

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

***PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DES IST
ET DU VIH/SIDA EN HAITI
2002-2006***

MARS 2002

Ce travail commandité par le MSPP a été exécuté par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), suite à un contrat passé avec l'ONUSIDA. De nombreux partenaires des secteurs public et privé ont contribué à sa réalisation. Le financement a été assuré par l'ONUSIDA, l'OPS/OMS et l'USAID (Projet HS-2004 et Policy Project)

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos		iii	
Remerciement spécial		iv	
Remerciements		v	
Sigles et Abréviation		vii	
1.	JUSTIFICATION DU PLAN STRATÉGIQUE	1	
2.	DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE DE LA SITUATION	1	
	2.1 Contexte général	1	
	2.2 Analyse de la situation	3	
	2.3 Analyse de la réponse	11	
	2.4 Analyse synthétique des facteurs relatifs à l'environnement du Plan Stratégique	16	
3.	VISION, PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS	17	
4.	LE PLAN STRATÉGIQUE	19	
	4.1 Premier objectif stratégique : Réduire le risque d'infection	20	
	4.2 Deuxième objectif stratégique : Réduire la vulnérabilité	28	
	4.3 Troisième objectif stratégique: Réduire l'impact	34	
5.	LA GESTION STRATÉGIQUE DU PLAN NATIONAL	39	
	5.1 Élargissement de la capacité de réponse	39	
	5.2 Cadre institutionnel	48	
	5.3 Mise en œuvre du PSN	52	
	5.4 Suivi et Évaluation	55	
	5.5 Recherche et Surveillance Épidémiologique	56	
6.	PRESENTATION DU BUDGET	57	
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59	
	ANNEXE		
Annexe	1	Protocole de réalisation du PSN	60
Annexe	2	Indicateurs socio-démographique et de santé	65
Annexe	3	Intervenants prévus, population ciblée en fonction des objectifs visés et des stratégies identifiées	67
Annexe	4	Cadre logique pour le Suivi et l'Évaluation du PSN	80
Annexe	5	Budget résumé	88

AVANT-PROPOS

Voilà plus de vingt ans que l'épidémie du SIDA a éclaté en Haïti, épidémie qui est source de souffrances pour les individus, les familles et la communauté haïtienne toute entière. Vu les ravages du SIDA dans le monde, un nouvel élan de solidarité est en train de voir le jour, comme en témoigne la « *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA - Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA du 26-27 juin 2001* » .

Inspiré par la vision de l'ONUSIDA, ce plan met l'accent sur la nécessité :

- d'agir sur les trois piliers de la dynamique de l'épidémie : le risque, la vulnérabilité et l'impact ;
- d'élargir la capacité de réponse.

Les stratégies proposées ne sont pas certes exhaustives, mais elles sont prioritaires, tenant compte du diagnostic stratégique de la situation du SIDA en Haïti, des besoins identifiés et des leçons apprises. Ces stratégies ont été retenues sur la base d'un consensus entre les participants des différents secteurs lors d'ateliers et de rencontres organisés à travers tout le pays.

Ce plan met aussi l'accent sur la nécessité :

- d'accorder une importance toute particulière à la gestion, garante de l'atteinte des résultats;
- de préparer des plans départementaux opérationnels avec la participation active la plus large possible de tous les acteurs et de décentraliser la mise en œuvre du plan.

La structure proposée reflète ces deux préoccupations.

Ce plan souligne également l'importance de la recherche, de la surveillance épidémiologique, du suivi et de l'évaluation.

Finalement, il est important de souligner que la mise en œuvre du Plan sera abordée avec flexibilité. Elle dépendra du niveau de disponibilité effective des ressources, du degré de développement organisationnel des différentes entités prévues. Et la structure elle-même est sujette à modification.

Il appartient au Comité national de lutte contre le SIDA, tout en étant flexible, de veiller au respect de l'ensemble des principes directeurs et valeurs qui soutiennent la vision énoncée dans ce plan et au respect des principes de gestion.

La pleine réussite de l'exécution de ce plan, permettra contribuer à améliorer la qualité de vie des haïtiens.

C'est un défi de taille, mais nous pouvons le relever.

REMERCIEMENT SPECIAL

Un très vif et sincère remerciement est adressé à Mme Esther Boucicault, à Mr Saurel Beaujour, à tous les membres de l'équipe de ASON et à toutes les PV-VIH que nous avons rencontrées..

Ils n'ont pas du tout hésité à parler avec franchise d'un sujet très délicat et poignant. Ils nous ont fait part de leur souffrance, de leur déception, mais aussi de leur attente.

Ce travail leur est dédié avec l'espoir que les décideurs et la société haïtienne toute entière s'engageront résolument dans la lutte contre le SIDA.

REMERCIEMENTS

Le Plan National Stratégique pour la Prévention et le Contrôle des IST et du VIH/SIDA est le résultat de l'effort de plusieurs institutions et de l'engagement de nombreuses personnes.

Nos remerciements s'adressent à Monsieur le Ministre, Dr Henri Claude Voltaire, au Directeur Général, Dr Emile Hérald Charles, aux deux présidents successifs de l'ONUSIDA, Dr Lea Guido et Mr Rodney Phillips, et au Conseiller de Programme de l'ONUSIDA, Dr Maria Tallarico, pour leur soutien au processus de réalisation de ce plan.

Nos remerciements s'adressent à l'ensemble des Agences internationales de coopération, des agences multi et bilatérales : l'OPS/OMS, l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, l'ACDI, l'USAID et la Coopération Française. Nous remercions vivement tous les Représentants de ces Agences qui ont contribué à la réalisation de ce travail depuis sa conception jusqu'à la préparation du rapport final.

Nous remercions le Responsable local de FHI et le Chef de Mission du projet HS-2004 pour leur appui.

Nous remercions de façon spéciale pour leur dévouement :

- Mme Viviane Cayemittes, de l'OPS/OMS qui nous a aidé à prendre contact avec les très nombreux acteurs et intervenants opérant sur le terrain et qui nous a accompagné tout au long du processus, nous offrant un appui technique fort apprécié.

Dr Laurent Eustache, Dr Guy Marcel Craan et Mr Eric Gaillard de « Policy Project » pour leur appui technique tout au cours du processus;

- Dr Philippe Hirsch de l'AOPS pour son aide précieuse et sa très grande disponibilité dans l'élaboration du budget

Nous remercions pour leur contribution dans la conception, la préparation et la révision du rapport :

- Dr Paul Adrien du MSPP
- Mr Daniel Altiné de la BIT
- Dr Gary Conille du FNUAP
- Dr Henri Delatour de l'UAPC
- Dr Daniel Henrys du PNUD
- Mr Nesmy Manigat du Groupe Croissance
- Mme Sandra Pharel du Groupe Croissance

Nous remercions pour leurs commentaires et suggestions :

- Mr Moussa Abbo de PSI
- Dr Marie Marcelle Deschamps des Centres GHESKIO
- Dr Julio Desormaux de l'OPS/OMS
- Dr Ralph Midy de l'UNICEF
- Dr Jean William Pape des Centres GHESKIO
- Dr Eddy Génécé de POZ
- Mmes Anne-Marie Hadcroft et Claire Lebrun de Save UK

L'apport des différentes Directions Départementales et des Bureaux de Coordination du MSPP dans la tenue des ateliers a été déterminant ; qu'ils en soient remerciés et nous étendons ces remerciements à l'ensemble des participants des secteurs les plus divers ayant participé à ces ateliers.

Nous remercions également le personnel de la Coordination IST/SIDA du MSPP (Drs Joëlle Deas Van Onacker et Jean Ronel Joseph, Mmes Nirva Duval et Yvrose Chéry), le MCFDF, les représentants du MENJS, du MAST, du MJ et de la PNH pour leur participation dans les ateliers.

Nos remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des institutions privées et des organisations de la société civile pour leur contribution. Sans vouloir être exhaustif, citons : Aide à l'Enfance Canada, CECOSIDA, les Centres GHESKIO, GRASADIS, FHI, FOSREF, INSHAC, Maison l'Arc-en-Ciel, Plan Haïti, Policy Project, POZ, Projet HS-2004, PSI, Save The Children UK et VDH.

Nous voulons remercier d'une façon spéciale, les représentants des organisations de jeunes, des organisations de femmes (CRAD, SOFA etc.), des Organisations de journalistes pour leur participation aux ateliers et groupes de discussion.

Nous remercions tout le personnel de l'IHE pour leur dévouement et leur participation, en particulier Dr Blaise Sévère, Mme Gladys Mayard, Dr Marie Florence Placide, Mr Louigens Frédéric, Mme Rose-Marie Dorsainville, Mr Guiteau Valès, Mr Assoul Daméus, Mr Joseph Estésias, Mme Evelyne Brutus Charles, Mme Monique J.C. Déroneth. Ces remerciements s'adressent aussi à Mme Elisabeth Métellus et Johanne Delva.

Nous remercions très vivement tout le personnel de terrain qui n'a pas ménagé ses efforts pour la collecte des données dans les différents départements et tous ceux qui ont gracieusement accepté de nous fournir des informations précieuses : les représentants du Syndicat des chauffeurs, du Syndicat des travailleurs, les travailleuses du sexe, les enseignants, les policiers, les pasteurs, les prêtres, les houngans, les PV-VIH et leurs familles.

Que tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce plan reçoivent nos remerciements.

Dr Michel CAYEMITTES
Directeur Général de l'IHE
Coordonnateur de la Préparation du PSN

SIGLES ET ABBREVIATIONS

4H	Haïtiens, Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes
ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AES	Accidents par Exposition au Sang
AJH	Association des Journalistes Haïtiens
AMH	Association Médicale Haïtienne
AMHE	Association des Médecins Haïtiens vivant à l'Étranger
AOPS	Association des Oeuvres Privées de Santé
APROSIFA	Association pour la Promotion de la Santé Intégrée de la Famille
ASON	Association de Solidarité Nationale
AZT	Zidovudine (azidothymidine)
BM	Banque Mondiale
CARICOM	Caribbean Community
CAREC	Caribbean Epidemiology Center
CCI	Comité de Coordination Inter Agence
CDC	Centres de Contrôle des Maladies
CE	Comité d'Éthique
CECOSIDA	Cellule de Communication sur le SIDA
CEE	Communauté Économique Européenne
CEP	Centre d'Éducation Populaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNRA	Comité National de Réforme Administrative
CONATEL	Conseil National des Télécommunications
CPA	Country Program Advisor
CTS	Centre de Transfusion Sanguine
EMMUS-III	Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services – 3 ^e version
EVF	Éducation à la Vie Familiale
FDCHC	Fonds de Contrepartie Haïti Canada
FEBS	Fondation Esther Boucicault Stanislas
FIST	Fonds International de Solidarité Thérapeutique
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FOCAL	Fondation Culture et Liberté
FONHEP	Fondation Haïtienne de l'Enseignement Privé
FOSREF	Fondation pour la Santé Reproductive et l'Éducation Familiale
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
GIPA	Greater Involvement of People Living with AIDS
GRASADIS	Groupe de Recherche et d'Action contre la Discrimination Sexuelle
HAS	Hôpital Albert Schweitzer
HSH	Hommes ayant des Relations Sexuelles avec d'autres Hommes
IEC	Information, Éducation et Communication
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
INHSAC	Institut Haïtien de Santé Communautaire
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCC	Ministère de la Culture et de la Coordination
MCFDF	Ministère de la Condition Féminine et des Droits de la Femme
MDM	Médecins du Monde
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MENJS	Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports
MHAVE	Ministère des Haïtiens Vivant à l'Étranger
MJ	Ministère de la Justice
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSH	Management Sciences for Health

MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/ Organisation Mondiale de la Santé
PEF	Plan National d'Éducation et de Formation
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Pays Moins Avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Plans Opérationnels
POZ	Promoteurs Objectif Zéro SIDA
PROMESS	Programme de Médicaments Essentiels
PRSP	Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
PSI	Programme de Santé et Information
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PV-VIH	Personnes Vivant avec le VIH
REHVIH	Réseau Haïtien contre le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SIS	Système d'Information Sanitaire
TBc	Tuberculose
TCD	Table de Concertation Départementale
UCC	Unité de Coordination Centrale
UDG	Unités Départementales de Gestion
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Nations Unies pour le Développement International
VCT	Voluntary Counselling and Testing/Conseils et Test Volontaires
VDH	Volontariat pour le Développement d'Haïti
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
VIH+	Séropositif pour le VIH
VNU	Volontaire des Nations Unies

I. JUSTIFICATION DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL

L'épidémie du SIDA est au stade généralisé en Haïti depuis de nombreuses années. Un Plan stratégique National pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA et des IST/SIDA avait été lancé pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) le 1^{er} décembre 1996 pour couvrir la période 1996-2000. Un Programme d'exécution a été mis sur pied par la suite. Durant cette période, la prévalence du VIH chez les adultes a peu bougé passant de 5,85% en moyenne à 5,62%¹.

Les différents acteurs et intervenants ne s'étaient pas suffisamment appropriés le plan, et son exécution fut en butte à de nombreuses difficultés, en particulier : manque de ressources, centralisation excessive, inadéquation de la structure organisationnelle, manque de coordination des interventions. Et surtout, ce Programme, impliquant uniquement le secteur Santé, était limité dans sa vision. Ainsi, il n'avait pas su répondre aux différents défis liés à la problématique du VIH/SIDA en rapport avec les déterminants de la dynamique de l'épidémie.

La multiplicité des facteurs favorisant la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles et les inter-relations entre ces facteurs préconisent plutôt une approche systémique, multisectorielle et participative pour lutter efficacement contre les IST et le VIH/SIDA.

Le 7 mai 2001, le Président de la République, Son Excellence Monsieur Jean Bertrand Aristide a lancé officiellement le processus de préparation du Plan Stratégique National 2002-2006. Toutefois, pour éviter un vide d'orientation, le MSPP de concert avec ses partenaires, a élaboré et mis en œuvre un Plan intérimaire pour la période 2001-2002. Une firme consultante, l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), a été choisie pour l'élaboration du Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA pour la période 2002-2006. Le Protocole de préparation du Plan stratégique est présenté *en Annexe 1*.

II. DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE DE LA SITUATION

2.1 CONTEXTE GENERAL²

➤ CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

- ❑ La République d'Haïti partage avec la République Dominicaine l'île d'Haïti située dans les Caraïbes.
- ❑ La population haïtienne est estimée à 8,300,648 habitants dont 66% en milieu rural et 34% dans le monde urbain. Il y a un flux de plus en plus important de migrants des zones rurales vers les bidonvilles urbaines, en particulier vers la Capitale, mais aussi vers l'étranger. Les femmes sont légèrement plus nombreuses et représentent 52% de cette population. Un peu moins de la moitié des haïtiens (42%) a moins de 15 ans et l'âge médian de la population est de 20 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 4,7 enfants par femme. Le taux annuel de croissance démographique est de l'ordre de 2,08%.

➤ CONTEXTE ECONOMIQUE

- ❑ Décrite autrefois comme agricole, l'économie haïtienne est dominée actuellement par les activités commerciales sur un mode informel. La situation économique, caractérisée par une chute libre de la production et la détérioration des termes de l'échange, entraîne un appauvrissement progressif du pays. Le sous emploi sévit de façon chronique. Selon l'EMMUS III réalisée entre février et juillet 2000, seulement 65% des hommes et 55% des femmes déclarent travailler et il ne s'agissait pas nécessairement d'un emploi

¹ Estimation calculée à partir de projections établies par Policy Project - IHE - MSPP utilisant le modèle « Epidémiological Projet Package » développé par l'ONUSIDA.

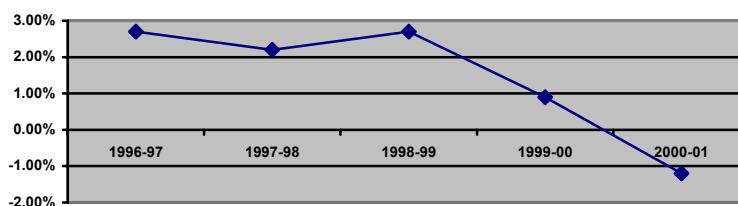
² Le lecteur est prié de consulter *l'Annexe 2* présentant les principaux indicateurs d'Haïti.

rémunéré permettant de satisfaire les besoins de base. Il est généralement admis que la grande majorité de la population vit en-dessous du seuil de la pauvreté.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) a peu varié au cours des cinq dernières années fiscales (1996/97 à 2000/01), passant de 12 milliards 410 millions de gourdes au début à 12 milliards 981 millions de gourdes à la fin de la période, selon les estimations de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique.

La valeur de la gourde se détériore régulièrement ; cotée à 16,27 gourdes pour 1 dollar américain en 1996/97, il fallait 23,83 gourdes en 2000/01, ce qui indique que le PIB en dollar constant a donc régressé.

Le taux de croissance économique est à la baisse comme le montre le graphique suivant, préparé à partir des données publiées par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Ce taux est passé de 2,70% en 1996/97 à -1,20% en 2000-01.



➤ CONTEXTE SOCIAL ET CULTUREL

- Sur le plan social, la grande pauvreté des femmes et le maintien de certains stéréotypes accordent à l'homme le pouvoir de décision tant dans les relations sexuelles que dans les questions des affaires de la famille. La femme haïtienne n'arrive pas encore à négocier ses relations avec son partenaire et cette situation la rend très vulnérable.

L'exclusion sociale liée à la zone de résidence, au genre, à la religion, à la couleur, au niveau d'éducation et au niveau de la fortune sont à la base d'une distribution inégale des ressources et des opportunités sur le territoire national.

- Les pratiques culturelles haïtiennes sont fortement marquées par ses origines africaines, un passé lié au régime esclavagiste et par des perspectives modernes calquées sur l'occident. Certains comportements sexuels liés à la pratique du vaudou, qui offre un plus grand espace de liberté sexuelle et le multipartenariat socialement reconnu, seraient susceptibles d'augmenter les risques d'infection au VIH.

Haïti connaît une situation de violence liée à la conjoncture socio-politique et économique, à ses traditions et à ses systèmes de valeur. Cette violence se traduit sur le plan conjugal et sexuel et touche près d'un tiers (30%) des femmes haïtiennes, selon l'EMMUS III.

➤ CONTEXTE SANITAIRE

- Sur le plan sanitaire, l'évolution vers une amélioration de l'état de santé de la population est très lente. Les tableaux de morbidité sont dominés par les maladies infectieuses, transmissibles et nutritionnelles. Les niveaux de mortalité sont très élevés, selon l'EMMUS III comme en témoignent ces indicateurs :
 - Taux de mortalité infantile : 84 pour mille (1995-2000)
 - Taux de mortalité infanto-juvénile : 119 pour mille (1995-2000)
 - Taux de mortalité maternelle : 523 pour cent mille (1994-2000).

- ❑ Une accessibilité limitée aux soins de santé de base, la distribution inégale des ressources pour la santé et le bas niveau d'éducation concourent à ralentir l'évolution vers une baisse substantielle de la morbi-mortalité.
- ❑ L'état général de l'environnement en Haïti est l'un des facteurs qui contribue à ralentir l'amélioration des indicateurs de santé. La faible performance économique du pays, la faiblesse des finances publiques, la croissance démographique limitent une prise en charge adéquate de l'environnement. Le bas niveau d'éducation d'une grande partie de la population et la faiblesse des institutions publiques handicapent grandement la rentabilité des interventions développées.

➤ CONTEXTE POLITIQUE

La promulgation de la Constitution de 1987 et l'option prise par le peuple haïtien pour des régimes politiques de type démocratique ont été porteuses d'espoir. Cependant, l'absence de consensus de la part des différents secteurs politiques pour un projet de société et l'incapacité des différents acteurs sur la façon de « répondre aux exigences politiques et organisationnelles d'un nouvel ordre démocratique » a entretenu au cours des deux dernières décennies, une instabilité politique qui a des conséquences néfastes sur la gestion des affaires publiques, selon le Bilan Commun des Pays publié par les Nations-Unies. Parallèlement, l'absence de mise en oeuvre de politiques sectorielles et de politiques transversales explicites engageant le pays sur la voie d'un développement durable, prive le pays jusqu'à présent de l'orientation nécessaire à l'élaboration de plans concertés et de programmes efficaces. Et il n'est pas évident que la santé en tant que facteur de développement soit une préoccupation partagée par tous les secteurs mis à part celui de la santé.

Le diagnostic stratégique sera présenté du point de vue de l'analyse de la situation et de la réponse apportée à date.

2.2 ANALYSE DE LA SITUATION DES IST ET DU VIH/SIDA

2.2.1 Bref rappel historique

Les IST sont apparues en Haïti depuis des siècles et évoluent selon un mode endémique.

L'apparition du SIDA en Haïti est plus récente. Le plus ancien cas rapporté en Haïti remonte à 1978. Les premiers cas de SIDA chez les Haïtiens aux États-Unis d'Amérique datent de juin 1981. Les recherches effectuées en Haïti laissent croire que le virus a été probablement introduit dans l'île à travers les réseaux homosexuels à partir des États-Unis, à la fin des années 70. Le fait que nombre de ces homosexuels soient également bisexuels, a facilité le passage du virus dans la population féminine.

