population contre les violences sexuelles. Activité 5.5.1.1.3. : Supporter les Associations et organisations luttant contre les violences faites aux femmes.	10 départements du pays	MJ, office du Protecteur du citoyen, Association de PVVIH, HARSAH, TS	MJ, office du Protecteur du citoyen, Association de PVVIH, HARSAH, TS, MSPP, MAST

13. Cadre de mise en œuvre

13.1 Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel comprend 3 niveaux :

- **Niveau national**

La capacité de l'Etat Haïtien et de la société haïtienne à mobiliser des ressources et à gérer de manière efficiente et efficace est un déterminant important pour obtenir des résultats dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National Multisectoriel. Aussi, la mise en œuvre de ce Plan exige un Cadre Institutionnel cohérent et souple qui garantit aux acteurs une définition claire des orientations et une autonomie d'action susceptible de s'adapter à l'évolution présente et future de l'épidémie.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 révisé avec extension à 2018 se réfère à la Politique de Santé et au Plan Directeur 2012-2022 du MSPP mais aussi et surtout au cadre général d'organisation de la gouvernance de l'Etat central qui attribue au Ministère de la Santé Publique la responsabilité de développer et de coordonner toutes les interventions relevant du secteur de la santé (décret loi du 16 février 2005 portant sur l'organisation de l'administration centrale de l'Etat haïtien).

Les autres entités sectorielles étatiques seront sollicitées et mobilisées en fonction des besoins et suivant les canaux prévus par la PNS et les lois de la République.

Dans cette perspective, le principal pilote de la mise en œuvre du plan stratégique est le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

Les parties prenantes doivent s'organiser de façon à tirer le meilleur parti de leurs compétences des capacités installées et de leurs mandats distinctifs.

Le renforcement du mandat de la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS) est une des pistes envisageables par les autorités sanitaires avec de

surcroit la possibilité de développer de manière anticipée les canaux de collaboration avec d'autres entités de gouvernance tel le Conseil National de Santé de la Reproduction compte tenu de l'imbrication relativement forte entre le programme VIH/sida et ce programme ainsi qu'avec d'autres coordinations nationales du MSPP comme celui du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT).

D'autres entités continueront d'opérer au niveau national tel que les coordinations techniques et directions centrales des ministères impliqués et des entités sectorielles nationales concernées. Ces différentes entités tel que la CT du PNLS ou la Direction Santé du MENFP continueront à assumer leur rôle normatif et de régulation chacun en ce qui les concerne. Il en est de même pour les organismes de gestion et autres agences nationales et internationales.

Parmi ces différentes entités il convient de souligner le Forum des ONGs, entité regroupant les principaux Sous-Récipiendaires du projet Fonds Mondial. De même, on devra tenir compte du CCM haïtien qui joue un rôle central dans le cadre de la soumission des propositions techniques d'Haïti au Fonds Mondial aux fins de financement de la lutte contre le sida dans le pays.

- **Niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire est constitué des entités sectorielles départementales du MSPP et des autres ministères, des bureaux régionaux des ONG et associations de PVVIH et groupes clés présents au niveau départemental.

Ces entités sectorielles départementales sont en charge de la coordination des interventions sur le terrain et participent directement à la supervision et au suivi des activités.

- **Niveau d'exécution**

La mise en œuvre du PSNM fait intervenir divers acteurs et sera coordonnée par le Ministre de la Santé qui est l'Autorité Sanitaire Nationale mandatée constitutionnellement pour en assurer le développement. Par ailleurs, diverses parties prenantes seront impliquées dans le cadre de la mise en œuvre du PSNM entre autres et de manière non exhaustive :

- **La Coordination Technique du PNLS (CT/PNLS).** Cette entité relève du Ministère de la Santé avec la responsabilité globale de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de toutes les activités du secteur santé de lutte contre le sida à travers tout le pays. Ses rôles normatifs et de régulation sont conformes aux mandats actuels des directions centrales de programme du MSPP. Des réformes importantes sont prévues au sein de cette entité au cours de la mise en œuvre de ce PSNM 2012-2018.
- **Les autres entités sectorielles publiques.** Plusieurs Ministères ont un degré d'implication directe dans le cadre de ce plan. Il s'agit du :
 - Ministère de l'Education et de la Formation Professionnelle. Au delà de son rôle évident dans la prise en charge des OEV, l'impact de son action dans le cadre de la sensibilisation des jeunes scolarisées est indiscutable et de première importance.
 - Le Ministère des Affaires sociales et du travail
 - Le Ministère à la condition Féminine et aux Droits de la Femme
 - Le Ministère de la Jeunesse et des Sports et de l'Action Civique

- Le Ministère des Finances. La définition d'un cadre de référence pour la pérennisation du financement de la lutte contre le SIDA est une attribution de cette entité en concertation avec le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe.
- **Les Directions Sanitaires Départementales (DSD).** Ce sont les entités opérationnelles par excellence du MSPP et des autres ministères impliqués dans la lutte contre le sida avec une répartition régionale et une responsabilité forte dans le cadre du développement, de la coordination, de la gestion et du suivi routinier des programmes nationaux.
- **Les Directions Médicales des centres de santé et centres hospitaliers publics et à services publics.** L'implication des directions médicales des institutions est capitale dans le cadre de la mise en œuvre du PSNM lui-même. Leur contribution sera essentielle dans le développement des systèmes de qualité au sein des hôpitaux (healtQUAL), la mise en place des comités de soutien aux PVVIH intra-hospitaliers, le fonctionnement des services de prise en charge médicale des PVVIH. Des rencontres spécifiques régulières devront être réalisées pour assurer leur complète adhésion au développement du système et à l'intégration progressive des services VIH/sida au sein de la structure de services globale des institutions de santé dans le pays. Leur participation est absolument cruciale pour inverser la tendance actuelle faisant des centres ARV et de dépistage intra-institutionnels des excroissances non intégrées au fonctionnement routinier de l'institution relevant plus d'une responsabilité externe que de la direction médicale hospitalière. Ce niveau est déterminant dans le cadre de l'intégration des services.
- **Les Réseaux d'Organisation de Prestations de Services.** Ces entités auront la charge de la gestion opérationnelle des activités de lutte contre le sida. Il s'agit des ONG d'implémentation et des structures publiques de fourniture de services, parmi les ONG d'implémentation on peut citer de manière non exhaustive, les centres GHESKIO, PIH, FOSREF, PSI, CMMB etc. Leurs champs de responsabilités seront définis dans le cadre d'un accord formel qui sera établi entre elles et leurs bailleurs de fonds sous couvert de l'approbation de l'instance de gouvernance du programme. Beaucoup de ces entités disposent d'une longue expérience de la gestion des opérations de lutte contre le VIH/sida dans le pays ainsi que d'une grande légitimité aux yeux de la population dans ce domaine.
Certains disposent également d'une capacité installée réelle et de compétences de base pour assurer la supervision des aspects techniques et le suivi des directives nationales.
- **Les Associations Socioprofessionnelles.** Il s'agit entre autres des associations de médecins, infirmière, pharmaciens et de techniciens de laboratoire dont l'apport se révèle important dans le cadre tant de la détermination des approches programmatiques que dans leurs apports techniques ayant trait à la qualité des services de VIH/sida.
- **Les Associations de PVVIH, HARSAH et TS.** Les structures organisées de ces associations dont PHAPS+, ASON, SEROVIE, FEBS, GIPA, COURAGE, etc. seront impliquées activement

dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSNM. Les besoins de renforcement de certaines de ces organisations seront adressés dans le cadre de la mise en œuvre les rendant aptes à gérer des financements plus substantiels au bénéfice de leurs membres et de la lutte contre le VIH/sida. De même des appuis spécifiques sont prévus pour l'organisation de certains groupes clés tel que les TS dont le niveau de maturité organisationnelle est encore très limité.

- **L'OPS/OMS.** Il s'agit principalement d'une organisation de support technique dont le mandat est d'appuyer les autorités nationales dans le cadre du développement des politiques et des stratégies nationales ainsi que du cadre référentiel normatif et légal dans le domaine du VIH/sida.
- **L'ONUSIDA.** Cette organisation apporte un soutien au suivi de l'évolution de l'épidémie dans le pays et au niveau du plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH/sida. Son appui à des instances de gouvernance du programme tel que le CCM devrait se maintenir au cours des prochaines années.
- **CDC/PEPFAR.** Il représente l'un des principaux bailleurs du PNLS dans le cadre de la coopération bilatérale avec les Etats-Unis d'Amérique. Le poids de leur financement au programme devrait être négocié au cours des prochaines années de manière à garantir les dépenses d'investissement nécessaires au développement des activités de lutte contre le VIH/sida répondant aux besoins de la population sur le long terme.
- **Le Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.** Il constitue présentement le second bailleur le plus important du programme national de lutte contre le sida au travers de son projet de lutte contre le VIH/sida dont Haïti est bénéficiaire depuis 2001. Des négociations additionnelles impliquant la CT du PNLS et le CCM haïtien devront permettre une meilleure indexation du niveau d'effort financier pouvant venir de ce mécanisme par rapport aux besoins réels de financement de la lutte contre le VIH/sida en Haïti.
L'actuel gestionnaire des subventions VIH du Fonds Mondial en Haïti est le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

13.2 Cadre opérationnel et sectoriel

Le Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 avec extension à 2018 est essentiellement un document de cadrage et de référence des interventions qui se dérouleront dans le pays au cours des prochaines années. Sa mise en application passe par le développement d'un ensemble d'outils et de plans qui viennent compléter et préciser son contenu afin d'en favoriser la réalisation. Dans cette perspective les documents suivants devront être prêts pour assurer son opérationnalisation effective :

- **Plan de Suivi et Evaluation**

Il s'agit d'un outil essentiel dans le cadre de la planification stratégique qui précise le cadre de performance du PSNM, définit le système global de rapportage des résultats, les modalités de

collecte des données. Il fait la description des indicateurs en précisant les définitions opérationnelles, les rythmes, les modalités de collecte, les moyens de vérification et de validation. Il décrit également le circuit de circulation de l'information et les outils et moyens qui seront mis en œuvre pour la production de l'information nationale relative au VIH/sida. Sa production est indissociable de celle du Plan Stratégique National Multisectoriel dont il sert à monitorer l'évolution en facilitant la prise de décision sur une base objective.

- **Plan de mobilisation des ressources**

Il s'agit d'un document précisant sur la base d'une analyse des gaps les ressources disponibles et les besoins de financement du PSNM. Les mécanismes et les sources de financement du PSNM y seront également précisés.

- **Les Plans opérationnels départementaux multisectoriels**

Il s'agit de la déclinaison départementale et opérationnelle du PSNM devant servir à guider l'action locale en matière de lutte contre le VIH/sida. Il s'inspirera directement du PSNM en mettant l'accent sur les spécificités de la problématique du sida dans le département concerné. Le leadership de son élaboration et de sa mise en œuvre pourra être assumé par les DSD avec la participation des secteurs étatiques et des partenaires d'implémentation au niveau départemental. Ces plans devront couvrir un terme allant jusqu'en 2018.

Un atelier de travail rassemblant l'ensemble des parties prenantes de la réponse au VIH au niveau de chaque département servira de cadre pour l'élaboration de ce plan sous la coordination de la DSD et avec l'appui technique de l'équipe nationale de coordination du processus de planification stratégique et opérationnelle du MSPP.

- **Les Plans sectoriels**

Sous le leadership du Ministère concerné, les différentes entités sectorielles parties prenantes de la lutte contre le VIH/sida dans le pays élaboreront leurs plans en tenant compte des orientations précisées dans le PSNM. Le terme attendu de ces plans est de 2018.

- **Le Plan opérationnel multisectoriel de lutte contre le sida**

Le plan opérationnel résultera de la consolidation des plans départementaux et sectoriels. Ces plans départementaux multisectoriels seront consolidés au niveau national avec les plans sectoriels des directions centrales et coordinations sectorielles des ministères impliquées dans la lutte contre le sida qui sont en charge de la coordination des réponses sectorielles.

Deux plans opérationnels seront élaborés pour la période, portant le premier sur la période 2014-2015 et le second sur la période 2016-2018. L'année 2018 sera consacrée à l'élaboration d'un nouveau plan stratégique de cinq (5) ans.

- **Plans d'actions**

Pour assurer la mise en œuvre de leurs activités les secteurs et acteurs concernés élaboreront sur une base annuelle leur plan d'action.

- **Plan de Gestion de l'Approvisionnement et des Achats (GAS)**

Son élaboration sera sous la responsabilité de la DPMMT du Ministère de la Santé en coordination avec les principaux bailleurs. Le Plan de gestion des achats et de stock déterminera tous les besoins en intrants spécifiques de la réponse (médicaments, réactifs et autres consommables nécessaires) ainsi que les mécanismes d'acquisition, de stockage et

distribution de ces intrants y compris les procédures de passation des marchés et les coûts y relatifs.

14. Modalités de gestion

14.1 Gestion des ressources financières

La constitution d'un panier unique de financement pour la lutte contre le VIH prévue dans le cadre de ce PSNM est un élément important de la mise en place de mécanismes transparents et démocratiques de gestion des fonds dont l'essentiel provient de la coopération externe.

La mise en place de structures de contrôle rigoureux, la réalisation d'audits technique et financier, l'adoption de procédures de gestion financière strictes, les réunions de coordination, la supervision externe régulière devrait permettre dans le cadre d'un tel dispositif de garantir une répartition efficiente des fonds entre les partenaires d'implémentation tout en favorisant l'émulation, une gestion transparente de l'allocation des ressources et des modalités de son utilisation.

La coopération du MEF, des bailleurs de fonds, du MPCE et de la primature sera déterminante dans le cadre de l'atteinte de ce résultat.

14.2 Gestion des ressources humaines

La prise en charge de la problématique du sida en Haïti est avant tout une question de services. Dans une telle perspective la question des ressources humaines qualifiées se posent et ceci dans tous les secteurs de la réponse.

Le développement des ressources humaines et la programmation du renforcement de ce volet est prévue dans le cadre de ce plan de manière à doter le programme d'un pool adéquat de personnel à même de faire atterrir la réponse au VIH au bénéfice de la population haïtienne.

Un effort particulier de formation sera consenti en ce qui a trait aux Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) dans le cadre du développement des actions communautaires de lutte contre le sida dont entre autres la sensibilisation, l'accompagnement des PVVIH et le support psychosocial. Dans cette perspective 2 100 ASCP seront formés et intégrés au dispositif de la réponse au VIH/sida au cours de la période 2014-2018.

La mise en place d'un mécanisme d'incitatifs, à travers la stratégie de financement basé sur les résultats pour les institutions sanitaires et les prestataires impliqués dans la délivrance de services, doit être formalisée dans l'optique d'améliorer leur niveau de motivation, la qualité des soins offerts, l'imputabilité et la redevabilité des institutions sanitaires. Ainsi, certaines prestations ciblées par le programme doivent être contractualisées, notamment le nombre de Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis, le nombre de Femmes enceintes VIH+ prises en charge, afin de motiver davantage les institutions sanitaires dans la sensibilisation de la communauté, la recherche active des cas en vue d'une prise en charge adéquate.

14.3 Gestion des ressources matérielles

Les conditions d'acquisition, d'utilisation et de gestion du matériel acquis dans le cadre du programme devront être explicitées au cours de la mise en œuvre du PSNM ceci dans la perspective de la construction d'une autonomisation progressive du pays vis-à-vis du financement externe.

15. Suiivi et Evaluation

Le cadre général de suivi et évaluation de ce PSNM s'inscrit dans la perspective du renforcement du système national intégré de suivi et d'évaluation en adéquation aux trois (3) principes directeurs d'harmonisation et de coordination des Ripostes Nationales au VIH/sida conformément aux recommandations de l'ONUSIDA :

- Un cadre d'action commune de lutte contre le VIH et le sida fournissant la base de la coordination du travail de tous les partenaires.
- Un organisme national commun de coordination de la riposte au sida avec un mandat multilatéral et multisectoriel.
- Un système commun de S&E à l'échelon national

Le dispositif de Suiivi et Evaluation est présenté en détail dans le document « Plan National de Suiivi et Évaluation 2012-2015 », publié par la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé. Il devra être adapté pour répondre aux éléments sous mentionnés :

- Faciliter le développement d'un système unique et fonctionnel. Les sous systèmes devraient être en mesure de produire les indicateurs nationaux quelque soit leurs caractéristiques propres et les exigences auxquelles ils sont soumis de la part de leur bailleurs pour produire des informations additionnelles.
En termes clairs, les organisations œuvrant dans la lutte contre le sida en Haïti devront toutes être en mesure de produire les indicateurs nationaux en rapport avec leurs interventions, ceci avec un niveau d'assurance de la qualité des données vérifiable par l'autorité de régulation.
- Placer l'instance de gouvernance du programme au centre du processus de planification suivi et évaluation. Cette coordination technique est le pilote du système de suivi et évaluation et couvrira à cet égard le suivi de toutes les activités des secteurs santé et non santé œuvrant dans le pays. Cette entité est le dernier niveau technique de validation de l'information nationale concernant le VIH/sida en Haïti.

Ce cadre de suivi et d'évaluation devra être :

- Unique : le même canal de transmission des informations sera utilisé par tous les acteurs.
- Multisectoriel : la collecte d'informations relatives au VIH/SIDA se fera dans le secteur

santé ainsi que dans les autres secteurs tels que l'éducation, les affaires sociales, impliqués dans la riposte nationale.

- Standardisé : les mêmes outils de collecte de données et les mêmes indicateurs seront utilisés par tous les intervenants
- Informatisé : Un système informatisé unique de gestion des données sera disponible et accessible sur autorisation de la CT du PNLS.
- Décentralisé pour permettre des analyses à tous les niveaux
- Basé sur des indicateurs liés aux six axes stratégiques du PSNM 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015.

Il devra permettre particulièrement :

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

15.1 Recherche et surveillance épidémiologique

La complexité de L'épidémie à VIH nécessite le développement d'une connaissance approfondie des facteurs socio-économiques culturels, psychologiques, biomédicaux etc. qui accompagne cette problématique. Dans le cadre de ce PSNM un accent particulier sera mis au cours des 5 prochaines années pour établir un cadre global de surveillance épidémiologique de recherche opérationnelle permettant une utilisation pratique et rapide des résultats des enquêtes et études réalisées pour ajuster les approches et stratégies d'intervention.

D'un autre côté la surveillance épidémiologique est importante pour suivre l'évolution de l'épidémie et son impact. De cette façon, on pourra aussi juger de l'efficacité des stratégies mises en place.

La recherche et la surveillance épidémiologique pour être utile doivent constamment alimenter les décisions de politique et de développement stratégique. Les résultats des études doivent être transformés en directives claires pour améliorer la planification et l'implémentation à tous les niveaux.