En 1982, les Centres de Contrôle des Maladies (CDC), aux États-Unis incluaient faussement les Haïtiens dans un groupe spécial : le fameux « 4H ». Cette singularisation d'une nationalité parmi les facteurs de risque a causé et cause encore au peuple haïtien des torts irréparables. Et cela a facilité, dans un contexte ethno culturel propice, le phénomène de déni collectif des haïtiens vis-à-vis de cette maladie. « Des données des centres GHESKIO ont apporté les augmentations scientifiques tels la transmission hétérosexuelle du VIH et ont été utilisées en référence au retrait des haïtiens de cette classification par les CDC en 1985 ».

2.2.2 Profil épidémiologique

Qu'il s'agisse des IST ou du VIH/SIDA, il n'existe pas de données fiables représentatives permettant de saisir l'ampleur exacte de ces épidémies sur le plan national. Rappelons qu'Haïti a cessé de notifier des cas de SIDA depuis 1992 et que le système d'information sanitaire national n'est pas en mesure de fournir des statistiques sur la situation des IST et du VIH/SIDA. A défaut, nous utiliserons les estimations les plus récentes disponibles pour

certaines sous catégories de la population. Le profil épidémiologique exact de ces maladies est donc loin d'être connu, il fait cruellement défaut, particulièrement pour les groupes vulnérables.

La prévalence des IST parmi la population adulte se situerait autour de 12%. Les informations disponibles permettent de dire que les diagnostics les plus communs en Haïti sont :

- *Chez la femme* : le trichomonas vaginalis, la candidose, la chlamydiae, la syphilis, la vaginose bactérienne. Les infections à papilloma virus et l'herpès sont nettement plus rares.
- *Chez l'homme* : la gonorrhée, l'urétrite non spécifique, le lymphogranuloma vénereum, le chancre mou, la syphilis. L'herpès est également rare chez les hommes.

Un total de 239.000 personnes seraient porteuses du virus et chaque année environ 4000 nouveau-nés seraient séropositifs. Haïti est de loin le pays le plus fortement touché de la zone Amérique. Près des 2/3 des cas de PV-VIH dans les Caraïbes proviendraient d'Haïti.

La répartition de ces infections varie en fonction du groupe d'âges. Le taux de positivité de la syphilis par exemple diminue progressivement avec l'âge. Par contre, la prévalence du VIH/SIDA est plus faible dans les groupes très jeunes que ceux de 25-34 ans.

Contrairement aux IST qui affectent presque qu'autant le monde rural que le milieu urbain, le SIDA est nettement plus fréquent en ville soit environ de 2,3 fois.

Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie de SIDA, celle-ci s'est féminisée passant d'un sexe ratio de 5,6 Hommes pour 1 Femmes il y a vingt ans, à près de 0,8 Hommes pour 1 Femme actuellement, du moins en milieu urbain.

L'épidémie de SIDA, bien que généralisée, tend à se stabiliser. En effet, la prévalence de l'infection au VIH serait passé de 5,92% en 1996 à 5,29% en 2001³.

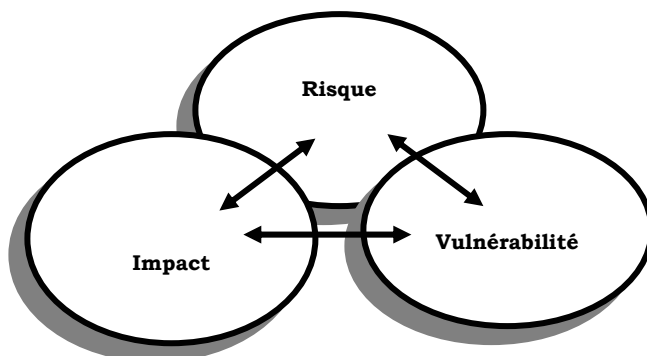
Un équilibre ayant été atteint entre le taux de mortalité et l'incidence, il n'est pas exclu que l'incidence soit légèrement ralentie du fait d'un meilleur accès au traitement des cas d'IST, de l'adoption de comportement sécuritaire par une plus grande proportion de la population, et en particulier d'une utilisation accrue du condom, du contrôle de la transmission du VIH par transfusion sanguine.

Néanmoins, il est trop tôt pour considérer cette stabilisation comme acquise et définitive car la prévalence élevée de la syphilis chez les jeunes, témoin de comportement non sécuritaire, le poids important de certains facteurs (*ethno-culturel, économique et migratoire*) facilitant l'extension de l'épidémie, l'importance du facteur *brassage sexuel* sont susceptibles de rompre l'équilibre apparent actuel.

³ Estimation calculée à partir des projections établies par Policy Project, l'IHE et le MSPP utilisant le modèle « Epidémiological Projet Package » développé par l'ONUSIDA.

2.2.3 Dynamique de l'épidémie

Trois facteurs : le risque, la vulnérabilité et l'impact interagissent entre eux pour entretenir l'épidémie.



➤ *Le risque*

La probabilité pour un individu de contracter l'infection au VIH est augmentée dans la population haïtienne du fait de nombreuses raisons :

❑ *L'initiation sexuelle précoce*

L'âge médian des premiers rapports sexuels est estimé à 18,2 ans et 13% des femmes de 25-49 ans auraient débuté leur vie sexuelle à 15 ans, selon l'EMMUS III. Il y a 5 ans, ce pourcentage était de 9%. L'initiation sexuelle se fait maintenant à un âge de plus en plus tôt et à un moment où le col de l'utérus n'est pas encore mature, et avant cette maturation il est plus vulnérable aux IST.

❑ *La non utilisation du condom*

Le taux d'utilisation continue et régulière du condom est encore faible. Le taux d'utilisation au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire autre que le conjoint était estimé à 14% chez la femme et à 26% chez les hommes en 2000, selon l'EMMUS III. La non utilisation continue du condom est le facteur le plus déterminant dans la transmission des IST et du VIH/SIDA.

❑ *Les IST*

Cofacteurs de la transmission du VIH, ces infections sont fréquentes dans la population haïtienne. La prévalence déclarée par les enquêtés au cours de l'EMMUS III en 2000, était estimée à 9,2% chez les hommes dont 4,0% d'ulcère génital et à 14,6% chez les femmes dont 4,1% d'ulcère génital,

❑ *Le multipartenariat*

Il est très répandu et un pourcentage non négligeable de la population a de nombreux partenaires sexuels, soit réguliers, soit occasionnels. Un quart des femmes en union déclaraient au cours de la dernière EMMUS que leur mari avait au moins une autre femme et 15% des hommes en union déclaraient avoir une « femme à côté ». Les unions multiples sont relativement fréquentes et le « multipartenariat » est socialement accepté. Dans un contexte où à peine 4,5% de la population connaît son statut sérologique, cela peut être un facteur non négligeable de transmission, si les unions sont instables et l'un des partenaires infecté.

❑ *Le mélange des âges*

La différence d'âges entre partenaires, particulièrement entre les adolescentes et leurs partenaires masculins est un facteur de risque de transmission du VIH qui est de plus en plus documenté. Chez les filles de 15-19 ans, elle est de 7,3 années en moyenne contre une moyenne générale de 5,8 années pour l'ensemble de la population féminine, selon l'EMMUS III.

❑ *La fréquence de changement de partenaire*

En prenant comme « proxy » le nombre moyen de partenaire autre que le conjoint au cours des douze derniers mois, il a été estimé au cours de la dernière EMMUS, qu'il varie entre 0,6 et 0,9 chez les hommes haïtiens, suivant qu'ils sont en union ou pas. Chez les femmes, ces moyennes sont respectivement de 0,3 et 0,2. Environ 15% des hommes en général auraient des partenaires occasionnels. Cependant, ce pourcentage est nettement plus élevé chez les célibataires, jusqu'à 22%.

❑ *Le brassage sexuel*

Ce concept fait référence aux échanges entre les personnes ayant un comportement à haut risque et celles ayant un comportement sexuel à moindre risque. Ainsi, il est estimé qu'environ 8% des hommes ont des relations sexuelles avec les prostituées et 66% « des HSH » auraient des relations également avec des femmes.

❑ *La transmission verticale*

Environ 4,5% des femmes haïtiennes fréquentant les cliniques prénatales sont séropositives. Cependant, il y a très peu d'interventions pour limiter la transmission verticale, car moins de 5% de ces mères séropositives ont accès à un traitement.

En conclusion, sur la base des données disponibles en Haïti et selon l'avis des experts on peut dire que :

- ❑ les relations sexuelles non protégées et les IST non soignées ou mal soignées sont les deux premiers facteurs prioritaires qui conditionnent le risque d'attraper le VIH/SIDA ;
- ❑ le brassage sexuel et l'ignorance du statut sérologique viennent en 3^{ème} et 4^{ème} position comme facteur de risque pour les hommes et les femmes adultes ;
- ❑ l'absence de mesure prise pour le/la patient (e) souffrant d'une IST pour informer son/sa partenaire et la précocité des relations sexuelles viennent en 3^{ème} et 4^{ème} position parmi les facteurs de risque pour les jeunes, les adolescents et les enfants en situation difficile.

➤ *La vulnérabilité*

Certains facteurs influencent négativement la capacité des individus à éviter d'être en situation de risque. Ils varient suivant le groupe et sont en relation avec l'environnement socio-économique. Ainsi, la vulnérabilité particulière de certains groupes est à souligner :

Vulnérabilité des femmes: le risque pour les femmes d'être infectées au VIH est déjà élevé pour des raisons physiologiques lors de contacts avec un partenaire infecté. Leur vulnérabilité est amplifiée à cause de leur faible pouvoir de négociation en matière sexuelle. Cela est en rapport avec leur statut économique (manque d'autonomie financière, sous emploi), leur sous scolarisation, leur sous éducation et le stéréotype machiste prédominant dans la société. Par ailleurs, selon l'EMMUS III, environ 15% des femmes de 15-49 ans sont l'objet de violence sexuelle. Une partie de ces cas serait constituée de viol. Mais la prise en charge des cas de viol est faible.

Deux sous catégories méritent de retenir l'attention : les jeunes employées de maison et les ouvrières qui sont très souvent harcelées par leurs employeurs.

De façon spéciale, il faut souligner la très grande vulnérabilité des *travailleuses du sexe* du fait qu'elles n'utilisent pas le condom systématiquement, car il est connu que certains clients leur offrent un montant plus élevé pour ne pas l'utiliser. La précarité de la situation économique de la très grande majorité d'entre elles, limite leur capacité à négocier le condom selon des interviews menées avec les travailleuses du sexe dans le cadre de la préparation du PSN.

- **Vulnérabilité des jeunes** : ils sont particulièrement exposés en raison des facteurs suivants :
 - La faiblesse de l'offre en matière de programmes d'éducation sexuelle tant sur le plan quantitatif que qualitatif ;
 - Le caractère monoparentale de nombreuses familles ne facilite pas la solution des problèmes psychoaffectifs confrontés par les jeunes au cours de l'adolescence tenant compte aussi du manque de communication parent-enfant (le sexe est un sujet tabou) ;
 - L'absence de modèle et l'influence d'un mode de vie véhiculé à travers les média où le libertinage sexuel est parfois encouragé ;
 - L'absence de protection juridique réelle et la précarité économique des jeunes facilitent aux adultes l'entretien de relations sexuelles avec des mineures.

Cette situation de vulnérabilité est d'autant plus exacerbée par le fait que l'adolescence est une période de changement biologique et psychologique qui porte normalement les jeunes à découvrir la sexualité. Cette vulnérabilité est manifeste pour deux sous catégories :

- Les « *restavèk* » ou *enfant en domesticité*, soit environ 80.000, particulièrement les filles de maison constituent un groupe très vulnérable du fait de leur statut de demi-esclavage, de leur non scolarisation, de leur sous information en matière sexuelle et de leur manque d'accès à des soins de santé, lorsqu'elles souffrent d'IST;
- Les *enfants des rues*, environ 15.000, constituent une proie facile pour la « prostitution la plus misérable homo ou hétéro sexuelle », selon une étude menée par Médecins du Monde Suisse, à cause de leur situation économique très précaire, de leur implication dans des réseaux de drogue comme passeur ou utilisateur.

□ **Vulnérabilité des travailleurs migrants**

Les travailleurs migrants, de par leur travail constituent une source de revenus non négligeable. Evoluant dans un contexte où la précarité économique est en général la règle, leur pouvoir économique leur permet de monnayer leurs relations sexuelles. Ces occasions s'offrent d'autant plus facilement qu'ils vivent hors de leur domicile régulier. Le cas des policiers et des camionneurs-chauffeurs comme « gason fambre » (homme à femmes) est typique en Haïti. Les « coupeurs de canne » constituent aussi un groupe très vulnérable.

□ **Vulnérabilité des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.**

L'homosexualité n'étant pas socialement acceptée en Haïti, les HSH ne peuvent pas assumer ouvertement leur condition, d'où le caractère clandestin ou semi clandestin des relations, avec la possibilité d'un brassage sexuel plus dangereux et la limitation de la capacité d'utilisation systématique du condom, comme il en ressort d'une enquête menée par GRASADIS en 1999.

La vulnérabilité de ces sous groupes et de la population en général est entretenue par des facteurs sous jacents à savoir : le dysfonctionnement des structures étatiques, la pauvreté, l'inégalité de genre, la conception surnaturelle de l'origine de la maladie dans un contexte ethno-culturel propice.

Trois facteurs environnementaux sont importants en Haïti, à savoir :

- L'environnement ethno-culturel
- La perception des relations homme - femme
- Le contexte économique

□ **Environnement ethno-culturel**

La conception de *maladie surnaturelle*, assez courante en Haïti où l'on fait intervenir un « *locus de contrôle externe* » facilite l'extension de l'épidémie. En effet ceci :

- ∇ déresponsabilise l'individu en ce qui a trait à la prévention;
- ∇ ouvre la porte à la prise en charge du SIDA par des moyens non médicaux;
- ∇ renforce le risque de transmission (*le virus étant une entité virtuelle non reconnue*).

Selon les données disponibles à l'EMMUS-III, 19% des haïtiens croient au mode de transmission par sorcellerie et 29% n'excluent pas ce mode.

De même, pour expliquer l'origine de la blennorragie, la théorie du « *cho frèt* » ne facilite pas une prise en charge médicale correcte et contribue à l'extension des IST.

□ **Perception des relations homme - femme**

Finalement, signalons que la conception machiste en cours dans la société haïtienne qui veut que l'homme a un appétit sexuel insatiable et que la femme est faite pour satisfaire cet appétit, réduit le pouvoir de décision de la femme haïtienne en matière de sexualité.

« Pour les hommes, la sexualité apparaît comme un besoin à combler, un appétit à satisfaire » et il n'existe pas nécessairement de liens « entre les sentiments amoureux et la sexualité ». Le pouvoir de décision en matière sexuelle appartient pour l'essentiel à l'homme. Les femmes doivent se soumettre au désir des hommes. Cette conception des relations Hommes-Femmes est entretenue par l'éducation donnée en la matière par les familles. Une telle conception laisse peu de place à la négociation par les femmes en matière de sexualité et partant elles limitent leur pouvoir de se protéger.

□ **Environnement économique**

Dans les conditions de pénurie voire de misère dans lesquelles vit la grande majorité de la population, même en connaissant les moyens de transmission et de prévention, il est difficile pour nombre de personnes de négocier des relations sexuelles sécuritaires, quand il faut choisir entre l'acquisition d'un minimum de biens matériels pour sa survie et le risque d'être contaminé, risque à la limite virtuel, si l'on croit qu'on est protégé par les « *lwa* » (Dieu vaudou). Nombre de jeunes, de femmes ou d'autres personnes appartenant aux groupes vulnérables ne peuvent donc pas se payer le luxe de faire un choix raisonné sécuritaire quand il s'agit de manger aujourd'hui, de payer une dette urgente, d'entretenir la famille. Dans ces cas dramatiques, il vaut mieux « prendre sa chance » dans une relation sexuelle non protégée.

Selon certaines études présentées dans le rapport complet sur *Diagnostic stratégique de la situation des IST et du VIH/SIDA* « les expressions populaires ne permettent pas d'ignorer la portée économique des rapports sexuels ; les femmes désignent donc leurs organes génitaux en disant « *enterèm* » (*mon bien*), « *manman lajanm* » (*mon capital*). A

défaut d'être une source de plaisir, les rapports sexuels apparaissent pour les femmes comme un travail qui, d'une manière ou d'une autre, doit être compensé ».

« Plus ou moins consciemment, de nombreuses femmes estiment que les rapports sexuels constituent une importante monnaie d'échange avec les hommes. Pour obtenir un certain support économique, des femmes pratiquent ce que l'on pourrait qualifier de « polyandrie successive » ; elles s'engagent successivement dans plusieurs unions, chacune lui donne éventuellement un ou plusieurs enfants ».

L'importance du facteur économique comme déterminant dans la transmission du VIH a été démontré au cours de plusieurs études épidémiologiques menées en Haïti.

➤ *L'impact*

En plus d'être une maladie très grave et invalidante, le VIH/SIDA des conséquences importantes sur la famille du malade et sur la communauté.

Le SIDA constitue une des maladies ayant le plus d'impact sur l'individu, sa famille et la société.

□ *Au niveau individuel*

La maladie une fois déclarée rend le patient rapidement improductif. De plus, l'ostracisme, *la stigmatisation* dont il est parfois l'objet et le pronostic très sombre de cette affection, rendent le malade très inconfortable sur le plan psychologique (*désespoir, dépression allant jusqu'au suicide en certaines occasions*).

□ *Au niveau familial*

Le SIDA est source de *discorde* de toutes sortes dans le couple (*mépris, violence, séparation*). La vie des enfants est perturbée (*désinvestissement affectif, déscolarisation, détérioration de l'état nutritionnel, déplacement/ placements dans d'autres familles*).

□ *Au niveau de la communauté*

▪ **Sur le plan économique**

La prise en charge nécessiterait des dépenses de l'ordre de 650 à 850 dollars américains annuellement, ce qui est rapidement insupportable pour le patient et sa famille. Egalement, le coût des funérailles n'est pas négligeable : entre 625 à 2000 dollars américains. Le SIDA est ainsi une source majeure de décapitalisation et d'endettement des familles.

De plus, sur le plan collectif, il mine les forces productives de la nation. L'importance de cette perte est difficilement chiffrable en termes économique, vu la prédominance du caractère informel de l'économie et du manque de données fiables.

▪ **Sur le plan démographique**

Le SIDA aggrave la mortalité maternelle et infantile. Il contribuerait à augmenter la mortalité maternelle de 20%. Du fait de la transmission verticale estimée à 30% chez les femmes enceintes séropositives, selon les Centres GHESKIO, il naîtrait donc environ 4 000 nouveau-nés infectés par an, desquels 2 680 mourront avant d'atteindre leur premier anniversaire.

D'un autre côté, du fait du décès des (du) parent (s) malades, 113 000 enfants sont devenus orphelins au cours de la période 1996-2001, selon les estimations de Policy Project et de l'IHE.

Il est aussi admis que le SIDA raccourcit l'espérance de vie des haïtiens, mais son impact réel en termes quantitatif est difficile à apprécier.

- **Sur le plan sanitaire**

Le SIDA augmente considérablement la consommation des soins modernes et traditionnels et constitue une charge de plus en plus lourde pour le système de santé. En effet, près de 29 000 nouveaux cas de SIDA seraient apparus au cours des 5 dernières années (1996-2001), s'ajoutant au 225 000 déjà existant en 1995, selon les mêmes estimations citées plus haut.

Le SIDA a un effet multiplicateur sur d'autres maladies : il augmente l'incidence de la tuberculose et des IST en particulier. Près de 52 000 cas de tuberculose seraient dûs au VIH/SIDA en 2001. La moitié des PV-VIH PPD+ vont faire une tuberculose au cours de l'évolution de leur maladie et 50% des patients tuberculeux à Port-au-Prince sont VIH+, selon les Centres GHESKIO.

Chez les femmes infectées par le VIH, il est connu que la grossesse raccourcit la période d'incubation de la maladie et par conséquent la survie de ces femmes. Il augmente le taux d'avortements spontanés au cours du premier trimestre.

Le SIDA est un cofacteur de l'apparition de nombreuses pathologies chez le jeune enfant : IRA et malnutrition. De plus, il a un effet négatif sur son développement psychomoteur.

La pauvreté, l'inexistence d'une politique claire et bien définie de lutte contre le SIDA, le caractère parcellaire et le manque d'adéquation de la réponse, constituent sans doute des facteurs importants à prendre en compte pour expliquer l'ampleur de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA en Haïti.