Dans cette perspective, des priorités de recherche suivantes ont été identifiées :

- **Dans le domaine socio-psychologique :**
 - Recherche pour développer un programme visant le changement de comportement pour l'évaluation du risque personnel
 - Recherche en matière de comportement sexuel pour augmenter l'auto responsabilisation
 - Recherche pour comprendre les obstacles au don de sang volontaire

- Recherche approfondie sur l'itinéraire thérapeutique des PVVIH
- Recherche sur les obstacles à l'utilisation du condom par les femmes et la prise de décision en matière sexuelle dans une perspective d'augmenter leur capacité de décision
- Recherche sur la culture du silence et du déni entourant le sida
- Recherche sur les facteurs spécifiques de vulnérabilité des groupes à haut risque
- **Dans le domaine biomédical**
 - Qualité et efficacité des médicaments utilisés pour la prise en charge des IST et de la Tuberculose/Surveillance de la résistance
 - Sensibilité et spécificité des nouveaux tests rapides
 - Gestion de l'utilisation des antirétroviraux en milieux non institutionnels dans le cadre de la PTME
 - Essais vaccinaux contre VIH (phase II et III)
- **Dans le domaine épidémiologique**
 - Évolution de l'épidémie des IST et du VIH/SIDA dans la population générale utilisant la méthode sentinelle
 - Niveau et déterminants de l'épidémie des IST et du VIH/sida dans certains groupes spécifiques comme les jeunes, les femmes enceintes, les travailleuses du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- **Dans le domaine socio-économique**
 - Impact socio-économique du sida
 - Approche pour l'intégration de la lutte contre le sida et de la lutte contre la pauvreté
- **Dans le domaine de la gestion**
 - Analyse coût efficacité
 - Recherche-action sur la décentralisation de la mise en œuvre du plan.

16. Budget et financement

16.1 Méthodologie de financement du PSNM

Le logiciel HAPSAT a été utilisé pour la budgétisation du Plan Stratégique. Les coûts unitaires ont été calculés en dollar américain en prenant en compte un taux d'inflation annuel de 3,2%.

Le processus de budgétisation a suivi les étapes suivantes :

Etape 1 : Saisie dans le logiciel des données sur toutes les populations ciblées par le PSNM. Les données sur les personnes vivant avec le VIH et sur les besoins en PTME étaient issues de SPECTRUM. Pour les autres populations, les données de base de l'année 2012 ont été saisies dans HAPSAT en programmant une extrapolation suivant la croissance de la population générale.

Etape 2 : Définition des interventions liées à chaque population cible, sur la base des prévisions du plan stratégiques, puis établissement d'un lien entre ces activités et les populations cibles.

Etape3 : Calcul des coûts unitaires de chaque service clinique et non clinique. Les coûts pratiqués par les subventions en cours du Fonds mondial ont servi de base au calcul du coût unitaire des services non-cliniques. Les données sur les coûts unitaires des ARV, médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes et traitement des infections sexuellement transmissibles, des réactifs et consommables pour le dépistage et le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH, ont été obtenues à partir de la liste des prix de Clinton Foundation⁸, «Global Price Reporting Mechanism⁹», et du catalogue des prix de MSF¹⁰.

Etape 4 : la saisie des données sur les réalisations historiques concernant chaque population cible, suivi de la projection de l'évolution des cibles en utilisation le scénario « tendance de la performance antérieure ». Ce qui a permis de calculer les coûts annuels de chaque intervention. Les interventions et leurs coûts annuels ont été ensuite regroupés par produits, effets et impact.

16.2 Budget du PSNM

Le présent budget, en harmonie avec le PSNM VIH/SIDA 2012-2015 révisé avec extension à 2018, est exprimé en années civiles et en USD. Il est basé sur le modèle mis en place par le Clinton Health Access Initiative (CHAI) et il s'inspire des coûts moyens établis après une étude de coûts rétrospectifs. En ce sens le budget utilise les coûts établis par CHAI comme des coûts normatifs.

Ce budget, comme le budget du PSNM 2008 - 2012 réaménagé avec extension 2015 est basé sur un scénario conservateur, qui permet de maintenir les acquis en présentant un financement plus proche de ce qui était disponible des années précédentes. Ce scénario priorise les activités programmatiques de base qui ont un effet direct sur la transmission et l'impact de l'épidémie.

Un taux de croissance allant de 0.01 à 0.05 % est appliqué pour les années subséquentes.

Le scénario 1 rencontre les objectifs du Programme National de Lutte contre le Sida, selon le financement possible.

Le budget total pour le financement de ce plan est de **\$1 077 053 473 dollars américains**.

Le tableau ci dessous montre une ventilation des dépenses prévisionnelles par impact, effet, produit et stratégie d'intervention.

Tableau 16. Budget du PSNM 2012-2015 avec extension à 2018.

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
Total	170 852 573	179 979 493	211 049 967	242 078 037	273 093 402	1 077 053 473

⁸ <http://www.givewell.org/files/DWDA%202009/Interventions/WJCF-ARVPrices-2009.pdf>

⁹ <http://apps.who.int/hiv/amds/price/hdd/index.aspx>.

¹⁰ <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18716en/s18716en.pdf>

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018	78 441 839	101 104 835	124 286 296	147 3 8 100	170 434 054	621 655 124
Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	42 344 597	49 483 086	57 140 041	64 781 251	72 422 482	286 171 456
Produit 1.1.1 : 35 264 jeunes non-scolarisés/ déscolarisés et 352 638 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH	10 100 000	10 900 000	12 500 000	14 100 000	15 700 000	63 300 000
Stratégie 1.1.1.1. : Renforcement de la CCC auprès des jeunes non-scolarisés et déscolarisés	1 000 000	1 100 000	1 200 000	1 300 0	1 400 000 '	6 000 000
Stratégie 1.1.1.2. : Intégration d'un programme d'éducation sexuelle dans le programme scolaire	7 500 000	9 000 000	10 500 000	12 000 000	13 500 000	52 500 000
Stratégie 1.1.1.3. : Renforcement des services d'information et conseils sur le VIH par le biais du téléphone	480 000	240 000	240 000	240 00	240 000	1 440 000
Stratégie 1.1.1.4. : Développement d'une page d'information et conseil sur VIH dans les réseaux sociaux	120 000	60 000	60 000	0 000	60 000	360 000
Stratégie 1.1.1.5. : Développement d'un programme de communication médiatique d'information et éducation sur le VIH	1 000 000	500 000	500 000	500 000	500 000	3 000 000
Produit 1.1.2. : 7 000 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de prophylaxie post-exposition	46 553	47 272	47 993	48 715	49 437	239 970
Stratégie 1.1.2.1. : Mise en place d'un programme de prophylaxie post-exposition à la suite des violences sexuelles	46 553	47 272	47 99 3	48 715	49 437	239 970
Produit 1.1.3: 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	1 200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	'3 600 000
Stratégie 1.1.3.1. : renforcement de l'engagement sectoriel en faveur de la lutte contre le SIDA	1 200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 600 000
Produit 1.1.4. : 269 341 517 préservatifs masculins et 5 875 000 préservatifs féminins distribués ou vendus, 1 223 896 lubrifiants distribués	17 017 248	18 280 426	18 662 064	19 027 906	19 393 768	92 381 413
Stratégie 1.1.4.1. : Renforcement du programme de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins	17 017 248	18 280 426	18 662 064	19 027 906	19 393 768	92 381 413
Produit 1.1.5. : 5 525 335 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.	199 000	230 000	261 000	292 000	323 000	1 305 000
Stratégie 1.1.5.1. : Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de prise en charge des IST	199 000	230 000	261 000	292 000	323 000	1 305 000

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
Produit 1.1.6. : 7 414 450 test de dépistage réalisés et avec des résultats qui ont été retirés	12 786 989	18 415 198	24 043 408	29 671 617	35 299 826	120 217 038
Stratégie 1.1.6.1. : Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de conseil et dépistage volontaire	12 786 989	18 415 198	24 043 408	29 671 617	35 299 826	120 217 038
Produit 1.1.7 .30 000 hommes ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum de service de prévention du VIH incluant la circoncision masculine	994 807	1 010 189	1 025 577	1 041 03	1 056 451	' 128 036
Stratégie 1.1.7.1. : développement de l'offre de service de circoncision masculine médicalisée	994 807	1 010 189	1 025 577	1 041 013	1 056 451	5 128 036
Effet 1.2. : Au moins 80% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.	34 480 234	49 822 508	65 164 782	80 443 44	95 665 634	325 576 302
Produit 1.2.1. : 7 128 HARSAH, et 13 000 TS couverts, population en uniforme, 525 000 personnes dans les camps de déplacés, 2 950 population en milieu carcéral, 105 000 migrants, 350 000 veufs/veuves, divorcés et séparé, 1625 prêtres vodou, 59 507 travailleurs du secteur privé formel et informel touchées par des activités de CCC	34 480 234	49 822 508	65 164 782	80 443 144	95 665 634	325 576 302
Stratégie 1.2.1.1. : renforcement des activités de CCC auprès des populations clés	34 480 234	49 822 508	65 164 782	80 43 144	95 665 634	325 576 302
Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.	1 617 008	1 799 241	1 981 473	2 63 706	2 345 938	9 907 366
Produit 1.3.1 : 190 885 poches de sangs sécurisés aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribués.	1 609 233	1 791 345	1 973 457	2 155 5	2 337 681	9 867 286
Stratégie 1.3.1.1. : Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés	1 609 233	1 791 345	1 973 457	2 55 569	2 337 681	9 867 286
Produit 1.3.2 : 500 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficient d'une prophylaxie post-exposition VIH.	7 775	7 895	8 016	8 136	8 257	40 080
Stratégie 1.3.2.1. : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins	7 775	7 895	8 016	8 136	8 257	40 080
Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à fin 2018	10 981 541	12 416 382	14 091 223	15 766 064	17 440 906	70 696 116
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018	4 500 000	5 500 000	6 500 000	7 50 000	8 500 000	32 500 000
Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	4 500 000	5 500 000	6 500 000	7 500 00	8 500 000	32 500 000
Stratégie 2.1.1.1. : Intensification de la prévention des grossesses non désirées et du VIH chez les femmes en âge de	4 500 000	5 500 000	6 500 000	7 500 000	8 500 000	32 500 000

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
procréer						
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018	680 238	782 136	884 034	85 932	1 087 830	4 420 170
Produit 2.2.1 : 6 126 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées	680 238	782 136	884 034	985 9	1 087 830	4 420 170
Stratégie 2.2.1.1. : Intégration du service de planification familiale dans les activités des centres de prise en charge des PVVIH	680 238	782 136	884 034	985 932	1 087 830	4 420 170
Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018	5 801 303	6 134 246	6 707 189	7 20 132	7 853 076	33 775 946
Produit 2.3.1 : 1 616 063 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CPN et retirent leurs résultats	2 145 431	2 350 387	2 555 343	2 760 29	2 965 255	12 776 714
Stratégie 2.3.1.1. : Extension et renforcement de l'intégration du counseling et dépistage et de la Syphilis au cours de la CPN	2 145 431	2 350 387	2 555 343	2 70 299	2 965 255	12 776 714
Produit 2.3.2 : 36 280 femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	2 835 600	3 164 160	3 492 720	3 821 28	4 149 840	17 463 600
Stratégie 2.3.2.1. : Amélioration du suivi et de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH	2 835 600	3 164 160	3 492 720	3 81 280	4 149 840	17 463 600
Produit 2.3.3 : 3 700 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR et prophylaxie au cotrimoxazole	340 272	379 699	419 126	458 54	497 981	2 095 632
Stratégie 2.3.3.1. : Amélioration de l'accès des nouveaux nés de mères séropositives au diagnostic précoce	340 272	379 699	419 126	58 554	497 981	2 095 632
Produit. 2.3.4 : 100% (26.108) enfants exposés sont mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	480 000	240 000	240 000	240 00	240 000	1 440 000
Stratégie 2.3.4.1. : Promotion de l'Allaitement maternel exclusif / allaitement maternel protégé	480 000	240 000	240 00	240 000	240 000	1 440 000
Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 95% d'ici à fin 2018	40 766 193	44 055 277	50 269 448	56 520 872	62 815 442	254 427 233
Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2018	34 549 937	40 554 314	46 603 778	52 690 486	58 820 341	233 218 855
Produit 3.1.1 : 99 975 adultes et 4 264 enfants vivant avec le	30 300 452	35 313 725	40 372 086	45 489 06	50 663 022	202 138 345