En conclusion, ce profil épidémiologique des IST et du VIH/SIDA confirme qu'Haïti est profondément affecté et cette situation a des racines profondes dans l'environnement externe, à savoir entre autres :

- ❑ La crise politique qui sévit depuis des décennies en Haïti n'est pas propice aux interventions structurantes et ne permet pas de mettre sur pied un programme de développement durable.
- ❑ La précarité de la situation économique qui se caractérise entre autres par une absence d'opportunités sur le plan économique, l'absence de politique d'emploi et l'exclusion de certaines régions et de certains groupes.
- ❑ La poussée démographique non maîtrisée qui augmente la pression sur les services sociaux de base et les services de santé en particulier.
- ❑ Les faiblesses du système éducatif (tant sur le plan quantitatif que qualitatif) qui ne permettent pas la transmission du savoir relatif au concept moderne de maladie et à la connaissance du corps. L'éducation tel que pratiquée ne facilite pas le savoir être et le savoir faire en matière de protection vis-à-vis des IST et du VIH/SIDA.
- ❑ De nombreux traits culturels et le mode de vie encouragent l'irresponsabilité de l'homme, la violence sexuelle et les unions concomitantes.
- ❑ L'absence d'un code de la famille, de lois adéquates et de mesures d'applications qui n'offrent pas la protection juridique nécessaire aux femmes, aux enfants et aux personnes privées de liberté.

2.3 ANALYSE DE LA RÉPONSE⁴

Le Programme national de lutte contre le SIDA comportait deux grandes composantes : 1) les services de prévention et de promotion; 2) les services de prise en charge. L'analyse de cette réponse sera donc envisagée sous ces deux angles.

2.3.1 LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION

Dans les services de prévention et de promotion, on retrouve : la promotion des comportements sexuels à moindre risque, la promotion/distribution et vente de condom, la réduction de la transmission mère-enfant, et la sécurité transfusionnelle.

- *La promotion de comportements sexuels à moindre risque et la réduction de la vulnérabilité de certains groupes spécifiques.*
 - ❑ Dans le cadre de cette promotion, plusieurs activités ont été réalisées :
 - l'élaboration et la mise en place par le Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports (MENJS) d'un programme « Éducation à la vie familiale » (EVF) en matière de population et de santé de la reproduction » destiné aux enseignants et élèves ;
 - des activités ponctuelles telles que conférences et congrès à l'intention des jeunes;
 - des kiosques d'information destinés à la population générale à l'occasion de fêtes patronales ;
 - un projet CARAVANE des artistes et des jeunes contre le SIDA organisé dans les principales villes du pays à l'initiative de l'UNESCO par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), en collaboration avec des artistes connus tels que Azor, Boulo Valcourt, James Germain et des partenaires tels que : les Clubs de l' UNESCO, CECOSIDA, POZ, KOFAL, PSI, VDH, FOSREF, PANOS, ASON, l'OPS/OMS, l' UNICEF et le PNUD.

L'abstinence et le comportement responsable sont conseillés particulièrement aux jeunes écoliers dans le cadre du Programme du MENJS. La fidélité et l'usage du condom sont recommandés surtout aux adultes sexuellement actifs (jeunes et moins jeunes). Le condom est fortement conseillé aux PV-VIH, travailleurs et travailleuses du sexe, aux travailleurs migrants et à tous les individus qui ont de multiples partenaires.

Quelques initiatives ont été prises par les intervenants en particulier le PSI, FOSREF et VDH, afin de renforcer la promotion des comportements à moindre risque et la réduction de la vulnérabilité de groupes spécifiques. Un ciblage direct de ces groupes a été effectué avec une approche « face à face » dans les lieux de travail ou de loisirs (travailleuses du sexe, clients, jeunes et autres). Ces activités, semblent avoir donné des résultats satisfaisants.

- ❑ L'évaluation directe de l'efficacité de ces interventions est difficile à mener à cause du manque d'informations précises, permettant d'attribuer les résultats obtenus à ces interventions.
- ❑ Plusieurs limitations ont été identifiées dans la promotion des comportements sexuels à moindre risque parmi lesquelles : l'insuffisance de services pour les jeunes; la limitation des interventions ciblant les jeunes non scolarisés, les femmes, les travailleurs du sexe, les personnes privées de liberté, les travailleurs migrants, les policiers, les drogués (alcooliques), les enfants des rues; le manque de standardisation des outils d'apprentissage; le manque de mécanisme d'échange et de valorisation des expériences acquises; le manque d'intervention dans le milieu rural et le milieu de travail; le manque de viabilité; le manque

⁴ Cette analyse se réfère aux activités menées principalement au cours de la période 1996 – 2001.

d'implication de la communauté; le manque d'implication du secteur étatique; la multi-sectorialité trop limitée.

➤ *La promotion, la distribution et la vente de condom*

Elle a été réalisée en utilisant deux approches :

- la distribution gratuite par les établissements de santé
- la commercialisation sociale à travers le Projet PSI

- Les préservatifs sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et à coût réduit par le secteur commercial, grâce à une subvention d'Agences de financement (USAID, FDCHC et FNUAP). Malheureusement, la disponibilité des préservatifs dans les établissements de santé est généralement limitée au Programme de PF et les ruptures de stock sont fréquentes.

La faible disponibilité des préservatifs dans les établissements de santé est liée en grande partie à un problème de gestion. En effet, il arrive souvent que ces établissements ne renouvellent pas leur stock en raison de problèmes de transport. Ce problème est crucial pour certains départements comme le Nord-Ouest, le Centre et la Grande-Anse. Également, les établissements sous estiment parfois les besoins de la population cible et n'ont pas de stock suffisant.

- Au cours de ces trois dernières années (1999 - 2001), PSI a vendu environ 26 millions de condoms masculins et plus de 100.000 condoms féminins. Pendant les deux dernières années, les établissements de santé ont distribué près de 20 millions de condoms. Une augmentation régulière et progressive des chiffres de vente est observée depuis l'année 1995. Plus précisément, pour la période 1995-2000, elle est de 156% pour le condom masculin et de 5% pour le condom féminin. Ces résultats encourageants sont à mettre sous le compte d'une campagne médiatique soutenue pour la promotion du condom. Deux ONG sont intervenues également dans la promotion et la distribution des préservatifs aux jeunes : VDH et FOSREF.
- La gratuité du préservatif ou sa disponibilité à coût réduit contribuent considérablement à le rendre accessible aux potentiels utilisateurs.

L'initiative nouvelle prise par PSI de faire la promotion du condom sur le lieu d'occupation des travailleuses du sexe (bars, hôtels et maisons de passe) et d'établir des points de vente dans ces endroits semble avoir donné de bons résultats bien qu'elle n'ait pas été encore évalué systématiquement.

Il en est de même du Projet LAKAY de FOSREF qui aurait enregistré un taux d'utilisation élevé parmi les travailleuses du sexe.

- Le taux d'utilisation du condom pour éviter de contracter le VIH/SIDA, selon l'EMMUS III était de 17% chez l'homme et de 3% chez la femme.

Le manque de stratégies pour augmenter la capacité des femmes à négocier l'utilisation des préservatifs et le manque d'implication des groupes communautaires organisés dans la promotion de l'utilisation des préservatifs ont été identifiés comme une faiblesse de cette composante du Programme. Il est important également de noter que l'accès du condom à certains des groupes vulnérables au préservatif est faible. La faible disponibilité et le manque de sensibilisation à l'utilisation du préservatif en milieu rural entravent son utilisation par cette fraction de la population.

Le fait que cette composante du Programme ait été financée ou subventionnée a constitué un atout certain pour sa réussite. Cependant, une trop grande dépendance par rapport à l'aide externe et les difficultés de sécurisation des fonds pour le financement constituent un handicap majeur pour le Programme.

Le manque d'implication des groupes communautaires organisés dans la promotion de l'utilisation des préservatifs a été identifiée comme une faiblesse de cette composante du Programme.

➤ *La réduction de la transmission de la mère à l'enfant (pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement)*

- Cette composante faiblement développée, est entreprise seulement au niveau de deux établissements. En effet, moins de 500 femmes bénéficient actuellement d'un tel traitement. L'impact de cette intervention est très faible vu le nombre très limité d'établissements impliqués et du nombre très restreint de bénéficiaires.

Néanmoins, les résultats préliminaires obtenus au niveau des Centres GHESKIO et de Zanmi Lasante/Cange montrent que la transmission du VIH de la mère à l'enfant a pu être réduite de façon significative. Des expériences faites à l'échelle internationale et nationale laissent présager que cette intervention est faisable et devrait être insérée dans les programmes de soins materno-infantiles ainsi que leur intégration dans l'organisation générale du système de santé.

La communauté internationale (ONUSIDA, FIST et MDM) est fortement mobilisée pour fournir un support au projet. Une extension de cette intervention est déjà envisagée pour cinq institutions. De plus, il est prévu de relancer la PTME dans le cadre de la mise en place des services de conseils et de dépistage volontaires.

- Un projet pilote visant à étudier la faisabilité de cette intervention dans le système de santé haïtien il y a près de 3 ans n'a pu être mené comme prévu. Sur la base de l'expérience acquise, il apparaît qu'il est nécessaire de résoudre rapidement certains problèmes :
 - la faiblesse structurelle des institutions prestataires;
 - la faible capacité d'absorption de l'aide internationale par le secteur santé ;
 - l'insuffisance de coordination fonctionnelle;
 - le manque de standardisation des protocoles;
 - le manque de respect des critères de sélection.

➤ *La sécurité transfusionnelle*

Il existe actuellement trois centres de transfusion fonctionnels dans tout le pays (Port-au-Prince, Cayes et Cap-Haïtien). Le personnel de ces centres émerge au budget du MSPP

- L'offre n'arrive pas à satisfaire la demande. Les centres font face actuellement à une baisse du don du sang. Par exemple, le nombre de donneurs bénévoles pour le centre de Port-au-Prince est passé de 5 581 en 1997 à 3 392 en 2000, soit une réduction de 39%.
- Le manque de ressources humaines, matérielles et financières explique le manque de supervision identifié. De plus, l'absence d'une unité au niveau central du MSPP responsable de la Coordination des Centres de transfusion a été identifiée comme l'une des faiblesses du Service de Transfusion Sanguine. De plus, à cause du nombre insuffisant et décroissant de donneurs, dans les cas de grandes urgences (accidents de la circulation par exemple), on a recours à des tests rapides de dépistage du VIH, moins sensibles que le test conventionnel. Ces éléments réduisent la fiabilité et la sécurité du sang transfusé. A cette situation se greffe un grave problème de contrôle de qualité, particulièrement en dehors de l'aire métropolitaine, du fait de la faible capacité du CTS en supervision.

➤ *La prévention de la transmission par accident, par exposition au sang (AES) et en cas de viol*

Les mesures préventives destinées à éviter la transmission du VIH lors d'accidents par exposition au sang (AES) et en cas de viol ont reçu très peu d'attention dans le Programme de prévention et de contrôle des IST et du VIH/SIDA. En effet, les Centres GHESKIO, l'Hôpital Albert Schweitzer (HAS) et Zanmi Lasante de Cange sont les

seules institutions connues pour avoir pris des dispositions pour éviter les conséquences fâcheuses des accidents par exposition au sang et en cas de viol.

Les Centres GHESKIO prennent en charge environ six cas de viol par mois. D'après l'EMMUS III environ 17% des femmes avaient rapporté avoir subi des violences sexuelles. Le pourcentage réel de viol des femmes est inconnu mais, est probablement assez élevé. Il semble bien que le niveau actuel de prise en charge de ces cas de viol est insuffisant.

2.3.2 LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE

Les services de prise en charge sont analysés à travers quatre interventions majeures : la prise en charge des IST, la prise en charge des PV-VIH, l'atténuation des effets du VIH sur les personnes infectées et affectées, les droits de la personne et le VIH/SIDA.

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

- ❑ En l'absence de statistiques générées par les établissements, les résultats de l'EMMUS III sont utilisés pour apprécier le niveau de réponse apporté par le système de santé et le comportement adopté par les patients.
- ❑ Parmi les femmes identifiées comme ayant eu une IST, 20% avaient eu recours à des médicaments, 16% ont évité les rapports sexuels et 2% ont utilisé le condom.
- ❑ Chez les hommes, 48% ont rapporté s'être abstenus de rapports sexuels, 34% ont pris des médicaments et 1% ont utilisé le condom.
- ❑ La prise en charge des IST est entreprise dans un peu moins de la moitié des établissements de santé. La couverture des soins et l'accessibilité sont faibles, de même que l'accessibilité financière des médicaments.
- ❑ Cette prise en charge n'est pas satisfaisante non plus du point de vue de la qualité des services offerts. Ces problèmes étant liés au comportement inadéquat des patients (qui ne cherchent pas ou ne suivent pas le traitement correctement et qui n'avertissent pas leurs partenaires), au manque d'intrants et au manque de compétence des prestataires. Le diagnostic des IST par l'approche syndromique et le traitement des malades sont mal exécutés tenant compte du manque de conviction des prestataires face à l'approche syndromique et du manque de personnel qualifié.
- ❑ Cette composante du Programme comporte certaines forces susceptibles d'assurer son succès. La diversité des prestataires de services et l'intégration de la prise en charge des IST dans plusieurs services de base ou de consultation générale constituent des atouts favorables pour le Programme. De plus, l'existence d'ordonnances de traitement dans les établissements permet aux prestataires de suivre les protocoles définis par le MSPP. La mobilisation des ressources par les partenaires internationaux du MSPP constitue un point fort du Programme.

➤ *La prise en charge des PV-VIH*

- ❑ Les services sont offerts dans un nombre très limité d'établissements, la couverture des soins et l'accessibilité sont faibles, l'accessibilité financière des médicaments est prohibitive. Environ 239 établissements sur 660 offrent certains éléments du paquet de soins, le conseil avant et après le test n'est pratiqué que dans 24 établissements et seulement 4 offrent la tri thérapie. Les Centres GHESKIO, l'HAS et l'Hôpital Zanmi Lasante constituent de loin les principaux centres de prise en charge des PV-VIH.
- ❑ En ce qui a trait aux ressources humaines, un manque chronique de personnel et des travailleurs sociaux en nombre insuffisant a été signalé. Cependant, là où les ressources humaines sont disponibles, elles sont faiblement utilisées. Le manque de formation du personnel pour la prise en charge des PV-VIH a été également identifié; ce qui expliquerait leur attitude de stigmatisation à l'égard des PV-VIH.

D'autres faiblesses ont été observées. Tout d'abord, l'absence de cadre légal pour la standardisation de la prise en charge des PV-VIH et le manque de réglementation favorisent la multiplicité des protocoles. La qualité de la prise en charge souffre de la faible disponibilité et de la cherté des médicaments, du manque de personnel et de travailleurs sociaux..

Au niveau communautaire, l'absence de guide de prise en charge pour la famille et la communauté a été notée et constitue une lacune qu'il faudra combler. Le guide élaboré par les Centres GHESKIO mérite d'être adapté pour son utilisation dans les communautés, à cause de son aspect trop médical.

Du point de vue de la gestion, la faible capacité d'absorption des fonds disponibles par le MSPP a été signalée comme une faiblesse pour l'utilisation de l'aide externe.

➤ *L'atténuation des effets du VIH chez les personnes infectées ou affectées*

Elle vise à fournir aux PV-VIH et à leur entourage un encadrement psychologique, moral et financier. Elle consiste en visites domiciliaires, fourniture de rations alimentaires et sessions d'éducation sur l'hygiène, prise en charge des orphelins, formation de groupes d'auto assistance et de support, accords de crédits ou de prêts.

Ces activités sont menées actuellement par huit intervenants : CARE-Haïti, ASON, centres GHESKIO, Maison l'Arc-en-Ciel, Zanmi la Sante, Fondation Esther Boucicault, Armée du Salut et Les Missionnaires de la Charité. Ces interventions touchent un nombre limité de patients et elles ont très peu d'impact significatif sur la situation des personnes infectées et affectées. Cette situation est à mettre dans une large mesure sur le compte d'une absence de tradition de protection sociale dans la communauté haïtienne et d'une « culture » de démission à l'égard des malades en très mauvais état général. Cela représente un frein au développement et à l'extension de l'intervention. On doit reconnaître aussi qu'à l'heure actuelle, les approches ne sont pas standardisées et varient d'une institution à une autre. Ce volet du Programme souffre d'un manque de coordination par l'Etat et d'un manque d'information sur les services disponibles.

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

La réponse nationale n'a pas encore vraiment pris en compte cet aspect de la lutte contre le VIH/SIDA. La quête de protection légale pour les PV-VIH est d'autant plus importante que, dans le milieu haïtien, les droits de la personne sont en général ignorés, méconnus ou non respectés. Il existe aussi un vide juridique et les PV-VIH ainsi que les femmes violentées ou violées ont des fois peur de défendre leurs droits par crainte de rejet et de stigmatisation.

Dans le système de distribution de soins, on a observé des comportements susceptibles de causer de graves préjudices à ces malades, à savoir la stigmatisation, le rejet et la discrimination. Le dépistage systématique (sans le consentement du malade) du VIH est pratiqué par certains professionnels de la santé. Le non respect de la confidentialité des résultats des tests VIH n'encourage pas les personnes sexuellement actifs à chercher à connaître leur statut sérologique pour le VIH. En définitive, le non respect des droits des PV-VIH porte ces derniers à cacher leur statut sérologique et à avoir un comportement non responsable envers leur (s) partenaire(s), ce qui favorise la transmission du VIH.

Ainsi, tant que les droits des PV-VIH ne seront pas reconnus, respectés et que ces derniers n'auront pas la possibilité de les défendre avec succès, il sera fort difficile aux PV-VIH de ne pas cacher leur statut et de ne pas avoir un comportement non responsable vis-à-vis de leur(s) partenaire (s) régulier(s) ou occasionnel(s).

Par ailleurs, il existe un vide juridique vis-à-vis de la protection des personnes non infectées et de la pénalisation en cas de transmission volontaire du VIH.

2.3.3 RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX DES FACTEURS DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE ET EXTERNE

L'analyse du contexte général, l'analyse de la situation et de la réponse, permettent de mettre en évidence les facteurs susceptibles d'exercer une influence sur l'avenir de la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. Ces facteurs d'ordre externe (opportunités et menaces) et interne (forces et faiblesses) ne sont pas présentés ici de façon exhaustive. Ils sont décrits en détail dans le document de *Diagnostic stratégique*.

ENVIRONNEMENT EXTERNE	
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grande croisade mondiale contre le SIDA. Six agences des Nations-Unies co-parrainent ce programme - Programme ONUSIDA <input type="checkbox"/> Mise en œuvre du plan de la CARICOM <input type="checkbox"/> Lancement du « Global Fund » pour lutter contre le SIDA, la tuberculose, la malaria (\$700 millions disponibles pour 2002) <input type="checkbox"/> Attention accordée aux PMA dans le cadre du programme de lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Réduction graduelle du coût des anti-« rétro viraux » et apparition de médicaments génériques. <input type="checkbox"/> Esprit de solidarité au niveau des communautés de base <input type="checkbox"/> Mobilisation des organisations de femmes sur le problème de l'équité de genre <input type="checkbox"/> Créativité de la culture haïtienne <input type="checkbox"/> Implantation graduelle des NTICs en Haïti ouvrant un large champs d'accès à des informations scientifiques et aux échanges entre les pays 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diminution globale de l'Aide publique au développement touchant les interventions au niveau de certains déterminants liés au SIDA <input type="checkbox"/> Blocage politique affectant l'aide économique et les investissements privés <input type="checkbox"/> Faible revenu per capita aggravé par la non-croissance économique des dernières années <input type="checkbox"/> Absence de programme adressant la problématique du sous-emploi <input type="checkbox"/> Féminisation de la pauvreté <input type="checkbox"/> Pauvreté des jeunes <input type="checkbox"/> Faiblesse du système éducatif et du système de formation technique <input type="checkbox"/> Fort niveau d'analphabétisme en Haïti <input type="checkbox"/> Faible respect des droits de la personne en Haïti <input type="checkbox"/> Mauvaise répartition des ressources nationales allouées au secteur santé <input type="checkbox"/> Tabou sexuel et iniquité de genre
ENVIRONNEMENT INTERNE	
FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intérêt de certaines hautes personnalités politiques au niveau stratégique <input type="checkbox"/> Expertise acquise par des institutions dans la prise en charge des IST et du VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Expérience acquise dans les programmes de communication pour le changement de comportement et le marketing social du condom <input type="checkbox"/> Expérience d'organisations ayant développé des programmes d'encadrement pour des jeunes <input type="checkbox"/> Expérience d'organisations ayant développé des programmes d'encadrement pour des femmes <input type="checkbox"/> Disponibilité de formateurs qualifiés pour participer à un programme de formation de formateur à tous les niveaux <input type="checkbox"/> Expertise d'organisations dans le domaine de la recherche médicale et épidémiologique 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faible engagement des pouvoirs publics centraux et locaux dans la lutte <input type="checkbox"/> Faible participation des PV -VIH et des communautés <input type="checkbox"/> Faiblesses des institutions intervenant dans la lutte en particulier au niveau de la gestion <input type="checkbox"/> Nombre restreint d'institutions offrant des services de prise en charge aux PV-VIH <input type="checkbox"/> Partenariat faible et informel entre les différents acteurs intervenant au niveau de la lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Absence d'une véritable mobilisation sociale <input type="checkbox"/> Timide engagement des secteurs autres que celui de la santé dans la lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Insuffisance de moyens financiers pour la lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Absence d'un véritable système d'information pour la diffusion des résultats de recherches et la surveillance de l'évolution de la pandémie

III. VISION, PRINCIPES DIRECTEURS ET VALEURS

3.1 VISION

La mise en œuvre effective du Plan stratégique National permettra, grâce à des interventions multisectorielles coordonnées, efficaces et soutenues, de prévenir de nouvelles infections au VIH, d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par une prise en charge globale et équitable, dans le cadre d'un développement humain durable.