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
VIH reçoivent des ARV						
Stratégie 3.1.1. : Renforcement et élargissement l'accès des adultes et enfants vivant avec le VIH aux TAR	30 300 452	35 313 725	40 372 086	5 489 0 0	50 663 022	202 138 345
Produit : 3.1.2 : 404 055 adultes et 18 043 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes	4 249 485	5 240 588	6 231 692	7 201 42	8 157 318	31 080 510
Stratégie 3.1.2.1. : Amélioration de la prophylaxie et de la prise en charge des infections opportunistes	4 249 485	5 240 588	6 231 692	7 201 426	8 157 318	31 080 510
Effet 3.2 : le taux de décès patients co-infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018	3 796 696	941 843	966 991	92 146	1 017 302	7 714 978
Produit 3.2.1 : 83 393 patients TB ont effectué un test de dépistage du VIH	106 150	118 814	131 478	1 142	156 806	657 389
Stratégie 3.2.1.1. : Renforcement et extension de l'intégration du counseling et dépistage dans les activités des CDT	106 150	118 814	131 478	144 142	156 806	657 389
Produit 3.2.2. : 16.859 patients co-infectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	160 547	163 029	165 513	1 004	170 495	827 588
Stratégie 3.2.2.1. : Amélioration de la prise en charge des co-infections Tuberculose-VIH	160 547	163 029	165 513	168 004	170 495	827 588
Produit 3.2.3 : 60 000 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social	3 480 000	600 000	600 000	600 00	600 000	5 880 000
Stratégie 3.2.3.1. : Renforcement du partenariat entre les centres de référence et la société civile dans l'offre de services de soutien psychologique des PVVIH	3 480 000	600 000	600 000	6'0 000	600 000	5 880 000
Produit 3.2.4. d'ici a 2008 99 875 PVVIH bénéficient d'un soutien nutritionnel	50 000	60 000	70 000	80 000	90 000	350 000
Stratégie 3.2.4.1. : Renforcement de l'éducation et de la prise en charge nutritionnelle des adultes et enfants vivant avec le VIH.	50 000	60 000	7 000	80 000	90 000	350 000
Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018	2 419 560	2 559 120	2 698 680	2 88 240	2 977 800	13 493 400
Produit 3.3.1 : 56 223 enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base	2 419 560	2 559 120	2 698 680	2 838 24	2 977 800	13 493 400
Stratégie 3.3.1.1. : Renforcement de la prise en charge sociale des enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents	2 419 560	2 559 120	2 698 680 2 838 240	2 977 800	13 493 400	

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
vivant avec le VIH les plus vulnérables.						
Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH , des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.	1 743 000	1 443 000	1 443 000	1 443 000	1 443 000	7 515 000
Effet 4.1. : D'ici 2018, 20% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation	888 000	588 000	588 000 588 000	588 000	3 240 000	
Produit 4.1.1 : 20.000 PVVIH ont accès aux services socio-économiques	600 000	300 000	300 000	30 000	300 000	1 800 000
Stratégie 4.1.1.1 : Renforcement des mécanismes de soutien socio-économique (Apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle, alphabétisation fonctionnelle, ...) aux PVVIH en partenariat avec les secteurs public et privé	600 000	300 000	300 000	00 000	300 000	1 800 000
Produit 4.1.2. : 100 % des PVVIH, des populations marginalisées et des populations clés ont accès aux services de santé sans discrimination ni stigmatisation	288 000	288 000	288 000	28 000	288 000	1 440 000
Stratégie 4.1.2.1 : Plaidoyer pour l'adoption de codes de conduites et éthique en milieu professionnelles (personnel soignant, monde de l'enseignement)	288 000	288 000	288 000	288 000	288 000	1 440 000
Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elle-même leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles	255 000	255 000	255 000	2 000	255 000	1 275 00'
Produit 4.2.1. : 50.000 femmes bénéficient d'un soutien pour le renforcement de leurs capacités professionnelles	255 000	255 000	255 000	25 000	255 000	1 275 000
Stratégie 4.2.1.1 : Atténuer les inégalités entre les sexes et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH, les violences et les abus sexuels	255 000	255 000	255 00	255 000	255 000	1 275 000
Effet 4.3 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à fin 2018	600 000	600 000	600 000 600 000	600 000	3 000 000	
Produit 4.3.1 : 8 440 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH	600 000	600 000	600 000	600 00	600 000	3 000 000
Stratégie 4.3.1.1. : Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH	600 000	600 000	600 00	600 000	600 000	3 000 000
Impact 5. : le système de santé est renforcé d'ici à 2018.	38 920 000	20 960 000	20 960 000	20 960 000	20 960 000	122 760 000

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
Effet 5.1. 15% du financement de la lutte provient des ressources nationales de manière à garantir la pérennité des services essentiels liés au SIDA et la conservation des acquis dans une perspective d'intégration et d'unité du système de prestation de services et soins de santé.	7 200 000	3 600 000	3 600 000	3 60 000	3 600 000	21 600 000
Produit 5.1.1. : 15% du financement de la lutte proviennent des ressources domestiques ou internes	6 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 00	3 000 000	18 000 000
Stratégie 5.1.1.1. : renforcement des mécanismes de Financement du système de santé	6 000 000	3 000 000	3 000 000	3 00 000	3 000 000	18 000 000
Produit 5.1.2. : 90 entreprises et 10 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	1 200 000	600 000	600 000	600 00	600 000	3 600 000
Straté'ie 5.1.2.1.1. : Plaidoyer auprès des responsables d'entreprises et de ministères publics autres que celui de la santé pour une forte implication et engagement dans la lutte contre le SIDA.	1 200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 600 000
Effet 5.2. la structure de gouvernance du programme et la multisectorialité sont renforcées	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 00 000	5 000 000	30 000 000
Produit 5.2.1. : 10 secteurs organisés étatiques et non étatiques participent aux instances de coordination de la lutte contre le SIDA.	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 00	5 000 000	30 000 000
Stratégie 5.2.1.1. : Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	30 000 000
Effet 5.3. les systèmes engendrés par les services liés au VIH sont fonctionnels	20 400 000	11 700 000	11 700 000	11 700 000	11 700 000	67 200 000
Produit. 5.3.1 : Les interventions du Plan Stratégique National sont suivies et évaluées	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 00	5 000 000	30 000 000
Stratégie 5.3.1.1. : Mise en place d'un système unique de suivi et d'évaluation en réseau de différents secteurs convergeant vers le CNLS	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 00 000	5 000 000	30 000 000
Produit. 5.3.2 : Les informations stratégiques relatives au VIH/SIDA sont disponibles	6 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 00	3 000 000	'8 000 000
Stratégie 5.3.2.1. : renforcement de l'axe de recherche sur le VIH/SIDA	6 000 000	3 000 000	3 000 000	3 00 000	3 000 000	18 000 000
Produit. 5.3.3 : Le système de gestion des achats et de stock en matière de lutte est coordonné efficacement à tous les niveaux	400 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 200 000
Stratégie 5.3.3.1. : Mise en place d'un système GAS fonctionnel à tous les niveaux pour la sécurisation des médicaments, réactifs et autres intrants	400 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 200 000

PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Année	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	Total
Produit 5.3.4. 2 000 Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) et 500 cadres impliqués dans le VIH/SIDA sont formés sur le VIH/SIDA et opérationnels dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le SIDA	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 00	3 000 000	15 000 000
Stratégie 5.3.4.1. : amélioration des compétences disponibles du personnel et de l'approche communautaire de lutte contre le SIDA	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
Produit 5.3.5. : 100% des laboratoires impliqués dans le suivi biologique des PVVIH répondent aux normes et standard nationaux	1 000 000	500 000	500 000	500 000	500 000	3 000 000
Stratégie 5.3.5.1. : Mise en place d'un réseau de laboratoire au niveau national	1 000 000	500 000	500 000	500 000	500 000	3 000 000
Effet 5.4. : Un cadre juridique de défense des droits humains en relation avec le VIH/SIDA est en vigueur	600 000	300 000	300 000	300 000	300 000	1 800 000
produit 5.4.1.: 100% des PVVIH, HARSAH, TS bénéficient d'un appui juridique en cas de discrimination ou stigmatisation	600 000	300 000	300 000	30 000	300 000	1 800 000
Stratégie 5.4.1.1 : renforcement du dispositif de défenses des droits humains des PVVIH	600 000	300 000	300 000	300 000	300 000	1 800 000
Effet 5.5. : D'ici 2018, 100% des femmes et jeunes filles, survivantes des VSBG qui se présentent dans les Centres de prestations de services bénéficient d'une prise en charge holistique (santé, juridique et psychologique)	720 000	360 000	360 000	360 000	360 000	2 160 000
Produit 5.5.1 : 100% des femmes et jeunes filles survivantes de Violence sexuelle basée sur le genre ont accès au PEP kit	720 000	360 000	360 000	360 000	360 000	2 160 000
Stratégie 5.5.1.1 : Mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre les violences sexuelles	720 000	360 000	360 000	360 000	360 000	2 160 000

16.3 Analyse des gaps de financement

Les projections budgétaires pour les 5 prochaines années totalisent **\$1 077 053 473 dollars américains**. Les montants potentiellement disponibles proviendront essentiellement des budgets prévisionnels de PEPFAR (100 millions de dollars l'an environ) et du Fonds Mondial (20 millions en moyenne par année sur les trois prochaines années). Les contributions de l'ONUSIDA, de l'OMS, de HTW, de l'ACDI, des autres partenaires internationaux et de l'Etat Haïtien restent marginales en comparaison de ces montants.

Le gap total de financement est de **-520 100 943,89 dollars US** devant être couvert dans la perspective d'une atteinte effective des résultats de ce PSNM.

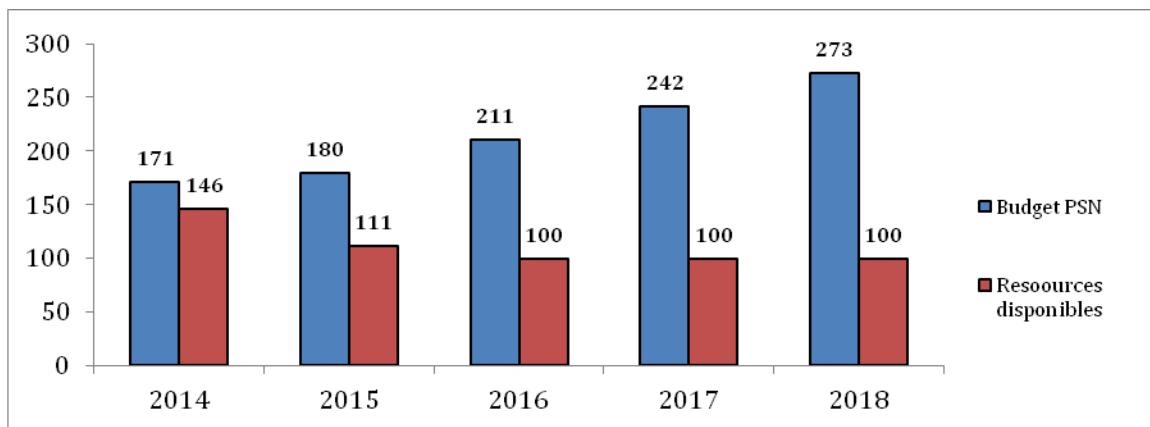


Figure 15. Budget du PSNM et ressources disponibles pour son financement.

16.4 Mécanismes de financement du PSNM

Les enjeux liés au financement de ce plan stratégique sont autant la disponibilité des ressources et le plan de mobilisation qui devrait être mis en place que les mécanismes de financement qui seront utilisés. Dans les précédents plans stratégiques, il n'existe pas de plan clair de mobilisation des ressources, les principaux bailleurs s'engageant uniquement sur les ressources déjà préprogrammées parfois sans liens avec les orientations contenues dans le plan stratégique. Par ailleurs la contribution de l'Etat était toujours mentionnée sans aucune opérationnalisation limitant la crédibilité sur cet aspect des décideurs publics.

Dans le cadre de la définition du mécanisme de financement de ce PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018, la notion d'un système de gouvernance unique est en filigrane avec un seul décideur de l'allocation des ressources : l'instance de pilotage et de gouvernance du PSNM qui est le MSPP.

Le PSNM doit être pour tous les bailleurs et pour les opérateurs le guide ultime pour la définition des activités à réaliser au cours des 5 prochaines années. Ces activités devront être en alignement stratégique avec les axes globaux de la Politique Nationale de Santé en matière de financement du secteur ainsi qu'avec les impacts et effets du PSNM.

Deux modalités de financement seront appliquées :

- Le bailleur de fonds octroie un financement direct à un partenaire d'implémentation après approbation de l'intervention par l'instance de pilotage et de gouvernance du PSNM. Celle-ci devra être partie prenante et participer au processus de sélection de ce partenaire d'implémentation.
- L'instance de pilotage et de gouvernance du PSNM procède et conduit le processus de sélection du partenaire d'implémentation pour un projet qui est ensuite soumis à un partenaire financier pour financement.

Le partenaire financier peut être un bailleur de fonds externe ou l'Etat haïtien au travers de sa contribution directe au financement de la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays.

L'audit financier de tous ces programmes/projets issus du PSNM sera réalisé et transmis à l'instance de pilotage et de gouvernance du PSNM.

16.5 Financement basé sur la performance

Le FBP peut être considéré comme une approche qui consiste en plusieurs interventions ayant pour but l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

En plus de vingt ans de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les progrès mondiaux assignés pour 2015 en matière de santé sont loin d'être atteints. Les paradigmes tels que les Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako ont été largement vulgarisés, avec des ressources dépensées importantes, mais sans résultats pas toujours satisfaisants. Les concepts du Financement Basé sur la Performance s'éloignent des anciens paradigmes sur la façon d'organiser efficacement les systèmes nationaux de santé. Les études d'impact déjà réalisées en témoignent.

Un « système de santé » comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui se consacrent à la réalisation d'activités dont l'objectif premier est la protection et l'amélioration de la santé. Un programme de FBP bien conçu a de fortes chances d'avoir un impact positif sur l'ensemble du système de santé. Il est prouvé que ce potentiel est particulièrement fort si le Ministère de la santé est partenaire du programme.