3.2 PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs de ce Plan stratégique National s'inspirent de ceux prônés par l'ONUSIDA. Ces principes reposent sur un ensemble d'engagements individuel, collectif et institutionnel:

- ❑ L'Etat haïtien assure le leadership de la lutte contre le VIH/SIDA;
- ❑ Il est nécessaire d'avoir un consensus et un engagement social fort dans la lutte contre le SIDA;
- ❑ Le gouvernement d'Haïti et tous les secteurs concernés de la société civile fournissent les moyens et la coordination nécessaires afin que les efforts nationaux répondent aux besoins du pays et des communautés ;
- ❑ Il est vital de respecter le droit à la vie, à la santé et à l'éducation, à la protection de tous y compris les enfants quelque soit leur statut socio-économique ;
- ❑ Il est crucial de soutenir l'engagement actif des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PV-VIH) et affectées par l'épidémie ;
- ❑ Les inégalités sexospécifiques - qui facilitent la propagation de l'épidémie - doivent être explicitement abordées ;
- ❑ Les méthodes de prévention, les traitements qui sauvent les vies et les résultats des découvertes scientifiques doivent être mis à la disposition de tous, de manière équitable et acceptable sur le plan financier.

3.3 VALEURS À LA BASE DES PRINCIPES DIRECTEURS

Les notions d'équité, de justice sociale, de solidarité et de promotion de la santé sont les valeurs qui constituent le fondement des principes directeurs, conformément aux termes de la Politique Nationale de santé du MSPP :

La notion d'équité et de justice sociale réfère au rejet de toute exclusion sociale, au droit de tout être humain de bénéficier de toute mesure de prévention et de contrôle des IST et du VIH/SIDA. Elle implique :

- ❑ Le droit des personnes infectées par les IST et le VIH à des soins de qualité, fournis par un personnel respectant leurs droits et la confidentialité relative à leur statut sérologique et leur état de santé ;
- ❑ L'accès à l'information et à des services de base sans discrimination de genre et de niveau social;
- ❑ La priorité accordée aux groupes les plus vulnérables ;
- ❑ La garantie des personnes infectées et affectées à un égal accès aux soins, au traitement, au soutien et à l'emploi ; la garantie contre l'exclusion sociale et l'inégalité entre les sexes ;

La notion de solidarité implique la mise au point d'actions conjointes, l'application d'actions intégrées impliquant tous les secteurs. Elle suppose :

- ❑ Un support moral, psychologique ou financier aux personnes vivant avec les IST ou le VIH/SIDA de la part des leaders religieux, du Gouvernement et des autorités locales et nationales, et une participation accrue de tous les secteurs à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- ❑ La mise en place de réseaux de jeunes et de services au niveau communautaire ; l'implication de tous à la lutte et le contrôle du VIH/SIDA ;
- ❑ Une approche multisectorielle par des interventions concentrées dans les domaines sociaux et politiques ;
- ❑ L'accent sur les activités communautaires en vue de mieux comprendre et de mieux aider les groupes à risque et les familles affectées ;
- ❑ La création de nouveaux partenariats et alliances stratégiques avec le Gouvernement, le secteur privé, la société civile, les organisations communautaires et les réseaux régionaux.

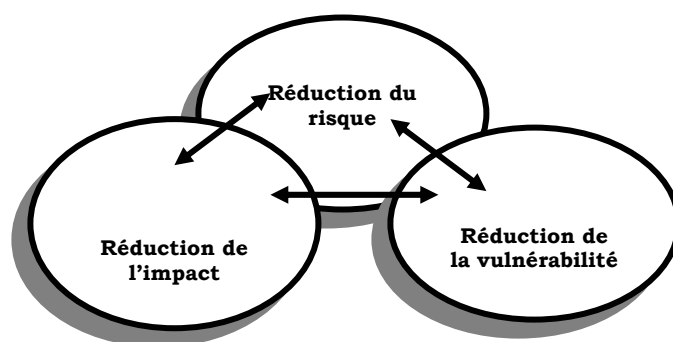
La notion de promotion de la santé implique des interventions concrètes sur les déterminants de la santé, l'investissement dans l'éducation, l'harmonisation des politiques et l'implication de la communauté vers la recherche et l'adoption de solutions efficaces. Elle implique :

- ❑ Une approche holistique des soins à apporter à tout individu, la revitalisation des services de santé, la redéfinition et l'adaptation des services, l'accès à des services de santé de qualité pour tous ;
- ❑ La production de messages visant au changement de comportement de la population en général et des groupes vulnérables en particulier ;
- ❑ La mise en place de programmes d'information, d'éducation et de communication, le renforcement de la capacité de la mobilisation sociale, la fourniture de soins et le soutien aux individus infectés et affectés par la maladie;
- ❑ La protection de l'environnement.

IV. LE PLAN STRATÉGIQUE

L'expérience acquise au niveau mondial dans la lutte contre le SIDA suggère que pour venir à bout de cette épidémie, il est nécessaire de disposer d'un *nouveau cadre conceptuel pour une réponse élargie* qui tient compte des trois piliers de la dynamique de l'épidémie à savoir : le risque, la vulnérabilité et l'impact.

La maîtrise des facteurs : risque, vulnérabilité et impact revêt une importance capitale, selon le *nouveau cadre stratégique mondial* proposé par l'ONUSIDA en 2001.



« Le risque, la vulnérabilité et l'impact agissent les uns sur les autres pour former la dynamique de l'épidémie. Lorsque l'épidémie du VIH/SIDA s'aggrave, un cycle négatif s'établit car l'impact de l'épidémie entraîne une vulnérabilité accrue – laquelle accroît le risque d'infection par le VIH – lequel accroît à son tour l'impact. Une riposte adéquate devrait permettre d'inverser cette dynamique : si l'impact de l'épidémie est atténué, alors la vulnérabilité peut être réduite et le risque d'infection diminuera ».

Le Plan stratégique National proposé s'inspire du cadre stratégique de l'ONUSIDA et vise trois objectifs stratégiques, à savoir :

- diminuer le *risque* d'infection pour ralentir l'épidémie;
- diminuer la *vulnérabilité* pour réduire le risque d'infection et l'impact de l'épidémie;
- diminuer l'*impact* de l'épidémie pour réduire la vulnérabilité au VIH/SIDA.

« Une riposte élargie crée des synergies importantes associant les stratégies de prévention aux stratégies de prise en charge et de soutien ».

Des domaines prioritaires ont été identifiés pour chaque objectif stratégique. *Les stratégies et les initiatives clés* sont indiquées pour chaque domaine prioritaire. *Celles-ci ont été établies sur une base consensuelle par les différents partenaires et intervenants, tenant compte de la situation actuelle et des priorités.* Les *atouts* mettent en relief les forces et opportunités et le profil des intervenants prévus, soit en raison de leur expertise et/ou de l'intérêt manifesté. La *population ciblée* et les *intervenants potentiels* sont également identifiés et présentés en **Annexe 3** (voir tableau 4.1.1 à 4.3.3).

La présentation sous forme de tableau synoptique avec des éléments compartimentés facilitant la compréhension, ne doit pas faire oublier que ces *différents objectifs forment un ensemble, dans une perspective systémique et holistique.* En effet, la synergie entre les différentes stratégies est importante, vu la nécessité d'aborder la problématique du SIDA avec une approche systémique.

4.1.- PREMIER OBJECTIF STRATEGIQUE : RÉDUIRE LES RISQUES D'INFECTION

Six domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire les risques d'infection :

- la promotion de comportements à moindre risque;
- la prise en charge des IST;
- la promotion / distribution de condom;
- l'approvisionnement en sang sûr;
- la réduction de la transmission mère-enfant ;
- la prévention de la transmission en cas d'exposition sanguine accidentelle et en cas de viol.

4.1.1.- La promotion des comportements sexuels à moindre risque

□ Le Problème

Une proportion encore importante de la population a un comportement à risque et il existe un « core » groupe de personnes particulièrement vulnérables. Certaines raisons peuvent expliquer l'incapacité ou la résistance des individus à changer de comportement . Il se peut que l'information véhiculée ne leur est pas parvenue ou a été insuffisante ou a été encore inappropriée et ne leur a pas permis d'apprécier leur risque personnel et d'adapter leur comportement en conséquence. D'autres raisons plus profondes pourraient expliquer que certaines personnes n'aient pas adopté un comportement sécuritaire, bien qu'elles aient été conscientes du risque encouru.

□ Le Défi/objectifs visés

Le défi consiste à

- mieux éduquer la population pour lui permettre d'apprécier son risque personnel ;
- porter la population à adopter de façon continue des pratiques sécuritaires ;
- inciter une certaine portion de la population à connaître son statut sérologique.

Il s'avère nécessaire en particulier de cibler ce « core » d'individus vulnérables qui constitue probablement le moteur de l'épidémie.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *promotion des comportements sexuels à moindre risque*⁵.

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
Développement d'une nouvelle génération de programme d'IEC mettant l'accent sur l'évaluation du risque personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Mini recherches anthropologiques pour identifier les points importants à prendre en compte pour cette stratégie - Développement d'un paquet d'information/éducation pour permettre aux individus d'évaluer leur risque personnel - Diffusion de l'information à travers les canaux diversifiés - Mobilisation sociale sur cette problématique
Développement d'un programme de communication pour le changement de comportement avec accent sur l'auto responsabilisation.	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du Programme d'information tenant compte des meilleures pratiques et leçons apprises en matière de lutte contre le SIDA - Implantation de programme d'information dans leur milieu de travail et milieu de vie à l'intention des : travailleurs (ses) du sexe, policiers, camionneurs/chauffeurs, marchands ambulants, travailleurs migrants, personnes privées de liberté, drogués, adolescents et jeunes en situation difficile, HSH etc - Support au développement de réseaux d'information entre ces sous groupes spécifiques pour la diffusion du programme d'IEC - Formation de pairs-éducateurs pour l'encadrement des personnes ayant un comportement à haut risque - Support aux fora d'échange regroupant un groupe spécifique pour la promotion de comportement sécuritaire - Mise en place de point de vente/distribution de condom à proximité ou dans les lieux de travail ou de vie
Extension du programme de conseil et de dépistage volontaire du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Extension des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH dans chaque département à travers les hopitaux départementaux, certaines cliniques prénatales et celles offrant la prise en charge des IST - Diffusion de l'utilisation des tests rapides DETERMINE et CAPILLUS - Renforcement des services conseils et de dépistage volontaires - Promotion d'une campagne de dépistage volontaire auprès de la population particulièrement celle ayant un comportement à risque - Identification/sécurisation des fonds pour l'acquisition des tests - Promotion de l'utilisation des services de conseils et de dépistage volontaires du VIH/et des IST à travers des canaux diversifiés et à proximité des milieux de vie des personnes ayant un comportement à haut risque - Mise en place d'un système de contrôle de qualité - Sensibilisation des prestataires de santé y compris les dentistes sur les signes d'appel qui doivent porter les clients/ patients à se faire tester.

□ *Atouts par rapport à la promotion des comportements à risque*

- Possibilité d'identifier les caractéristiques socio-démographiques du « core groupe » (base de données EMMUS III) et de le cibler; (Expériences acquises par les institutions suivantes pour les jeunes scolarisés : MENJS, VDH, FOSREF) ;
- Possibilité d'utiliser l'expertise pré-citée dans les programmes d'IEC concernant les jeunes scolarisés ;
- Possibilité pour la CARE, Save the Children de fournir un encadrement aux jeunes non scolarisés ;

⁵ Ces stratégies sont générales et *des initiatives-clés plus pointues devront être définies* suivant le groupe cible visé (**cf tableau 4.1.1 en Annexe, p.68**) en particulier suivant qu'il s'agit de la *population générale* ou de groupes spécifiques comme les *HSH, les travailleuses sexuelles, les migrants ou les usagers de drogue etc.*

- Possibilité d'utiliser l'expertise de l'UNICEF, de l'UNESCO et du CEP avec les jeunes non scolarisés ;
- Possibilité de tirer profit de l'expertise d'institutions travaillant avec des groupes de femmes comme l'APROSIFA, Alliance pour la Survie de l'Enfant/Konesans Fanmi Se Lespwa Timonn ;
- Possibilité d'intégrer des organisations faisant montre d'un grand intérêt et souhaitant être impliquées dans la lutte tels : réseau de journalistes (CECOSIDA), GRASADIS (association regroupant des HSH), ONG spécialisées, Agences internationales, policiers et syndicats.

4.1.2.- La prise en charge des IST

□ *Le problème*

Le système de santé a une capacité limitée de prise en charge des IST. Par ailleurs, la demande pour ces services est insuffisante, qu'il s'agisse des cas-index ou des partenaires.

□ *Le défi/objectifs visés*

Le défi est triple à savoir :

- améliorer la capacité des services pour qu'ils offrent des soins de qualité à la totalité des utilisateurs
- améliorer le niveau de connaissance de la population en matière d'IST
- détecter et soigner un plus grand nombre de malades et leurs partenaires, les motiver pour qu'ils aient un comportement adéquat, particulièrement ceux/ celles ayant un comportement à haut risque.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour une meilleure prise en charge des IST.

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
Renforcement de la capacité des institutions à prendre en charge correctement les cas d'IST dans toutes leurs composantes, selon l'approche syndromique	<ul style="list-style-type: none"> - Généralisation et renforcement de l'approche syndromique - Formation recyclage du personnel de santé pour la prise en charge des IST et selon l'approche syndromique, notamment en gestion des médicaments, counselling, assistance conseil, dépistage-motivation des partenaires et des cas index et tenant compte des besoins spécifiques des jeunes et des zones à risque (bidonvilles et frontière haïtiano dominicaine) - Recherche de fonds pour subventionner les intrants (médicaments, condom, réactifs) en vue d'optimiser l'accessibilité économique - Approvisionnement régulier des institutions en intrants - Mise en place de services de référence vers les institutions prenant en charge les IST - Mise en place d'un système de contrôle de qualité
Renforcement du programme actuel d'IEC concernant la symptomatologie des IST	<ul style="list-style-type: none"> - Campagne d'information sur modes de transmission et les symptômes des IST pour les deux sexes tenant compte des aspects ethno-culturels
Renforcement du programme de communication pour le changement de comportement concernant la prise en charge des IST, avec accent sur l'auto responsabilisation	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion/utilisation des services auprès de la population et ciblage des groupes ayant un comportement à haut risque - Campagne d'information sur la nécessité de traiter son/sa partenaire - Mise en place d'un service d'Assistance-Conseil notamment pour le traitement des partenaires.

❑ **Atouts par rapport à la prise en charge des IST**

- Possibilité d'utiliser l'expertise des formateurs qualifiés des centres GHESKIO et de l'INHSAC pour des formations de formateurs ;
- Possibilité de disposer d'ordinogrammes (pour la prise en charge) avec une approche syndromique facilitant le diagnostic et le traitement ;
- Possibilité de bénéficier de ressources financières nouvelles dans le cadre d'un traitement utilisant une approche de commercialisation sociale tel que prôné par PSI ;
- Possibilité de disposer sous forme générique, certains médicaments déjà disponibles à PROMESS ;
- Possibilité de bénéficier de l'expérience de FOSREF dans la mise en place de cliniques spécialisées pour les jeunes et les travailleuses du sexe.

4.1.3.- La promotion et la distribution de condom

❑ **Le Problème**

La promotion/distribution du condom n'a pas encore atteint une couverture optimale. Le taux d'utilisation est particulièrement insuffisant en milieu rural, parmi les groupes vulnérables et chez les personnes ayant un comportement à haut risque. Il est à un niveau qui ne permet pas encore d'infléchir significativement l'évolution de l'épidémie.

❑ **Le défi/objectifs visés**

Le défi consiste à :

- étendre les points de vente dans les zones de faible pénétration;
- augmenter l'utilisation continue et régulière du condom particulièrement par les personnes ayant un comportement à haut risque.

❑ **Stratégies et initiatives clés**

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *promotion/ distribution du condom*.

STRATEGIES	INITIATIVES-CLÉS DANS CES ZONES AU NIVEAU DES STRUCTURES COMMUNAUTAIRES EN MILIEU RURAL
Élargissement du réseau de distribution/vente du condom dans les zones faiblement couvertes et renforcement de la promotion dans les points déjà existants	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des zones géographiques où la pénétration du condom est faible - Mise en place de points de vente/distribution dans les lieux de travail, les milieux de vie et de loisirs des groupes vulnérables - Campagnes de promotion de ces points de vente/distribution avec ciblage des femmes en particulier et des groupes ayant un comportement à haut risque - Mise en place de nouveaux points de vente/distribution au niveau des structures communautaires en milieu rural - Développement de mécanismes devant assurer la pérennité du financement des condoms (budget national, marketing social) - Soutien des initiatives du secteur privé lucratif dans la commercialisation du condom

<p>Renforcement de la promotion de l'utilisation continue du condom avec ciblage particulier des jeunes, des femmes et des groupes ayant un comportement à haut risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des tabous freinant l'utilisation du condom spécialement parmi les femmes, les jeunes et ceux appartenant aux groupes ayant un comportement à haut risque - Promotion à grande échelle du condom féminin - Campagne d'information utilisant les moyens les plus divers pour démystifier les tabous relatifs au condom - Campagne d'information sur le mode d'utilisation correcte du condom et l'importance de l'utilisation continue et régulière - Débat avec les différents groupes sociaux y compris les secteurs religieux pour soulever les barrières à l'utilisation du condom - Mise en place d'un partenariat avec les responsables des médias pour la promotion de l'utilisation du condom - Formation/recyclage du personnel responsable de la distribution en matière de sexualité, de marketing et d'utilisation adéquate du condom
--	---

❑ *Atouts par rapport à la promotion/distribution de préservatifs*

- Possibilité de tirer profit de l'expertise de PSI, très connu dans le milieu pour la distribution du condom PANTE. (Ce produit est bien connu et a une bonne image de marque, il est quasiment synonyme de condom;
- Possibilité de renforcer cette image grâce à un programme de publicité plus ciblé;
- Possibilité d'utiliser les jeunes à travers des campagnes publicitaires pour mieux pénétrer le marché; ces derniers perçoivent positivement l'utilisation du condom.

4.1.4.- L'approvisionnement en sang sûr

❑ *Le Problème*

L'offre n'arrive pas à suivre la demande, du fait d'une part de la diminution croissante du nombre de donneurs volontaires et d'autre part de l'augmentation croissante des urgences médico-chirurgicales et obstétricales. D'autre part, en province, la qualité des pochettes de sang n'est pas toujours sûre.

❑ *Le défi/objectifs visés*

Le défi consiste à

- ajuster l'offre à la demande,
- mettre en place un programme de contrôle de qualité fonctionnel garantissant la bonne qualité du sang stocké.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour *l'approvisionnement en sang sûr*.

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Extension des services de transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de nouveaux de centres de transfusion Sanguine en des endroits stratégiques après étude - Réaménagement des centres non fonctionnels - Réaménagement des espaces de travail (à l'extérieur des hôpitaux) - Dotation en personnel - Dotation en équipements des centres de transfusion - Identification et mise en place de sources de financement en particulier pour les coûts récurrents
Amélioration de la qualité du sang et de ses dérivés par la mise en place d'un programme de contrôle de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de programme de contrôle de qualité - Développement d'une politique d'homologation des postes de transfusion reportés sur le territoire et programme de licence de renouvellement annuel - Formation des utilisateurs et du personnel des CTS - Recyclage/formation du personnel - Mise en place d'un état de « veille technologique » pour l'amélioration constante de la qualité de sang offert
Campagne d'information et de sensibilisation auprès de la population pour augmenter le nombre de donneurs volontaires	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête sociologique pour mieux comprendre les obstacles au don de sang volontaire - Campagne d'information et de sensibilisation du public par les moyens les plus divers ciblant en particulier les universitaires et les professionnels pour augmenter le nombre de donneurs volontaires - Amélioration de l'accueil dans les centres de transfusion - Multiplication des points de collecte - Promotion de l'autotransfusion auprès des prestataires et des utilisateurs

□ *Atouts par rapport au domaine de l'approvisionnement en sang sain*

- Possibilité de renforcer les actions du secteur privé (monde des affaires) sur le renforcement des moyens financiers des CTS
- Possibilité de renforcer le contrôle de qualité au niveau laboratoire avec l'appui des Centres GHESKIO,
- Possibilité de disposer de la contribution de l'OPS/OMS pour : la formation du personnel des Centres de transfusion, l'acquisition du matériel (kits de transfusion) et l'élaboration d'un programme de contrôle de qualité du sang.

4.1.5.- La réduction de la transmission verticale de la mère à l'enfant

□ *Le problème*

Le problème majeur concerne la très faible capacité de détection et de prise en charge des femmes enceintes séropositives par le système de santé qui dessert actuellement, à peine 5% de la demande actuelle.

❑ *Le Défi/objectifs visés*

Le défi est de :

- sensibiliser le maximum de femmes à la PTME
- mettre en place les services de prévention de la transmission mère-enfant dans un maximum d'institutions et desservir un plus grand nombre de femmes enceintes, bien que la très grande majorité accouche à la maison.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour *la réduction de la transmission mère-enfant du VIH*:

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Renforcement des interventions d'IEC auprès des femmes pour la prévention de la transmission mère/enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion conseils et dépistage volontaire parmi les femmes en âge de procréer et les gestantes - Promotion du PF parmi les femmes séropositives pour éviter les grossesses non désirées avec double protection - Information des femmes séropositives sur la PTME - Mise en place d'un système de référence et de contre référence
Intégration progressive des services de PTME dans des établissements sanitaires offrant les services prénatales	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse situationnelle rapide pour l'identification des services prénatales susceptibles d'offrir la PTME et identification des besoins - Sélection des établissements ayant la capacité minimale requise et tenant compte aussi de considération épidémiologique et géographique - Formation du personnel de ces établissements - Mise en place et/ou renforcement des structures nécessaires - Prise en charge globale des gestantes suivant le protocole défini par le MSPP - Mise en place d'un système de référence pour couvrir le maximum de femmes - Maximisation de la collaboration avec les matrones pour que les femmes séropositives accouchent en milieu institutionnel

❑ *Atouts par rapport à la transmission verticale*

- Possibilité de bénéficier de l'expertise des Centres GHESKIO et de Zanmi la sante/Cange (Il est prouvé que les interventions préconisées réduisent de façon significative la transmission mere-enfant);
- Possibilité d'utiliser les ressources humaines (expertise) et financières (intrants) de l'UNICEF, du FNUAP, l'ONUSIDA, de l'ACDI, Médecins du Monde, et de la FIST qui supportent cette intervention;
- Possibilité d'intégrer le plan de démarrage du PTME (début de l'année 2002) pour la mise en place des services de conseils et de dépistage volontaires dans dix (10) institutions départementales;
- Possibilité de tirer profit de la réduction du coût de l'AZT et de l'apparition de la nouvelle molécule (Névirapine de maniement plus facile et de coût nettement réduit).

4.1.6 *La prévention et la prise en charge en cas d'exposition sanguine accidentelle et en cas de viol*

❑ *Le problème*

Les cas de violence sexuelle sont relativement fréquents dans la société haïtienne, avec le risque pour les femmes victimes de tomber enceintes, de contracter une IST et d'être contaminées par le VIH. Les accidents professionnels ne sont pas rares au niveau du personnel de santé. Cependant, il n'existe encore aucune politique clairement définie pour prévenir la transmission du VIH en cas d'accidents professionnels ou de violence sexuelle. Et la prise en charge est faible dans ces deux cas.

❑ *Le défi/objectifs visés*

Le défi est de mettre en place un système de prise en charge fonctionnelle et étendu capable de prévenir la transmission du VIH dans le cas d'accidents professionnels et de viols.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la prise en charge au cours d'exposition sanguine accidentelle et en cas de viol.

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
<p>Organisation de la prise en charge des cas d'AES par l'introduction de kit de traitement préventif dans les hôpitaux départementaux et/ou hôpitaux communautaires de référence et l'éducation du personnel de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'une politique et de procédures en la matière - Identification des points stratégiques de prise en charge (localisation à définir en fonction de critères d'accessibilité) - Institutionnalisation des procédures de contrôle des mesures de prévention des accidents professionnels - Mise en place d'un système de référence vers les établissements ayant la capacité de prise en charge - Disponibilité continue des kits dans ces établissements - Information/formation du personnel sur les procédures de prévention des accidents professionnels - Sensibilisation continue du personnel de santé sur les précautions universelles pour éviter les accidents
<p>Organisation de la prise en charge des cas de viol par l'introduction de kit de traitement préventif dans les hôpitaux départementaux et hôpitaux communautaires de référence et l'information à grande échelle de la population</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'une politique et de procédures en la matière - Identification des points stratégiques de prise en charge (localisation à définir en fonction de critères d'accessibilité) - Mise en place d'un système de référence vers les établissements ayant la capacité de prise en charge - Disponibilité continue des kits dans ces établissements - Sensibilisation du personnel de santé pour une meilleure prise en charge médicale et psychologique - Information continue de la population avec ciblage particulier des femmes sur l'existence de ces centres et la conduite à tenir - Information continue du personnel de santé sur les coordonnées des centres de prévention et des procédures pour les références et le traitement

4.2.- DEUXIÈME OBJECTIF STRATEGIQUE : RÉDUIRE LA VULNÉRABILITÉ

Quatre domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire la vulnérabilité des personnes vis-à-vis de l'épidémie du VIH/SIDA. Ils concernent :

- la « jувénilisation » de l'épidémie
- la « féminisation » de l'épidémie
- l'environnement ethno-culturel
- la pauvreté

4.2.1.- Réduction de la vulnérabilité des jeunes

□ Le problème

Déjà fragilisés par l'adolescence – période troublée sur le plan biologique et psychologique –, les jeunes en Haïti sont particulièrement vulnérables du fait d'un manque d'information et d'éducation en matière sexuelle, du manque d'encadrement et des difficultés de communication avec les parents.

Les jeunes filles sont en plus défavorisées à cause de la précarité économique, de la pression des pairs, du phénomène de mélange des âges (partenaires masculin nettement plus âgés) et de la violence sexuelle dont elles sont parfois l'objet, en rapport avec un manque de protection juridique, du non respect des droits des enfants et des valeurs machistes prédominantes dans la société.

De plus, un autre facteur non négligeable qui contribue directement à augmenter la vulnérabilité des jeunes est la prévalence relativement élevée des IST non traitées parmi ce groupe.

❑ *Le défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- informer les enfants prépubères, les adolescents, leurs parents et les enseignants sur l'adolescence et la sexualité;
- éduquer les jeunes afin qu'ils puissent mieux évaluer leur vulnérabilité ;
- les porter à initier plus tardivement leur vie sexuelle ;
- mieux prendre en charge les IST dont souffrent les jeunes ;
- les protéger contre toute forme de violence.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *réduction de la vulnérabilité des jeunes* :

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Amélioration de l'accès des enfants prépubères, des adolescents, de leurs parents et les enseignants à une information appropriée sur l'adolescence et la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'un paquet d'informations sur la sexualité et l'adolescence, destiné aux jeunes - Support de tout projet de formation des pairs-éducateurs en matière de sexualité - Mise en place d'un programme d'information/éducation sur l'adolescence, visant les enfants prépubères, les adolescents les parents, les enseignants et les leaders de groupes de jeunes, utilisant des canaux diversifiés: - Support à l'organisation de débats en milieu scolaire et extrascolaire (maison de jeunes, radio communautaire) sur les problèmes de l'adolescence et sur la sexualité - Utilisation des média de masse - Support à la mise en place du curriculum d'« Éducation à la vie familiale » (EVF) à l'ensemble du système scolaire
Amélioration de l'accès des jeunes aux informations concernant la vulnérabilité des adolescentes en matière d'IST et de VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'un paquet minimal d'informations traitant des facteurs spécifiques de vulnérabilité des adolescentes aux IST et au VIH/SIDA, des moyens de protection, des techniques de négociation, des devoirs des hommes envers leur conjointe - Adaptation/intégration de ce paquet dans le programme d'EVF - Intégration-diffusion de ce paquet d'information à travers les média de mass - Diffusion de ce paquet d'information à travers les activités menées par les organisations de jeunes.
Encouragement des adolescents et en particulier des jeunes filles à initier leur vie sexuelle à un âge plus tardif, à travers un programme de communication adapté	<ul style="list-style-type: none"> - Mini recherche pour mieux saisir les déterminants de capacité des jeunes filles en matière de négociation sexuelle - Etablissement d'un Code de Déontologie relatif à la régulation de la diffusion à travers les mass media des produits et informations susceptibles de précipiter l'initiation sexuelle des jeunes - Utilisation des canaux les plus divers pour informer les jeunes et les filles en particulier sur le danger de l'initiation sexuelle précoce.
Amélioration de l'accès des jeunes au conseils, dépistage et traitement des IST, utilisant une approche de marketing social pour la « vente » de ces services	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place progressive de cliniques pour jeunes dans toutes les institutions de santé - Information à grande échelle des jeunes de l'existence de ces cliniques, utilisant les moyens les plus divers - Recherche de subvention pour le fonctionnement de ces cliniques afin d'en faciliter l'accessibilité économique

Protection juridique des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des leaders d'opinion, des parents, des policiers et des responsables religieux, du personnel de santé sur la défense des droits des jeunes et la lutte contre la violence. - Promotion d'une législation qui garantit une protection juridique des enfants en situation difficile et qui punit sévèrement la violence sexuelle envers les mineurs - Plaidoyer auprès des instances judiciaires et policières et sensibilisation du public pour l'application effective des lois en matière de protection juridique des jeunes
---------------------------------	---

□ *Atouts par rapport à la réduction de la vulnérabilité des jeunes*

- Possibilité de tirer profit de l'intérêt manifesté par l'ONUSIDA, l'UNICEF (fortement engagé dans la promotion des droits des enfants) et l'ACDI;
- Possibilité de bénéficier de l'assistance d'organisations tels : WORLD RELIEF, VDH et l'Association des Guides d'Haïti, qui ont une expertise de travail avec les jeunes et qui sont sensibilisés sur la question;
- Possibilité de partenariat avec les réseaux d'informations détenus par la FONHEP et le MENJS, très concernés par cette problématique;
- Possibilité de renforcer la sensibilisation du Ministère de la Justice sur ce sujet;
- Possibilité de bénéficier de l'expérience de FOSREF pour la mise en place des cliniques pour jeunes

4.2.2.- Réduction de la vulnérabilité des femmes à l'épidémie

La réduction de la vulnérabilité des femmes peut être abordée sous deux angles, l'un complémentaire de l'autre : réduction de la féminisation de la pauvreté et lutte contre l'inégalité de genre.

4.2.2.1.- Réduction de la « féminisation » de l'épidémie

□ *Le problème*

Déjà défavorisée sur le plan physiologique quant au risque d'être contaminée, si elle est en contact avec le virus, la femme haïtienne voit sa vulnérabilité augmentée du fait de stéréotypes qui entretiennent l'image que la femme est un « objet sexuel » et qu'elle est inférieure à l'homme. Ces stéréotypes ont des racines profondes en relation avec la pauvreté (sous éducation, faible pouvoir économique, taille élevée des familles) les modes de vie, l'environnement juridique et légal. En raison de ces facteurs, la femme haïtienne, dispose de peu de pouvoir pour « négocier » l'utilisation du condom ou refuser un contact sexuel.

□ *Le Défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- sensibiliser la population à l'iniquité du genre ;
- changer les attitudes et les valeurs transmises par la famille, les leaders d'opinion, les institutions, les écoles, les milieux de travail ;
- améliorer le niveau de scolarisation des filles ;
- permettre aux femmes haïtiennes de renforcer leur capacité économique ;
- permettre aux femmes d'avoir le nombre d'enfants désirés ;
- rendre les femmes moins vulnérables au viol et à la violence.

□ *Stratégie et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *réduction de la féminisation de l'épidémie*.

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Sensibilisation/Éducation de la population à la problématique de l'iniquité de genre	<ul style="list-style-type: none"> - Support de toute initiative renforçant l'égalité de genre dans la vie scolaire familiale et dans le milieu de travail - Développement d'un programme d'information/éducation pour sensibiliser les jeunes garçons à la problématique de l'équité de genre - Développement d'un programme d'information/éducation pour habiliter les jeunes filles - Habilitation des jeunes filles pour se valoriser et négocier avec les garçons sur une base d'égalité
Plaidoyer pour l'amélioration du niveau de scolarisation et de formation des filles	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'implantation du Plan National d'Éducation et de Formation (PEF) (volet cf. scolarisation des filles) - Appui à toute politique de promotion de la poursuite de la scolarisation des filles au niveau professionnel et universitaire - Campagne d'information-sensibilisation des parents sur l'importance de l'éducation des filles, particulièrement en milieu rural - Support à la création d'un environnement scolaire adapté aux sexo-spécificités - Support à la sécurisation de l'environnement scolaire des jeunes filles - Soutien de toute initiative qui renforce le maintien des filles enceintes ou des filles mères à l'école
Plaidoyer pour le renforcement de la capacité économique des femmes adultes	<ul style="list-style-type: none"> - Support à toute initiative qui facilite la formation continue des femmes - Support à l'accès des femmes au crédit à un niveau suffisant - Support à la promotion de politique d'emploi favorable aux femmes - Support à l'établissement de réseaux d'informations entre les organisations de femmes sur les créneaux porteurs - Soutien de toute initiative pour l'égalité de salaire à l'emploi avec les hommes - Soutien à l'augmentation du salaire minimum - Soutien de toute initiative visant la révision des lois qui constituent des obstacles à la promotion économique de la femme et à l'application de ces lois
Renforcement de la capacité des femmes pour avoir le nombre d'enfants désirés	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de programme d'information faisant le lien entre la taille de la famille et la pauvreté et sur leur responsabilité en la matière - Information éducation des femmes sur les méthodes de PF et les points de service - Promotion de l'utilisation du condom féminin - Campagne d'information sensibilisation sur le danger et les implications des grossesses précoces ou/et non désirées
Plaidoyer contre le viol et la violence envers les femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Support à la proposition de lois contre la violence et le viol subi par les femmes. - Support à la mise en place des « services juridiques » pour les femmes - Formation des hommes de loi et des policiers en la matière - Campagnes de sensibilisation des hommes de loi (Juges, Commissaires du gouvernement) pour un meilleur traitement des cas de viol et de violence contre les femmes - Campagne de sensibilisation contre la violence faite aux femmes - Appui aux organisations de femmes pour leur permettre de combattre la violence - Assistance médicale, psychologique et juridique en cas de violence

❑ *Atouts par rapport à la réduction de la féminisation de la pauvreté*

- Possibilité de bénéficier de l'expertise des organisations féminines nationales, sensibilisées et mobilisées sur la question de la féminisation de la pauvreté (certaines ont déjà développé des stratégies en accord avec des organisations internationales, susceptibles de fournir une assistance en la matière);
- Possibilité de tirer profit de l'appui de certaines organisations internationales comme le PNUD, le FNUAP, l'OPS/OMS, l'UNICEF, l'USAID et l'ACDI;
- Possibilité de mettre sur pied une politique de population, favorable au combat contre la féminisation de la pauvreté;
- Possibilité de mettre en œuvre un programme national d'emplois productif avec l'appui du PNUD.

4.2.3.- L'environnement ethno-culturel : VIH et culture

❑ *Le problème*

La stigmatisation, la croyance en un mode surnaturel de transmission et le déni, sont autant de facteurs qui influencent le comportement de la population face à la maladie.

Ils conduisent à la déresponsabilisation, au retard à la recherche de traitement et contribuent à l'extention de l'épidémie.

❑ *Le Défi/objectifs visés*

Il est nécessaire de faire comprendre et accepter par la population les modes réels de transmission et de prévention pour l'amener à se protéger.

Il est nécessaire aussi de la porter à accepter d'autres valeurs et d'autres normes pour lui permettre de voir la réalité en face, de rompre avec la stigmatisation et de d'assumer la maladie.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour faire face aux *problèmes ethno-culturels entourant le VIH/SIDA*.

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Éducation de la population sur les modes de transmission, de prévention et de traitement du VIH/SIDA à travers une approche multisectorielle et variée, tenant compte des valeurs culturelles en cours dans la société haïtienne	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche anthropologique sur les croyances et pratiques culturelles liées aux différents aspects de la problématique du VIH/SIDA avec la participation des hougans/bòkò et des PV-VIH - Inventaire des croyances et pratiques nuisibles et de celles qui ne le sont pas - Préparation d'un paquet d'informations spécifiques sur le sujet avec la participation des hougans/bòkò, des PV-VIH tenant compte de l'aspect néfaste ou non de certaines croyances ou pratiques - Campagne de grande vulgarisation sur les modes de transmission, de prévention et de traitement du VIH/SIDA utilisant les moyens divers (musique, chanson, théâtre) avec la participation des organisations communautaires, des PV-VIH et des officiants de la religion vaudou.
Promotion d'attitudes et de comportements positifs par et vis-à-vis des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Mini recherche anthropologique sur cette culture de silence collective et de déni entourant le SIDA - Débat à travers les média de masse sur ces phénomènes - Divulgence d'information sur le caractère non honteux et le mode de transmission réel de la maladie - Sensibilisation du personnel de santé sur la nécessité d'adopter des comportements positifs vis-à-vis des PV-VIH - Encouragement des PV-VIH à participer à des campagnes d'éducation et de sensibilisation pour contrer la stigmatisation

❑ *Atouts par rapport au lien entre le VIH/SIDA et la culture*

- Possibilité d'utiliser l'espace d'échanges offert par la campagne nationale d'alphabétisation pour débattre du concept de maladie infectieuse et de transmission du virus;
- Possibilité d'établir des passerelles d'échange avec les hougans/bòkò à travers la musique « Rasin »;
- Possibilité de bénéficier du mouvement de mondialisation de la culture et des nouvelles technologies de l'information; ces mouvements ouvrent une opportunité sans précédent à la population et en particulier aux élèves et étudiants d'avoir accès à des informations scientifiques pouvant leur permettre de mieux appréhender le concept moderne de maladie et de rejeter la sorcellerie;
- Possibilité de bénéficier de l'expertise de l'UNESCO sur les représentations culturelles du SIDA.

4.2.4.- Contribution à la lutte contre la pauvreté

❑ *Le problème*

A la base de la vulnérabilité de la population vis-à-vis de l'épidémie du VIH/SIDA, se trouve notamment le dénuement économique qui entrave la capacité d'adopter un comportement sécuritaire.

❑ *Le défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- contribuer à réduire la pauvreté et l'impact socio économique du VIH/SIDA;
- intégrer la lutte contre le SIDA dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés dans la *lutte contre la pauvreté* :

STRATEGIES	INITIATIVES/CLE
Appui au renforcement de la capacité économique des communautés	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la décentralisation des services pour une planification locale jusqu'à l'allocation des ressources - Information/motivation du secteur privé local et international en vue de l'augmentation des investissements en dehors de l'aire métropolitaine - Plaidoyer pour la conduite d'étude visant à améliorer les connaissances sur les mécanismes d'accès au crédit adapté aux populations défavorisées - Contribuer à diffuser les informations sur les mécanismes d'accès au crédit dans les collectivités territoriales - Plaidoyer pour le renforcement de la solidarité communautaire - Plaidoyer pour une politique nationale de développement des secteurs coopératifs
Appui au renforcement de la formation des membres de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'alphabétisation des Adultes - Promotion pour la création de lycées techniques et d'écoles professionnelles dans les milieux défavorisés.
Mobilisation des autorités pour la préparation de la documentation appropriée (PRSP) en vue de la réduction de la dette	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution au développement du document "Stratégie pour la réduction de la pauvreté" (PRSP) selon les grandes lignes développés par la BM et le FMI - Documentation sur le lien entre la réduction de la pauvreté et la lutte contre le SIDA
Orientation des fonds provenant de la réduction de la dette pour l'éducation et la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Support à la mise en place de réseau Sud-Sud pour influencer les politiques de réduction de la dette - Support à la mise en place de mécanismes pour assurer la transparence et le suivi de l'utilisation de ces fonds pour l'éducation et la santé

□ *Atouts dans la lutte contre la pauvreté*

- Possibilité de bénéficier de l'expertise d'organisations telles : le PNUD, l'USAID, l'ACDI et les coopératives locales.

4.3.- TROISIÈME OBJECTIF STRATEGIQUE: RÉDUIRE L'IMPACT

Trois domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et les familles affectées:

- la prise en charge globale des PV-VIH ;
- l'atténuation des effets sur les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ;
- la défense des droits des personnes affectées.

4.3.1.- La prise en charge globale des PV-VIH

□ *Le Problème*

Le nombre restreint d'établissements offrant des services de prise en charge aux PV-VIH, le coût élevé de ces services, l'absence de normes et la non standardisation des soins, l'insuffisance du personnel en quantité et en qualité, entraînent une non satisfaction des besoins. De plus, la persistance de la stigmatisation venant du personnel de santé, la faible sensibilisation et le manque d'intégration des groupes bénévoles au niveau communautaire ne facilitent pas la prise en charge des PV-VIH.