Le financement basé sur la performance (ou Approche Contractuelle) est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité de soins de santé préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes, à travers « l'achat des soins».

Le modèle d'Haïti utilise des contrats à prix fixe et l'attribution de primes. Les indicateurs sélectionnés pour évaluer la performance institutionnelle sont une association d'indicateurs de prestations de services et d'indicateurs de gestion comme la soumission de plans de travail annuels et des rapports mensuels. En complément des indicateurs sus mentionnés, cinq indicateurs randomisés de prestations de service seront retenus. Les organisations (ONG ou autres) qui atteignent toutes les cibles recevront une prime de 6%, soit un montant total de 106% du budget initialement négocié. L'achat des soins et services sera effectué sur la base d'un contrat entre le financeur de l'intervention (Bailleurs, MSPP ou autres ministères etc.) et l'institution qui développe et vend les services et soins. Les fonds dérivés de cet achat seront utilisés pour :

1. Motiver le personnel de santé, en payant des primes liées à leur performance;
2. La formation du personnel;
3. Le fonctionnement des structures de santé;
4. Financer n'importe quelle stratégie qui vise l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins.

L'utilisation de la performance et des résultats comme fondement de l'évaluation du programme de lutte contre le sida en Haïti offre des perspectives garantissant que celui-ci sera exécuté de manière à répondre aux besoins des populations et des groupes ciblés.

Les programmes de santé, comme celui du VIH/sida sont des occasions essentielles pour créer les moyens d'accès aux services, mais sont également des puissants mécanismes de renforcement du flux d'informations au sein des communautés, qui, en retour, peuvent sensibiliser et motiver la population à accéder à une gamme complète de soins de santé primaire. C'est sur cette voix que le MSPP compte s'engager au cours des prochaines années.

17. Conditions de succès

En dehors de toutes considérations générales sur les facteurs de succès d'un plan stratégique, le Plan stratégique National Multisectoriel 20012-2015 révisé avec extension à 2018 atteindra ses objectifs avec :

- **Un engagement politique fort de la haute direction du MSPP leader de fait de la gouvernance de la lutte contre le sida en Haïti.** Cet engagement politique a vu ses premières manifestations dans l'accompagnement fourni par les hautes instances du MSPP au cours du processus d'élaboration du Plan Stratégique. Cet engagement est de plus nécessaire et incontournable pour permettre la mise en œuvre des actions relatives à la mise en place du cadre, institutionnel et légal de la gouvernance générale du système qui visera en particulier :
 - La coordination des interventions intersectorielles et multisectorielles
 - La surveillance stratégique du programme
- **Une organisation fonctionnelle et bien coordonnée où le rôle de chacun des acteurs est bien défini.** La mise en œuvre du PSNM fera appel à un nombre important d'acteurs dont la CT du Programme National de Lutte contre le VIH/sida. L'articulation et le respect de la répartition des rôles entre ces entités sont essentiels. La CT du PNLS doit être renforcée techniquement (cadre politique, normatif, procédural, etc.), et en matière de ressources humaines pour pouvoir pleinement assumer sa mission.
- **Un financement adéquat.** la recherche de la diversification des mécanismes de financement est un élément essentiel dans le cadre de la pérennisation des activités du PSNM. Tenant compte de l'option retenue depuis toujours de la gratuité des services liée aux VIH/sida et de faire supporter aux bénéficiaires uniquement les coûts indirects de santé, la quasi intégralité des coûts directs du VIH/sida viennent actuellement de la coopération externe. Le facteur de succès le plus important de ce PSNM est son financement et l'adoption par les autorités de mesures tel qu'une augmentation du budget de la santé et la création d'une ligne budgétaire allant dédiée au VIH/sida qui vont dans le sens d'une plus grande responsabilisation des autorités vis-à-vis des charges financières entraînées par la prestation des services à la population.
- **Une gestion saine et rigoureuse.** Celle ci passe par :
 - La mise en place d'une nouvelle structure d'organisation et de gestion au sein du ministère avec un pouvoir décisionnel permettant le suivi de l'exécution efficace et efficiente du programme.

- L’élaboration et la mise en place de procédures générales de suivi des décisions de gestion au sein de l’instance de gouvernance nationale destinée à être mise en place.
- Le renforcement du leadership par des mesures concrètes de légitimation et de soutien de la haute direction du MSPP à la CT du PNLS vu son rôle déterminant dans le dispositif de réponse à la problématique du VIH/sida dans le pays.
- **L’utilisation de procédures de gestion harmonisées.** L’harmonisation et l’intégration des procédures de gestion et des procédures techniques sont des points clé du succès de ce PSNM. Ceci impose l’élaboration et la mise en application de manuels de procédures générales et de procédures d’opérations et la formation du personnel à leur utilisation.
- **Une bonne planification et exécution des activités.** La CT du PNLS en concertation avec ses partenaires devra procéder à l’élaboration du plan opérationnel annuel du programme qui tiendra compte d’une analyse prévisionnelle des ressources disponibles identifiant les gaps en matière de financement et des moyens de les adresser de manière concrète. Par ailleurs la préparation d’un guide de planification et d’un système de gestion documentaire au niveau du PNLS facilitera la réalisation effective des activités de planification.
- **Un programme efficace de management de la qualité.** La gestion de la qualité doit être prise dans son ensemble et devra porter autant sur :
 - la qualité des opérations réalisées par les prestataires de services. Le système d’évaluation externe de la qualité des laboratoires fait partie intégrante de cette démarche. Il en est de même pour la qualité des services, du dépistage à la prise en charge, fournis par les prestataires au sein des institutions. La qualité des soins sera un critère de performance pour les institutions contractualisées via la stratégie FBR, et celles-ci pourront être évaluées périodiquement. Un bonus de qualité sera octroyé aux structures offrant un certain seuil de qualité.
 - la qualité du management général programmatique, administratif et financier ainsi que des opérations de rapportage des activités réalisées.
 - **Un programme rigoureux de suivi évaluation.** Un plan de S&E du PSNM devra rendre compte des évolutions survenant au cours de la mise en œuvre du programme ainsi que des changements généraux dans l’environnement du programme. Il devra prendre en compte la nécessité de rencontres périodiques des partenaires autour du programme pour une harmonisation et consolidation des données. Le développement et l’intégration d’un système national de suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH/sida doit s’inscrire dans la perspective d’une plus grande modernité et standardisation des processus de collecte, stockage, analyse et diffusion de l’information en utilisant tous les outils appropriés pour que ces informations servent réellement dans la prise de décision de gestion et dans la planification par les autorités concernées.

18. Annexes