□ *Le défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- offrir des soins à un nombre de plus en plus grand de malades ;
- améliorer la qualité des services au niveau institutionnel, communautaire et familial.

□ *Stratégie et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour *la prise en charge des PV-VIH*:

STRATÉGIES	INITIATIVES CLÉS
Extension de la prise en charge de la couverture des PV-VIH à travers les institutions de santé (cette prise en charge sera effectuée par pallier dans le temps et suivant le niveau de l'institution cf. Cadre logique)	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'une politique relative à l'accès et à l'utilisation des traitements antirétroviraux - Mise en place progressive de services de " conseils et dépistage volontaires" du VIH dans les hôpitaux départementaux et dans les institutions desservant les bidonvilles - Mise en place de services intégrés de prise en charge à travers les cliniques « VCT » - Développement d'un système de référence (mise en réseaux des intervenants) - Prise en charge des infections opportunistes et prévention (« essential package and intermediate package », suivant un mode progressif : « building block ») - Encadrement psychologique des patients - Standardisation de la prise en charge
Amélioration de la qualité de prise en charge institutionnelle par la mise en place d'un programme de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration / Validation / Diffusion de politiques et de guides pratiques - Formation/recyclage du personnel et suivi de cette formation - Mise en place d'un système garantissant l'approvisionnement régulier des intrants - Intégration de la prise en charge des PV-VIH dans les curricula des Écoles et Universités de formation en sciences de la santé, couvrant les aspects concernant la médecine, l'éthique, le comportement et la communication
Amélioration de la qualité de la prise en charge communautaire, grâce à la formation de groupes de support et à leur encadrement	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration/Validation/Diffusion d'un guide de soutien psychosocial à l'usage de la Communauté - Promotion et création de groupes de support - Formation des membres des organisations communautaires pour le support aux personnes infectées et affectées - Création/mise en réseau de groupes de support communautaire capables d'aider les familles - Sensibilisation des communautés sur le problème de la stigmatisation des PV-VIH - Information/formation des tradipraticiens sur les soins palliatifs.
Renforcement de la capacité de prise en charge des membres des familles affectées à travers la formation et l'encadrement des proches des malades	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de module de prise en charge domiciliaire - Promotion de la prise en charge domiciliaire - Information/Éducation des membres des familles affectées sur les soins à domicile à l'occasion des visites des malades dans les institutions

□ *Atouts par rapport au domaine de la prise en charge des PV-VIH*

- Possibilité d'exploiter l'expertise d'institutions comme les Centres GHESKIO, et Zanmi LaSante ; ces dernières ont acquis une grande expérience dans le traitement de ces malades que ce soit en ce qui concerne la gestion des maladies opportunistes, la tri thérapie et leur encadrement psychologique.
- Possibilité de tirer profit d'évènements et de facteurs tels :
 - le fonds global pour la tuberculose et la malaria (disponible à partir des projets des Nations-Unies),
 - l'intégration de l'AZT et d'autres antirétroviraux sur la liste des médicaments essentiels,
 - les négociations prometteuses avec les firmes étrangères pour avoir des antirétroviraux à bon prix dans le cadre de l'OMC, (la fabrication de ces derniers par certains pays comme l'Inde et le Brésil constitue et à n'en pas douter des opportunités pour l'acquisition des médicaments),
 - des retombées positives du plan CARICOM/CAREC pour l'accès aux médicaments.

Un point important à souligner est la participation croissante des PV-VIH dans le programme de lutte contre le SIDA en Haïti et leur velléité croissante de participation dans l'élaboration du Plan Stratégique National. Ils sont, à n'en pas douter, des partenaires importants qui peuvent faciliter la prise en charge des patients.

4.3.2.- L'atténuation des effets du VIH/SIDA sur les familles affectées

□ *Le Problème*

Les activités visant à atténuer l'effet du SIDA sont le fait d'initiatives privées et les interventions sont limitées en raison du manque de tradition de protection sociale et/ou de ressources, d'informations et de coordination des intervenants au niveau gouvernemental. Par ailleurs, l'extrême précarité des ressources des ménages et des communautés, est un facteur favorisant le développement d'une « culture » de démission à l'égard des malades à un stade avancé de la maladie.

□ *Le Défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- venir en aide aux nombreux orphelins du SIDA,
- fournir un support aux personnes affectées par ce fléau.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour *l'atténuation des effets du VIH sur les familles affectées*:

STRATÉGIES	INITIATIVES-CLÉS
Renforcement d'un soutien de proximité aux orphelins par les proches de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la prise en charge des orphelins du SIDA par les proches de la famille - Faciliter l'accès à la scolarisation à ces enfants - « Supplémentation » alimentaire à ces enfants - Support aux organisations déjà existantes qui viennent en aide aux orphelins
Plaidoyer pour le renforcement du soutien aux personnes affectées et infectées	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'orientation des PV-VIH vers des activités professionnelles moins contraignantes - Plaidoyer pour une contribution du gouvernement et de la Société Civile pour le support aux personnes infectées et affectées - Recherche de support financier aux familles affectées pour même des activités génératrices de revenus - Promotion de l'apprentissage de métiers par tout membre disponible de la famille affectée.

❑ *Atouts par rapport au domaine de la prise en charge des PV-VIH*

- Possibilité de renforcer la solidarité manifestée par la société envers les PV-VIH (les résultats obtenus par certaines ONG dans ce domaine (CARE, ARMEE DU SALUT, CENTRES GHESKIO, MAISON ARC EN CIEL sont à encourager) ;
- Possibilité de bénéficier de l'intérêt manifesté par l'ACDI dans le domaine de la lutte contre le SIDA.

4.3.3.- La défense des droits des personnes affectées

❑ *Le Problème*

En Haïti, les droits de la personne sont le plus souvent ignorés, méconnus ou non respectés. Cette situation a des racines profondes dans l'histoire du pays et dans l'éducation inculquée aux enfants. Le non respect des droits des PV-VIH et de leur proches rentre dans le cadre de ce paradigme. Cette méconnaissance et ce non respect des droits des PV-VIH peuvent les porter à ne pas révéler leur statut (peur de l'exclusion) et par conséquent à transmettre l'infection.

❑ *Le Défi/objectifs visés*

Le défi consiste à :

- légiférer pour renforcer le cadre juridique pour la défense des PV-VIH
- rompre avec la discrimination dont sont l'objet les PV-VIH

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *défense des droits des personnes affectées*:

STRATÉGIES	INITIATIVES CLÉS
Poursuite du plaidoyer pour une législation en faveur des droits des PV-VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de politiques et de lois sur la problématique des droits des PV-VIH (emploi, logement, école, vie privée) - Renforcement du GIPA pour lobbying - Formation / Supervision du personnel pour le respect de la confidentialité des résultats de dépistage du VIH et de la gestion des dossiers des patients et pour le respect des patients en cours de soins
Mobilisation des PV-VIH pour la lutte contre la discrimination	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une structure centrale coordonnant les organisations de PV-VIH - Assistance conseil aux PV-VIH victimes de discrimination - Préparation d'un paquet d'information spécifique sur la discrimination des PV-VIH - Campagne de sensibilisation de la population pour l'acceptation des PV-VIH
Plaidoyer pour la participation du Gouvernement et des Organisations des droits humains à la lutte contre le VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du Parlement sur la problématique du VIH-SIDA - Sensibilisation des Organisations des Droits Humains sur cette problématique - Mise en place d'une Commission bipartite (parlementaires-représentants de la société civile) pour assurer le respect des PV-VIH.

□ *Atouts par rapport à la défense des droits des personnes affectées*

- Possibilité de tirer profit de la sensibilisation mondiale croissante sur les droits de la personne en particulier les femmes et les enfants
- Intérêt de nombreuses agences internationales travaillant en Haïti dans le domaine de la défense des droits de l'homme.

V. LA GESTION STRATÉGIQUE DU PLAN NATIONAL

5.1.- ELARGISSEMENT DE LA CAPACITÉ DE RÉPONSE

Il s'avère particulièrement important de renforcer la capacité de réponse des institutions et des intervenants, pour pouvoir mettre en œuvre le Plan stratégique. En effet, le poids de certains facteurs sous jacents dans l'organisation de la réponse est tellement important que le Plan stratégique ne saurait les passer sous silence. Sans vouloir être limitatifs, les domaines prioritaires suivants ont été identifiés :

- ❑ Le renforcement de l'engagement des pouvoirs publics,
- ❑ Le renforcement institutionnel,
- ❑ La coordination intersectorielle,
- ❑ Le renforcement du partenariat secteur public/secteur privé,
- ❑ L'intensification de la participation des PV-VIH à la lutte contre le SIDA,
- ❑ La mobilisation sociale,
- ❑ La mobilisation des ressources,
- ❑ Le renforcement du programme de communication.

5.1.1 Le renforcement de l'engagement des pouvoirs publics

❑ Le problème

L'implication des pouvoirs publics centraux et locaux dans la lutte contre le SIDA a été jusqu'à maintenant insuffisante et ne correspond pas au niveau d'engagement requis pour mener une action concentrée et soutenue par l'État haïtien pour combattre l'épidémie du VIH/SIDA.

❑ Le défi

Porter l'Etat haïtien à assumer le leadership dans la lutte contre le SIDA en Haïti, en dépit de la crise actuelle que traverse la société haïtienne et des multiples priorités du gouvernement.

❑ Stratégies et initiatives clés

Le tableau ci-contre synthétise la stratégie envisagée et les initiatives clés pour le *renforcement de l'engagement des pouvoirs publics*:

STRATÉGIE	INITIATIVES CLES
Plaidoyer auprès des représentants des pouvoirs centraux et locaux pour les porter à s'engager dans la lutte contre le SIDA	<ul style="list-style-type: none">- Préparation d'un paquet d'information sous une forme « simple » sur l'ampleur de la crise du SIDA en Haïti et les principaux facteurs contribuant à la propagation du VIH/SIDA et la nécessité à leur participation actuel de l'Etat- Diffusion de ces informations par les moyens les plus divers et de façon continue tout au cours de l'année et en particulier à travers les Mass Media- Forum au niveau local sur la question à l'occasion des événements sociaux divers (fête champêtre, carnaval, etc)- Rencontres bi-annuelles des PV-VIH avec les entités locales

- ❑ *Atouts pour le renforcement de l'engagement des pouvoirs publics*
- ❑ Plusieurs hautes personnalités de l'État ont manifesté ces derniers temps un engagement politique de plus en plus marqué. Cet engagement peut être mis à profit pour la mise en branle des énergies disponibles au niveau du secteur étatique.
- Le partenariat par Caraïbes de lutte contre le VIH/SIDA en date du 14 février 2001 et les bonnes relations du gouvernement haïtien avec le CARICOM
- L'Adhésion du gouvernement haïtien à la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la session extraordinaire des Nations-Unies sur le VIH/SIDA des 25-27 juin 2001
- La forte présence des ONG dans la lutte contre le SIDA en Haïti et les bonnes relations existant entre ces ONG avec d'une part le gouvernement et d'autre part la société civile.

❑ *Intervenants potentiels :*

GIPA, CNLS, CCI, Organisations de jeunes, Organisation de femmes.

5.1.2 *Le renforcement institutionnel*

❑ *Le problème*

Les institutions chargées de mettre en œuvre le plan de lutte contre le SIDA ont une faible capacité d'intervention. Celle-ci est liée à un manque de ressources, mais surtout à des insuffisances sur le plan technique au niveau de la gestion. Par ailleurs le cadre juridico-légal en place ne répond pas aux prescrits de la Constitution et aux Conventions Internationales auxquelles Haïti a souscrit.

❑ *Le défi*

Il consiste à permettre aux institutions de fournir des services en quantité et en qualité suffisante dans un court délai. Il consiste également à renforcer le cadre juridico-légal et à faire en sorte que les nouvelles dispositions soient appliquées de manière effective.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour le *renforcement institutionnel*:

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
- Renforcement des structures délivrant les services au niveau des communautés	- Formation du personnel en gestion de programme et en gestion financière axée sur les résultats - Elaboration de normes administratives et d'outils de gestion pour la mise en œuvre du plan - Dotation en personnel là où c'est nécessaire - Réhabilitation des structures délabrées ou inadéquate - Organisation de lots de travail selon le plan de mise en œuvre - Mise en place d'un programme de motivation du personnel - Mise en place de système moderne d'information
- Renforcement de l'aspect légal de lutte contre le SIDA	- Révision des textes existants tenant compte des normes obligatoires en matière de droits de l'homme et de sexospécificités (droits de la femme) - Formation des hommes et femmes de loi et policières en la matière. - Echange avec les organismes régionaux et les Agences de l'ONU pour légiférer en la matière

❑ *Atouts au le renforcement institutionnel*

- Prise de conscience du personnel sur leur faible niveau de performance et motivation pour faire avancer la lutte contre le SIDA,
- Perspective de disposer de ressources dans un avenir proche, compte tenu des engagements de nombreux organismes internationaux dans la lutte contre le SIDA,
- Disponibilité, au niveau local, de l'expertise dans le domaine technique en matière de gestion.

❑ *Intervenants potentiels*

MSPP, CNRA , MEF, MPCE, Firmes de consultation, Universités, MSH, Groupe Croissance

5.1.3 La coordination intersectorielle

❑ *Le problème*

Les interventions entreprises au cours des cinq (5) dernières années par les divers intervenants impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA ont connu un certain succès mais ont manqué de coordination. Le manque de leadership de l'Etat et des autres ministères concernés explique ce manque de coordination.

❑ *Le défi*

Le défi est double : à savoir renforcer les structures centrale et périphérique du MSPP et des autres ministères pour qu'elles puissent assurer la coordination du programme et établir des ponts avec les autres secteurs pour la mise en place d'une approche multisectorielle.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *coordination intersectorielle*:

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
- Renforcement du leadership de l'État et des ministères concernés dans la lutte contre le SIDA aux niveaux central, départemental	- Définition claire du rôle des différents intervenants publics et privés - Formation/encadrement des cadres pour assurer cette coordination - Elaboration et mise en place d'un plan de coordination avec un SIG et SIS appropriés - Sensibilisation/motivation du personnel sur l'importance de la coordination intersectorielle
Renforcement du partenariat inter sectoriel	- Promotion du partenariat inter sectoriel - Révision régulière du PSN et recherche de consensus - Partage régulier d'informations - Création d'espace d'échange entre les intervenants des différents secteurs - Recherche de synergie entre les plans opérationnels des différents secteurs

❑ *Atouts pour la coordination intersectorielle*

- L'engagement multisectoriel s'est manifesté à l'occasion d'activités ponctuelles. Des efforts ont été déployés au niveau départemental par les secteurs (Éducation, Santé, Affaires sociales) pour la mise en commun des ressources disponibles.
- A l'occasion de la préparation du PSN, différents secteurs (Santé, Éducation, Affaires sociales, organisations de femmes, organisations de jeunes, secteur religieux, police) ont eu l'opportunité de travailler ensemble et sont très désireux de continuer à le faire.

❑ *Intervenants potentiels*

MSPP, MPCE,, Firmes de consultation, ONG prestataires, ONG partenaires, Organismes Internationaux bi et multi latéraux.

5.1.4 *Le renforcement du partenariat secteur public-secteur privé*

❑ *Le problème*

La collaboration entre les ONG et certains Ministères (MSPP-MENJS) s'est révélé très active et utile. Cependant, ce partenariat entre les ONG et l'État est fragile et demeure informel. Plusieurs raisons sont à la base : la situation de concurrence par rapport à l'aide externe due à la rareté des ressources financières, l'absence d'une politique bien définie régissant ce partenariat, la politique ambivalente des bailleurs suivant la conjoncture politique (qui une fois font transiter l'aide par le Gouvernement, d'autre fois par les ONG), le manque de planification en commun, la logique de projet qui guide les ONG (intéressées par des résultats à court terme/les desiderata des bailleurs).

❑ *Le Défi/objectifs visés*

Le défi consiste donc à construire sur une base solide et profonde un nouveau type de partenariat entre les secteurs public et privé vu l'importance du secteur privé dans la lutte contre le SIDA.

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies et les initiatives-clé pour le *renforcement du partenariat secteur public-secteur privé* :

STRATEGIE	INITIATIVE-CLES
Adoption de la charte de partenariat entre les secteurs public et privé	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion-Révision de la proposition actuelle (sous forme de brouillon) dans un esprit de consensus - Approbation officielle du document par les autorités gouvernementales avec vote d'un décret d'application - Diffusion de la charte à tous les niveaux de la sphère gouvernementale et aux ONG enregistrées - Mise en pratique de cette charte dans le cadre de la préparation des plans opérationnels du PSN
Amélioration du processus d'allocation de fonds	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation sur une base annuelle du montant disponible pour Haïti pour la lutte contre le SIDA par source (Aide externe - État haïtien) - Circulation de l'information entre les Agences, les Ministères et les ONG concernées sur les fonds disponibles, les conditionnalités, les pré-requis et mécanismes pour le décaissement des fonds - Adoption sur une base consensuel des critère d'allocation entre les différents partenaires - Mise en place d'un comité mixte ad hoc pour l'allocation de ces fonds
Renforcement de la capacité de planification	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des besoins des Directions centrales et des Directions départementales des ministères et des ONG en planification dans le cadre du PSN - Mise en place des outils et du personnel nécessaire - Démarrage du cycle de planification en commun à l'occasion de la préparation des plans opérationnels départementaux à travers des ateliers de travail

❑ *Atouts pour le renforcement du partenariat entre secteurs privé et public*

- L'intérêt des parties en cause à travailler en commun,
- Les liens solides de travail et de respect mutuel développés depuis des décennies entre les professionnels des ONG et du Gouvernement,
- L'existence d'une première version de charte de partenariat, explorant la question et proposant des pistes de consolidation de partenariat,
- La mise en œuvre actuelle d'un plan intérimaire de lutte contre le SIDA renforçant les liens de travail entre les professionnels des ONG et ceux du MSPP.

❑ *Intervenants potentiels*

Présidence, MSPP, MPCE, AOPS, Consortium d'ONG travaillant dans la lutte contre le SIDA, Représentants de la Chambre législative, Comité inter agence, MSH, Firme comptable privée.

5.1.5 L'intensification de la participation des PV-VIH à la lutte contre le SIDA

❑ *Le problème*

En Haïti, les plans antérieurs de lutte contre le SIDA ont été élaborés et mis en œuvre sans la participation active des PV-VIH. Cette attitude a eu pour conséquence entre autre que ces plans n'ont pas toujours répondu aux besoins spécifiques des personnes infectées et affectées. De plus, les PV-VIH ont faiblement participé à la promotion des changements d'attitudes et de comportements nécessaires pour la prévention de la transmission du VIH.

Cette absence de participation des PV-VIH s'explique pour de nombreuses raisons : discrimination vis-à-vis de ces personnes; faible capacité d'organisation et de coordination des organisations des PV-VIH et sous-estimation de leur rôle.

❑ *Le défi*

Le défi consiste donc à obtenir leur participation active dans la préparation des plans opérationnels⁶ à venir et à les encourager à s'impliquer plus activement dans les activités de promotion de comportements à moindre risque et à la prise en charge de leurs pairs.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour *l'intensification de la participation des PV-VIH à la lutte contre le SIDA*:

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
Renforcement de la capacité des organisations des PV-VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance pour la reconnaissance légale des organisations de PV-VIH - Formation et encadrement des responsables des organisations de PV-VIH - Soutien économique à ces organisations - Sensibilisation de la population pour l'acceptation des PV-VIH
Renforcement des réseaux d'organisations de PV-VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la participation des PV-VIH à des organisations structurées - Création de réseaux d'organisation dans les villes de province - Participation des PV-VIH dans les assises nationales, régionales et internationales

⁶ Les PV-VIH ont collaboré activement à la préparation de ce Plan.

❑ **Atouts pour l'intégration des PV-VIH**

Un nouveau courant de pensée, sous l'influence du marketing moderne a touché également le secteur de la santé et veut que le malade ne soit pas seulement un simple sujet, mais un client, voire même un partenaire. Également, les pressions exercées par les PV-VIH à travers le monde pour leur participation active dans la lutte contre le VIH/SIDA commence à porter des fruits en Haïti. Et la création récente d'une antenne locale du GIPA, et le début de regroupement des PV-VIH dans le pays constituent un signe encourageant.

❑ **Intervenants potentiels**

Membres du GIPA, FEBS, POZ, VNU, ASON, ONUSIDA

5.1.6 La mobilisation sociale

❑ **Le problème**

L'une des idées fondamentales qui sous-tend l'élaboration du PSN est la nécessité d'avoir un consensus le plus large possible sur le contenu du plan. Et parallèlement la mise en œuvre d'un tel plan nécessite la participation active des communautés car elles constituent des acteurs privilégiés. La participation communautaire est bien ancrée culturellement en Haïti et elle a été déjà mise à profit dans le cadre de la lutte contre le SIDA mais il faut reconnaître qu'elle est restreinte, limitée à certains secteurs.

Pour y arriver, cela implique que la problématique du SIDA soit moins médicalisée, que certaines croyances, attitudes négatives vis-à-vis du SIDA soient modifiées, que l'engagement politique de l'État haïtien soit porté à un niveau encore plus élevé et que plus de ressources soient disponibles.

❑ **Le Défi**

Le défi est donc d'amplifier la mobilisation sociale pour la porter à un niveau suffisant pour contribuer de façon décisive à contrer l'épidémie, malgré les différents obstacles en rapport avec la crise socioéconomique et l'évanescence du sentiment d'appartenance communautaire.

❑ **Stratégies et initiatives clés**

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *mobilisation sociale* :

STRATEGIES	INITIATIVES-CLES
Renforcement de l'appropriation du PSN par les communautés de base à travers les groupes communautaires de soutien	- Discussion - présentation du PSN avec ces groupes communautaires de soutien - Prise en compte de leurs recommandations concernant les activités à développer dans la préparation des plans opérationnels
Habilitation des groupes communautaires de soutien pour lutter contre le VIH/SIDA	- Forum/discussion avec les membres de la communauté sur leur propre vulnérabilité et sur les façons de le réduire et sur la nécessité d'un consensus social pour l'adoption de comportement sécuritaire
Renforcement des liens avec les communautés de base à travers les groupes communautaires déjà organisés	- Identification des besoins prioritaires des communautés de base - Plaidoyer auprès des instances locales concernées pour la satisfaction des besoins identifiés par ces communautés.

❑ *Atouts pour la mobilisation sociale*

Le mouvement mondial de lutte contre le SIDA prône la mobilisation sociale; De plus en plus de gens dans les communautés connaissent des personnes affectées par cette maladie et de ce fait, elles en prennent de plus en plus conscience et sont sensibilisées par cette problématique. Le processus d'élaboration du PSN constitue en lui-même une opportunité.

Les plus hautes personnalités de l'État plaident en faveur de la mobilisation sociale pour la lutte contre le SIDA.

❑ *Intervenants potentiels*

Responsable de collectivités territoriales, Moniteurs d'alphabétisation, PV-VIH, Représentants des institutions sanitaires, Responsable des Mass media.

5.1.7 *La mobilisation des ressources*

❑ *Le problème*

L'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières, particulièrement au niveau du secteur public est une constante des différents plans de lutte contre le SIDA mis en place antérieurement. Elle découle de la faiblesse des budgets (en termes de montant global mais aussi à la mauvaise répartition des lignes budgétaires). Elle s'explique aussi par :

- un manque de coordination entre les bailleurs et les ONG partenaires et prestataires
- un manque d'implication des autres Ministères
- un manque de savoir-faire dans la mobilisation des ressources
- un manque de leadership du MSPP
- un manque de circulation de l'information
- une faiblesse dans la gestion du personnel
- un manque d'organisation de la logistique

❑ *Le Défi*

Il consiste à mobiliser de plus en plus des ressources de façon continue dans un contexte où la crise économique sévère qui frappe le pays a des répercussions réelles sur les revenus et que l'aide internationale est diminuée du fait de la crise politique.

❑ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour la *mobilisation des ressources*:

STRATEGIE	INITIATIVES-CLES
Maximisation des ressources humaines disponibles	- Identification des personnel des institutions ayant une compétence distinctive - Utilisation de ces personnels/ « Cross fertilisation » - Établissement de réseau et de système de référence entre les institutions - Formation continue
Maximisation des ressources financières disponibles	- Mini étude de coût efficacité et identification des meilleures pratiques et dans un second temps réplique/ utilisation de ces pratiques - Meilleure coordination des interventions pour éviter gaspillage - Échange d'information entre les intervenants pour être au

Mobilisation de ressources financières additionnelles	<p>courant des meilleures coûts (créations de base de données informatisées)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorité absolue à l'utilisation de médicaments essentiels + négociation avec OMC - Re dynamisation du Comité inter Agence - Utilisation des cadres haïtien et amis d'Haïti retraités - Utilisation des cadres de l'AMHE - Intégration des cadres locaux d'autres secteurs (autre que celui de la santé) dans la lutte contre le SIDA - Amélioration de la capacité de gestion financière du secteur public - Mise en place du « Fonds pour la lutte contre le SIDA » - Appel au secteur privé haïtien - Appel à la communauté internationale - Négociation réduction de la dette pour libérer ces fonds pour le SIDA - Mobilisation de ressources financières additionnelles - Plaidoyer national, régional et international pour la mobilisation de fonds - Développement de mécanismes de coopération Sud
---	---

❑ *Atout pour la mobilisation des ressources*

Un vaste courant mondial dirigé par l'ONUSIDA et consigné dans la « Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA du 26-27 juin 2001 » prône la mobilisation de ressources nouvelles supplémentaires et soutenues peuvent même consister en une « assistance en matière de prévention du VIH/SIDA, de soins et de traitement aux pays en développement à titre gratuit » (Fonds global pour le VIH/SIDA la Tuberculose et la Malaria).

Déjà, les tractations avec l'OMC ouvrent la perspective de diminuer le coût des médicaments antirétroviraux diminue à environ 1dollar /jour.

Les représentations de la communauté internationale en Haïti sont sensibilisés sur la question et sont prêts à investir dans le domaine de la lutte contre le SIDA.

Le gouvernement haïtien envisage de créer un fonds de solidarité avec les victimes du SIDA et un avant projet de loi est à l'étude sur ce sujet au Parlement.

La création du « Global Fund » pour lutter contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria constitue à n'en pas douter une opportunité réelle à saisir.

❑ *Intervenants potentiels*

MSPP, MPCE, MEF, MHAVE, Tous les organisations internationaux (ONUSIDA, USAID, CARICOM, ACDI, Organisation de l'OME), AOPS, Diaspora, secteur privé lucratif.

5.1.8 Renforcement du programme de communication

❑ *Le problème*

Le programme actuel de communication de lutte contre le SIDA ne couvre pas l'ensemble du territoire national, en particulier les zones rurales. Il ne cible pas les groupes vulnérables et ceux ayant un comportement à haut risque. Par ailleurs, il ne permet pas aux individus d'évaluer leur risque personnel et d'adapter leur comportement en conséquence. Et leur qualité n'est pas toujours satisfaisante.

□ *Le défi*

Il consiste à donner aux programmes actuels de communication, une couverture vraiment nationale, avec un accent particulier sur les groupes vulnérables et à haut risque à améliorer leur qualité, et à porter les individus à changer de comportement, sur la base d'une évaluation de leur risque personnel.

□ *Stratégies et initiatives clés*

Le tableau ci-contre synthétise les stratégies envisagées et les initiatives clés pour le renforcement du Programme de communication:

STRATEGIE	INITIATIVES-CLES
Réorientation du programme de communication pour mettre plus d'emphasis sur le changement de comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche-action pour l'identification des facteurs socio-psychologiques et les points d'ancrage pour le changement de comportement, suivant la spécificité des groupes - Développement de mécanismes pour identifier : <ul style="list-style-type: none"> . les informateurs-clés des groupes cibles visés dans l'élaboration et le pré-test des messages et matériels . les canaux préférés par les groupes cibles pour la transmission des messages . le suivi de l'impact de ces messages
Établissement d'un programme de contrôle de qualité en matière de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de mécanismes pour la prise en compte systématique des recommandations des recherches en tenant compte des aspects culturels, d'âge, de sexe-spécificité et de langue - Mise de mécanismes pour la formation continue du personnel des Media en vue de renforcer leur capacité en communication pour le changement de comportement
Renforcement du partenariat entre les différents acteurs travaillant dans le domaine de la communication en santé	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des différents acteurs, de leur activités et champs d'intervention - Mise en place de mécanismes de concertation et de régulation pour la conception et l'implémentation des activités IEC (<i>Charte de coopération</i>) - Constitution de base de données collectives - Renforcement des réseaux d'échange entre les intervenants
Développement d'une politique de soutien au mas media travaillant dans le cadre du PSN	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'une politique visant à permettre aux médias participant activement au programme de communication du PSN de bénéficier de certains incitatifs ou exonérations fiscales - Plaidoyer auprès du Gouvernement et de la CONATEL pour la mise en place de ces mesures - Plaidoyer auprès du secteur privé pour le financement

□ *Atouts*

- Grande expérience en communication sociale de certaines agences comme le PSI
- Expertise locale de plusieurs institutions privées à but commercial
- Création de CECOSIDA et grand intérêt de la corporation des journalistes pour la lutte contre le SIDA
- Implication de plusieurs journalistes dans l'élaboration du PSN.

□ *Intervenants potentiels*

SECOSIDA, MSPP, MCC, MENJS, ONG partenaires, Association Nationale des Médecins Haïtiens, Fédération Haïtienne de Presse, AJH, PSI, Firmes privée de communication

5.2 LE CADRE INSTITUTIONNEL

5.2.1 *Considération générale*

La capacité de l'État et des hauts responsables à mobiliser les ressources et les gérer de manière équitable et la plus efficiente possible, demeure un déterminant majeur de la réponse de l'intervention. En effet, les responsabilités de gestion devront établir clairement les différents niveaux de responsabilité, les lignes hiérarchiques, les mécanismes d'allocation adéquate des ressources, les modalités de suivi et d'évaluation

Des défis de taille auxquels les responsables entendent faire face en vue de la bonne conduite du processus. Il devient alors indispensable de mettre en place une équipe compétente intersectorielle capable de conduire, et/ou encadrer le processus. De plus, cette responsabilité de gestion s'étendra aux entités décentralisées des ministères concernés afin de stimuler et favoriser une meilleure appropriation et intégration du processus à l'échelle nationale.

Il importe donc de prendre des mesures appropriées pour l'élaboration d'un plan de mise en oeuvre et l'assignation formelle des responsabilités et des modalités d'imputabilité.

L'équipe de gestion devra être constituée d'un groupe de personnes issues de secteurs cibles et d'institutions différents qui se rencontreraient régulièrement soit pour prendre des décisions relatives au déroulement du processus soit pour gérer des situations imprévues ou répondre à de nouveaux besoins. Cette équipe devra analyser les problèmes quotidiens rencontrés dans la mise en oeuvre et prendre les décisions appropriées.

Ces responsables peuvent être issus aussi des équipes de gestion du niveau central et départemental, idéalement des responsables déjà en charge de programmes de santé ou de discipline connexe en rapport avec la problématique du SIDA et certaines catégories de personnel de terrain. Compte tenu du processus de décentralisation, la mise en oeuvre du plan peut constituer une stratégie « porte d'entrée » au cours de laquelle les responsables locaux seraient appelés à jouer un rôle déterminant. Ces équipes de gestion intégreront des représentants d'autres secteurs et la coordination avec les collectivités territoriales.

Les partenaires des agences internationales notamment ceux relevant des Nations-Unis (ONUSIDA) ou unités spécialisées d'organisme bilatéral (USAID, ACDI, CEE, Coopération japonaise) pourront faire partie également du cadre institutionnel, et exercer un rôle de conseil technique. De plus, une relation étroite devra être établie entre l'équipe de coordination-suivi et les bailleurs de fonds dans le but d'appuyer non seulement les stratégies nouvelles mais aussi l'emploi des ressources de la manière la plus adaptée possible à l'évolution de la situation.

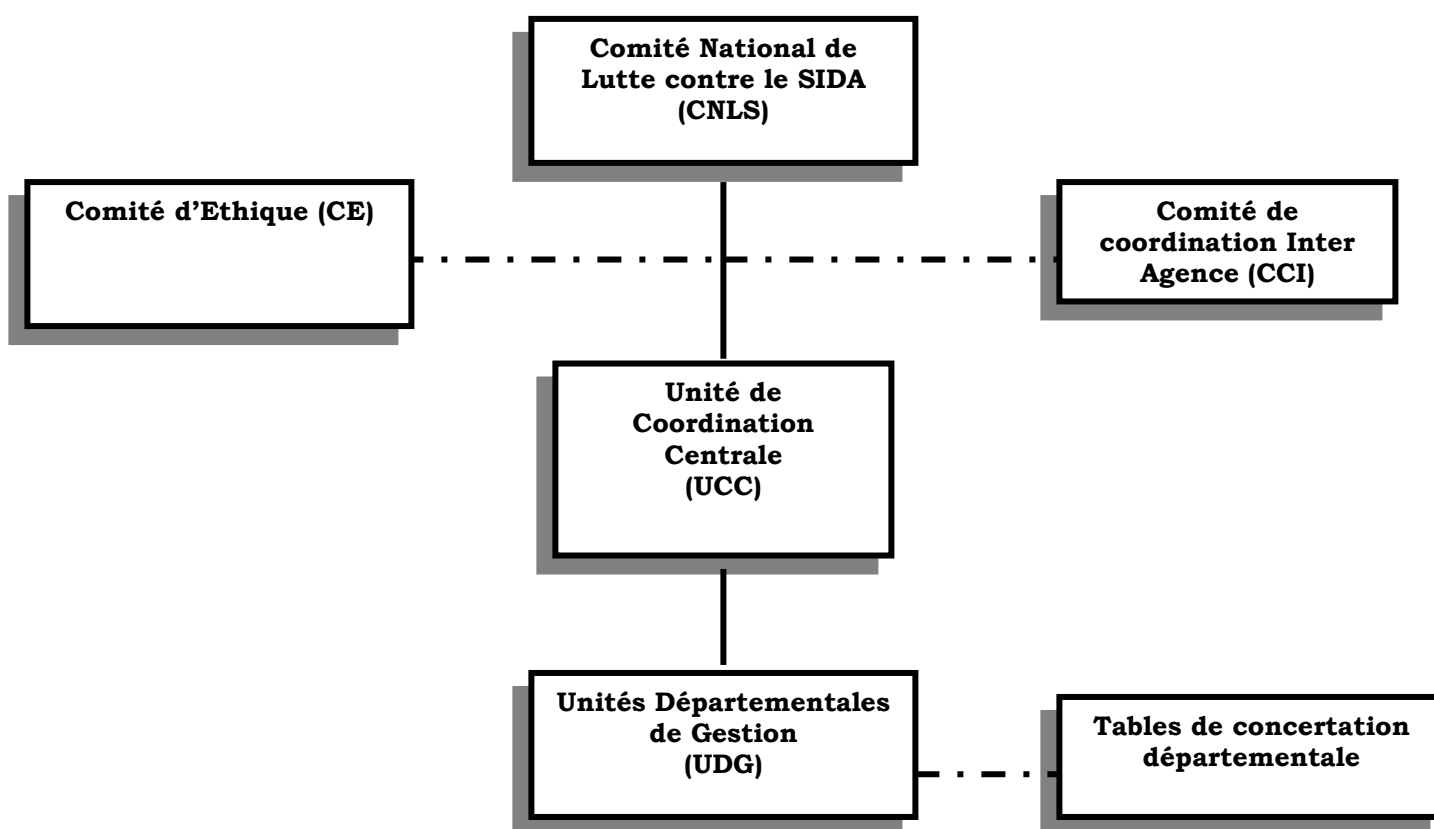
Il est donc impératif de procéder à la mise en place d'une structure compétente de gestion munie des moyens humain, matériel, financier, politique suffisants pour conduire le processus et susceptible de s'adapter à l'évolution de la situation, tout en tenant compte du dynamisme de l'épidémie et des facteurs environnementaux.

5.2.2 Structure de gestion proposée

La structure proposée n'est pas figée et peut être sujet à modification en fonction de la réalité de mise en œuvre du PSN. En particulier, il est possible qu'il soit nécessaire de disposer d'une Unité de gestion financière suivant le montage financier conclu avec les bailleurs.

A signaler que onze (11) Unités Départementales de Gestion dépendront de l'Unité de Coordination Centrale. Leur déploiement se fera probablement sur une base progressive.

Pour garantir une meilleure représentativité régionale au niveau des différentes entités, les différents représentants chaque fois que nécessaire, devront venir de villes différentes (cas de la TCD) et départements différents (cas du CNLS).



Pour chaque entité, il sera clairement spécifié la personne responsable et imputable de toutes les activités menées dans son unité à son niveau. Ainsi, il est suggéré qu'au niveau :

- du CNLS le responsable soit le président de ce Comité (*à désigner*)
- du CE le responsable soit le président de ce Comité (*à désigner*)
- du CCI le responsable soit le CPA de l'ONUSIDA
- de l'UCC le responsable soit le Directeur Exécutif
- de l'UDG le responsable soit le Coordinnateur Départemental
- de la TCD le responsable soit le Coordinnateur (*rotatoire et à nommer*)

5.2.3 Fonction et composition des différentes entités

ENTITE	FONCTIONS	COMPOSITION POSSIBLE
Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer les politiques et les grandes orientations en matière de lutte contre le SIDA - Veiller à l'appropriation du plan par les instances étatiques et de la société civile et construire un consensus national - Plaidoyer pour l'élaboration des lois - Plaidoyer pour l'engagement de l'État et des différents partenaires - Plaidoyer en partenariat entre secteurs public/privé - Mobiliser les ressources - Veiller à la continuité de la mise en œuvre du PSN - Valider les plans d'action annuels - Lancer avec l'UCC et UDG le processus de formation des tables de concertation départementale 	<ul style="list-style-type: none"> - Un Représentant de la Présidence - Un Représentant de la Primature - Un Représentant de chaque ministère concernés (MSPP, MENJS, MPCE, MCFDF, MJ, MAST) - Un Représentant du secteur religieux - Un Représentant du secteur des affaires - Un Représentant du secteur syndical - Un Représentant des ONG du secteur de la santé - Un Représentant des PV-VIH - Président de l'ONUSIDA (observateur)
Comité de coordination Inter Agence (CCI)	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la réalisation du PSN à travers la mobilisation des ressources financières et techniques - Apporter un appui conseil au CNLS - Veiller à la non duplication des ressources à des interventions synergiques et à l'efficacité de la coopération internationale pour le renforcement du partenariat secteur public /privé et Agences internationales - Veiller à l'intégration du PSN dans le contexte international 	<ul style="list-style-type: none"> - Président (e) de l'ONUSIDA - Représentants des différentes Agences de l'ONU - Représentants des principales Agences bilatérales et/ou des bailleurs de fonds - CPA de l'ONUSIDA
Comité d'Éthique (CE)	<ul style="list-style-type: none"> - S'informer sur les principes d'Éthique mondialement reconnu en matière de lutte contre le SIDA - Préparer des normes directives en la matière et veiller à leur mise à jour - Informer régulièrement les personnes concernées des différentes entités - Veiller au respect des droits de la personne dans l'application du PSN - Veiller au respect des règles d'Éthique en matière de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> - Un Représentant Amicale des Juristes - Un Représentant de l'AMH - Un Représentant de REHVIH - Un Représentant du bureau de protection des citoyens

<p align="center">Unité de Coordination Centrale (UCCS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'opérationnalisation du plan de mise en œuvre du PSN au niveau des départements - Encadrer les départements dans la mise en œuvre (planification, formation, organisation, suivi et évolution) - Assurer la coordination des différentes fonctions : recherche, développement, communication, finance, suivi/évaluation, technique - Élaborer les normes et procédures en matière de gestion financière du PSN - Élaborer les outils de gestion financière et veiller à leur utilisation - Assurer la gestion financière du PSN - Ajuster les objectifs et stratégies du PSN - Veiller à la mise en application des nouvelles stratégies - Veilles technologiques et stratégiques pour ajuster les choix du PSN - Assurer le suivi et l'évaluation du PSN - Constituer une plate-forme de circulation des informations essentielles locales et internationales - Faire la promotion des « best practice » 	<ul style="list-style-type: none"> - Un Directeur Exécutif (<i>Gestionnaire en santé</i>) - Un Assistant Directeur Exécutif - Un Responsable en recherche développement - Un Responsable en Suivi/Évaluation - Un Responsable en communication - Deux Responsables techniques - Un Responsable financier et un adjoint
<p align="center">Unité Départementale de Gestion (UDG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer les plans départementaux opérationnels - Coordonner l'ensemble des activités du plan opérationnel au niveau du département - Assurer la gestion des plans dans tous les aspects (technique, logistique) - Mobiliser les ressources locales - Participer au suivi et à l'évaluation du plan opérationnel départemental 	<ul style="list-style-type: none"> - Un coordonnateur départemental (<i>Gestionnaire en santé</i>) - Un Représentant des différentes directions départementales des Ministères concernés - Un Représentant des principales ONG concernées - Un Représentant des PV-VIH - Un Représentant des Organisations de jeunes - Un Représentant des Organisations de femmes
<p align="center">Table de concertation départementale (TCD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la détermination des priorités - Discuter les résultats des différentes activités - Donner leur feedback - Participer à l'évaluation du P.O - Mobiliser la communauté - Participer à la mise à jour des stratégies au niveau régional 	<ul style="list-style-type: none"> - Représentant des institutions prestataires de services ou et des UCS - Représentant des organisations de base (femme, jeune, syndicat, policier, TS et HSH) - Représentant des PV-VIH

5.3 MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL

La réponse sans précédent qu'Haïti doit donner à l'épidémie du SIDA doit se refléter non seulement dans les objectifs à atteindre et les actions à entreprendre, mais encore dans le cadre institutionnel à mettre en place pour obtenir les résultats escomptés. La nécessité d'un cadre institutionnel adéquat s'explique aussi par la dynamique complexe de l'épidémie et par l'importance des facteurs environnementaux.

La structure organisationnelle elle-même, devrait être flexible pour s'adapter aux modifications futures qui peuvent subvenir soit au niveau des organismes et institutions partenaires ou encore du fait de changement dans l'évolution de l'épidémie.

L'équipe responsable de la coordination devra faire preuve d'une grande flexibilité quant à la prise en compte rationnelle des événements et des résultats non prévisibles qui auront commandé la nécessité de réorienter les plans futurs voire même d'abandonner d'anciennes stratégies au profit d'autres pour une meilleure adaptation du plan. Les principes suivants devront guider la mise en œuvre du plan.

5.3.1 Principes directeurs à la mise en œuvre du Plan

Les principes directeurs devant gérer le plan s'inspire aussi bien de la nécessité de mettre en place une gestion moderne que de prendre en compte le passé institutionnel du secteur santé.

➤ *Du point de vue « gestionnaire »*

Le plan de gestion doit tenir compte des orientations de l'approche méthodologique utilisée au cours de l'élaboration du PSN. Ainsi, il faudra au cours de la mise en œuvre du plan veiller à :

- favoriser une planification de bas en haut lors de la préparation des plans opérationnels
- déconcentrer la gestion du programme national
- rechercher l'engagement politique à tous les niveaux
- renforcer le partenariat intra et inter sectoriel
- formaliser la coopération avec le secteur privé
- encourager la participation communautaire
- mettre les niveaux d'exécution dans des conditions appropriées pour :
 - . offrir des services adéquats
 - . satisfaire les besoins des populations cibles
 - . disposer des intrants nécessaires
- veiller au rapport coût-efficacité des interventions

➤ *Du point de vue du pilotage*

La flexibilité doit être le maître mot. L'exécution du Plan intérimaire en cours aura modifié certains paramètres déjà documentés lors de l'analyse de la situation et de la réponse. Ces résultats auront certainement des répercussions sur les actions et les interventions à engager au niveau du nouveau plan stratégique. Ainsi, tout au long du processus de mise en œuvre certaines faiblesses ou forces identifiées au cours de l'analyse n'auront pas nécessairement la même intensité.

D'autre part, les acteurs de la mise œuvre peuvent résister ou proposer d'autres voies stratégiques au vu de la réalité concrète. *La réflexion stratégique devra donc fonctionner en tandem avec l'action.* L'élaboration des stratégies sera donc le fruit d'un processus d'apprentissage.

Finalement, des opportunités réelles peuvent se présenter pour la mise en œuvre de certains aspects du plan. De telles occasions devraient être exploitées et servir de « Key Starter » pour le démarrage effectif du plan. L'essentiel étant que la philosophie et l'approche du PSN soient respectées. En particulier on devra veiller à ce que :

- La concertation la plus large possible soit établie entre les différents acteurs sur le contenu de tel ou tel projet prenant comme guide le *Cadre de référence du PSN : les objectifs visés, les Stratégies et initiatives clés proposées* ;
- *Le renforcement de la capacité de réponse* tel que décrit dans ce document (cf. point 5.1) soit toujours pris en compte pour un véritable *ancrage des activités dans un programme*;
- La participation de tous les partenaires prévus (cf. *Annexe 2*) soit activement recherchée et que les acteurs au *niveau départemental et local* lors de la mise en œuvre des projets participent au processus. La préparation des plans opérationnels départementaux constitue une nécessité.

5.3.2 Plan de mise en route

Il est proposé de mettre en route le PSN selon les étapes décrites dans le tableau suivant. Ce tableau précise le calendrier d'exécution, les responsables et les produits attendus à la fin de chaque étape. Il appartient au Comité National de Lutte contre le SIDA de veiller à son application en mobilisant les ressources et en fournissant l'appui politique nécessaire et de l'adapter en fonction des ressources effectivement disponibles, du degré de développement organisationnel des entités prévues et tenant compte des opportunités qui se présentent dans l'environnement. Cependant pour garantir l'imputabilité, il est identifié une entité spécifique responsable (soulignée en gras dans le texte) directement de conduire chaque étape. Il appartient donc au responsable ou coordonnateur de cette entité de prendre toutes les mesures pour la réalisation effective des initiatives proposées.

ETAPES	CALENDRIER	RESPONSABLES	PRODUIT ATTENDU
1. Officialisation du PSN - Plaidoyer auprès des membres potentiels du CNLS - Constitution du CNLS par arrêté présidentiel - Présentation/Validation du PSN par le CNLS - Adoption officielle du plan	mars - avril 02	<u>Hautes autorités de l'État</u>	- Document cosigné par les différents membres du CNLS - Déclaration officielle du gouvernement s'engageant à mettre en œuvre le PSN, pendant les 5 prochaines années
2. Mobilisation des ressources - Préparation d'un plan de marketing pour la mobilisation des ressources - Soumission de « projets » aux différents bailleurs de fonds du PSN	Continu à dater de mars 02	<u>CNLS</u> CCIA	- Sources de financement pour la 1ère année identifiée d'ici juin 2002 - Plan de mobilisation des ressources élaboré
3. Mise en place de la structure organisationnelle du PSN - Diffusion du document auprès de l'ensemble des acteurs concernés - Forum avec les secteurs concernés pour finaliser les termes de référence des différentes entités prévues dans l'organigramme - Identification, cooptation et nomination des différents individus composant la structure - Mise en place effective et progressive du CE, de l'UCC, de l'UDG, et de la TCD	15 mars - 30 mai 02	<u>CNLS</u>	- Termes de référence des différentes entités identifiées - Personnel identifié et nommé - Responsables des différentes entités nommées et installées
4. Établissement de mécanismes de coordination avec - le Comité de Coordination Inter agences - les Agences de coopération régionales et mondiales	15 mars - 30 avril 02	<u>CNLS</u> CCIA	- Charte de coopération élaboré et approuvée par les différentes parties - Calendrier de rencontre annuel défini
5. Appropriation du PSN - Préparation d'un résumé exécutif du PSN sous une forme attrayante - Diffusion/présentation du résumé aux différentes personnalités du gouvernement et de la société civile - Organisation de présentations du PSN avec tables rondes dans différents départements avec tous les secteurs concernés	15 avril - 15 juin 02	<u>UCC</u> Firme de marketing	- Rapport d'activité des séances de présentation et des tables rondes
6. Préparation de plans opérationnels multisectoriels départementaux⁷ - Identification des personnes/institutions ressources de différents secteurs - Diffusion du PSN aux différentes entités/acteurs concernés - Préparation d'un canevas pour la standardisation des plans opérationnels - Tenue d'ateliers de travail au niveau des différents départements pour la préparation de plans annuels - Révision et finalisation de ces plans avec l'UCCS	15 juin - 15 août 02	<u>UGD</u> UCC	- Plans détaillés avec cadre logique et budget finalisés pour chaque département - Identification des besoins

⁷ Du point de vue pragmatique, il est fort probable qu'il ne sera pas possible de préparer tout de suite les P.O pour chaque département compte tenu du niveau des ressources financières qui seront effectivement disponibles. C'est une décision politique

ETAPES	CALENDRIER	RESPONSABILITE	PRODUIT ATTENDU
7. Constitution progressive des tables régionales de concertation - Identification des points d'ancrage et des personnes ressources - Cooptation, choix des différentes personnes participant à la TGC - Tenue de forum avec les constituants de la TRC sur les termes de référence et les mécanismes de travail - Préparation de plan de travail annuel - Mobilisation des ressources - Mise en branle des Comité	A dater d'août 02	<u>UDG</u> UCC	- Comités constitués - Plan de travail élaboré - Mécanismes de concertation définis et approuvés
8. Mise en route progressive des plans opérationnels - Mise en place des plans de formation et d'encadrement Répartition des ressources	A dater d'octobre 02	<u>UCGD</u> UCG TCD	- Personnel formé - Ressources prévues disponibles

5.4 SUIVI - ÉVALUATION

La réussite de l'implantation du PSN dépendra dans une grande mesure de la mise en œuvre de plans opérationnels départementaux préparés à partir des grandes lignes définies dans le PSN. Ces plans devront être suivis et évalués de façon méthodique. Les informations ainsi recueillies seront utiles pour :

- planifier et réviser les programmes
- faire le plaidoyer pour l'action
- imputer les changements aux interventions

Le cadre logique présenté en Annexe (cf. Annexe # 3) servira de référence pour assurer le suivi/évaluation de la mise en œuvre du PSN.

La plupart des objectifs étant fixés par rapport à 2006, il sera important de déterminer :

- Le niveau actuel des indicateurs (*Évaluation de base*)
- Le niveau intermédiaire d'ici 2004-2005 (*Évaluation à mi-parcours*)
- Le niveau final en 2006 (*Évaluation finale*)

L'évaluation de base, en plus de fournir des informations sur le niveau actuel des indicateurs en 2002, devra aussi renseigner sur la disponibilité des intrants (personnel, matériel, équipement et financement) et les produits (services) offerts au niveau institutionnel et communautaire. Les besoins des institutions et des organisations communautaires devront être également définis. Une analyse secondaire des données de l'EMMUS III et d'autres études pourra être effectuée, et au besoin, d'autres recherches/enquêtes complémentaires pourront être réalisées.

L'évaluation à mi-parcours aura pour objectif principal d'estimer le niveau des indicateurs après la mise en œuvre du plan et de juger de la pertinence des stratégies utilisées ainsi que du niveau d'effort fourni (ressources réellement disponibles par rapport à ce qui était prévu).

L'évaluation finale aura pour objectif de juger de l'impact de la mise en œuvre du PSN (en terme de prévalence, mais aussi en ce qui concerne la survie des patients et la qualité de vie).

qui devra être prise pour le CNLS sur la base de critères. transparents. Une autre alternative serait de développer des P.O pour seulement certains aspects du PSN sur tout le territoire.

Le *monitorage* sera mené tout au cours de l'exécution du plan. Il visera à fournir des informations sur la disponibilité des intrants, les activités réalisées, les problèmes rencontrés et les solutions apportées. Les activités de *monitorage* devront être décentralisées au fur et à mesure.

Une fois les plans opérationnels départementaux préparés, la liste des indicateurs devra être développés pour le *monitorage*. Cette liste guidera la mise en place du système d'information sanitaire (SIS) et le système d'information pour la gestion (SIG). Néanmoins, il est prévu qu'un effort particulier devra être déployé pour renforcer le SIS et le SIG. Ce travail devra être réalisé suivant les grandes lignes du Plan Stratégique National de développement du système d'information pour optimiser les chances de succès du suivi et de l'évaluation du PSN.

L'Unité de Coordination Centrale devra veiller à la mise en place effective du Plan de suivi et d'évaluation, en étroite collaboration avec les Unités Départementales de Gestion. La collaboration d'organismes comme le CDC l'ONUSIDA et le CAREC sera recherchée pour la préparation du plan de suivi et d'évaluation.

5.5 RECHERCHE ET SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Considération générale

L'épidémie de SIDA est un phénomène complexe et évolutif où interviennent de nombreux facteurs socio-économiques culturels, psychologiques, biomédicaux etc. De nombreuses épidémies se chevauchent suivant la spécificité des sous-groupes. Il est donc important de bien comprendre les différences et les changements apparaissant avec l'évolution de l'épidémie. Les stratégies développées doivent tenir compte de ces nuances et des modifications survenant dans le temps.

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. *Toutes les recherches devraient donc être menées dans une perspective orientée vers l'action et répondre à des besoins précis du programme.*

Priorités identifiées

A titre indicatif, le Diagnostic stratégique et les grandes lignes du plan suggèrent les priorités suivantes :

- 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 PV-VIH
 - 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

Les systèmes de surveillance de seconde génération devraient être utilisés

- 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.

Organisation

Pour la conduite de ces études, il est important de rechercher l'appui et la coopération de nombreux organismes nationaux, régionaux et/ou internationaux depuis le stade de la conception. A titre indicatif, citons parmi les organismes internationaux : l'UNESCO, le CAREC et les CDC. L'expertise des différents instituts de recherche nationaux devra être mise à profit.

Dans une perspective d'efficience, il peut être convoqué une fois le plan lancé officiellement « Une table ronde de concertation » avec les chercheurs des différentes institutions nationales et internationales. Cette table de concertation aurait pour objectif de :

- Structurer un « Comité de recherche sur le SIDA ».
- Établir les mécanismes de coopération interne et externe
- Préparer un calendrier de recherche en étroite collaboration avec les responsables de l'exécution du plan
- Préparer un plan de marketing pour la mise en route de ces recherches
- Faire le plaidoyer pour l'intégration des activités de recherche dans le processus de planification
- Préparer un plan de mobilisation de ressources
- Mettre en place un plan de suivi

PRESENTATION DU BUDGET

Le présent budget (**voir Annexe 5**) couvre la période 2002-2006. Le dollar américain a été utilisé comme unité monétaire vu la relative instabilité de la gourde.

Le *Résumé global du budget* est présenté par année pour chacun des treize domaines prioritaires correspondant aux trois objectifs stratégiques identifiés pour réduire le risque, la vulnérabilité et l'impact. En plus, on retrouve un budget séparé pour *l'Intensification de la participation des PV-VIH à la lutte contre le SIDA*⁸. Et pour chacun des domaines stratégiques il y est intégré à dessein les dépenses relatives au *Renforcement de la capacité de la réponse, au Suivi-Evaluation et à la Gestion*, vu leur importance pour la réussite de la mise en œuvre du PSN (ces dépenses n'apparaissent donc pas de façon séparée dans le *Résumé global du budget* mais sont retrouvés en détail par la suite). De plus, il est spécifié pour chaque année un montant pour l'*Audit*.

⁸ Bien que ce domaine fasse partie du chapitre *Renforcement de la capacité de réponse*, il a été présenté séparément pour permettre aux PV-VIH de disposer d'un budget propre pour la mise en œuvre de plans opérationnels spécifiques visant à renforcer leur capacité organisationnelle et pour une plus grande implication dans les activités de promotion de comportement à moindre risque et dans la prise en charge de leurs pairs.

Dans le budget consacré à chaque domaine prioritaire, il est présenté des sous lignes budgétaires par stratégies et initiatives-clés. Pour y arriver, il a été établi la liste détaillée et le niveau des activités à entreprendre ainsi que les services et biens à acquérir, tenant compte des objectifs fixés dans le PSN et des coûts actuels sur le marché. Ces détails sont disponibles dans un document séparé.

Le montant alloué pour le *Renforcement de la capacité de réponse, le Suivi Evaluation, la Gestion et l'Audit* a été calculé sur une base proportionnelle soit :

- 4,25% pour le renforcement de la capacité de réponse (renforcement leadership : 0,25%, renforcement institutionnel⁹ : 1%, renforcement coordination intersectoriel : 0,5%, renforcement de partenariat privé/public : 1%, renforcement de capacité de communication¹⁰ : 1%, mobilisation des ressources : 1%).
- 9-10% pour le suivi-évaluation dont, 1% pour la mise en place du SIG (1ere année), 4% pour le Suivi, 4% pour l'évaluation de base et l'Evaluation à mis parcours et 5% pour 5^e année.
- 10% pour les coûts de gestion; cette ligne budgétaire devra servir à co-financer le fonctionnement des entités structurelles définies dans l'organigramme, une partie étant déjà prise en charge par le gouvernement.
- 1,5% pour l'Audit.

Du point de vue de la gestion du budget, il appartiendra au CNLS, en collaboration avec le CCI et les bailleurs de fonds de définir en détail les mécanismes d'allocation, de décaissement et de contrôle des fonds en vue de garantir la transparence, l'imputabilité et l'équité. Des changements, au besoin, pourront être apportés à la structure de gestion proposée pour tenir compte des conditionnalités qui peuvent accompagner le financement du PSN par tel ou tel bailleur et tenant compte du Plan Comptable National et des règlements en vigueur en Haïti .

⁹ Il s'agit de dépenses générales en rapport avec le développement structurel. Celles relatives à des éléments spécifiques pour chaque axe sont considérés dans la budget des interventions de façon séparée (voir budget détaillé).

¹⁰ Idem

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES¹¹

- Banque Mondiale, Faire face au SIDA. *Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*, 1998
- Cayemittes Michel, Marie Florence Placide, Bernard Barrère et coll *Enquête Mortalité Morbidité Utilisation des Services*, Haïti 2000 (EMMUS III)
- The collaborative Study Group on AIDS in Haïtien *American Risk factors for AIDS among Hatians residing in the United States. Evidence of Hetero Sexual transmission. Jama* 1987, 257, 635, 639.
- Centres GHESKIO, MSPP Projet : *Intégration du dépistage Volontaire et éclairé pour le VIH avec un paquet de services associés au niveau des structures sanitaires du MSPP et celles du secteur privé en vue de la présentation du VIH en Haïti, Octobre 2001 – Sept 2006*
- IHE, MSPP, *Diagnostic Stratégique de la Situation des IST et du VIH/SIDA en Haïti, dans le cadre du Plan stratégique National 2000-2001.*
- GAILLARD Eric, Michel Cayemittes, Florence Placide et coll, *Mise à jour des paramètres, sources et hypothèses utilisés pour les projections épidémiologiques du VIH/SIDA en Haïti dans le cadre du Plan Stratégique National 2002-2002 (Non encore publiée)*
- Group Croissance *Analyse de la Conjoncture Economique d'Haïti (Exercice fiscal 2000-2001).*
- IHE, *Analyse situationnelle des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière sexuelle et santé reproductive, Décembre 1999.*
- MSPP, OPS/OMS, IHE, Centres GHESKIO, *Etude de Séro Surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez les femmes enceintes en Haïti 1999-2000.*
- ONUSIDA, *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA – session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA*
- ONUSIDA, *Elargir la riposte Mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée, 1998.*
- ONUSIDA, *Cadre Stratégique Mondial sur le VIH/SIDA, Juin 2001.*
- ONUSIDA, *Rapport sur l'Epidémie mondiale de VIH/SIDA, Juin 2000.*
- Système des Nations-Unies, Haïti, *Bilan Commun de Pays, Octobre 2000.*

¹¹ Les références se rapportant au « **Diagnostic stratégique** » ne sont pas citées ici, à l'exception de certaines d'entre elles rapportées dans le corps de ce texte.

ANNEXE 1

PROTOCOLE DE REALISATION DU PSN

Mandat du consultant

Le consultant avait pour mandat d'élaborer le Plan Stratégique National 2002-2006, suivant les orientations de la Politique Nationale de santé et la méthodologie proposée par l'ONUSIDA, qui recommandent une approche multisectorielle participative.

Étapes

Ces étapes ont été suivies :

1. Etapes de l'élaboration du Plan stratégique National

Le développement du Plan stratégique National comporte différentes étapes. Selon la méthodologie préconisée par l'ONUSIDA, ces étapes sont les suivantes :

1^e Phase d'analyse de la situation

Cette étape vise à répondre à plusieurs questions :

- Quelle est la situation épidémiologique des IST et du VIH/SIDA ?
- Quel est le poids des principaux facteurs influençant la prévention et le contrôle des IST/VIH/SIDA ?
- Quels sont les obstacles qui freinent le contrôle de l'épidémie ?
- Quelles sont les opportunités qui existent ou quels sont les facteurs susceptibles d'influencer positivement la situation ?

2^e Phase d'analyse de la réponse

Les objectifs de cette étape sont les suivants :

- Définir la nature et le degré des réponses de différents secteurs ;
- Évaluer le niveau de coordination des réponses des différents secteurs ;
- Apprécier la validité des réponses.

3^e Phase de préparation du plan

Le plan doit permettre de :

- Proposer une vision et des principes directeurs ;
- Définir les domaines prioritaires ;
- Proposer des objectifs et stratégies réalistes;
- Proposer une gestion stratégique du plan.

2. Réalisation du Plan stratégique National

Cette section décrit la méthodologie utilisée pour le diagnostic stratégique et le processus de traitement d'informations pour l'élaboration du plan.

3.1 Le Diagnostic stratégique

□ Réalisation du diagnostic

Pour la réalisation de l'analyse de la situation et l'analyse de la réponse, il a été procédé au préalable à une recherche documentaire, suivie de collecte de données sur le terrain. Environ une trentaine des documents et publications traitant des IST et de VIH/SIDA en Haïti ont été consultés. La collecte d'informations sur le terrain a été effectuée à différents niveaux en vue d'obtenir des informations sur la situation actuelle des IST et du VIH/SIDA en Haïti et la réponse apportée. Cette collecte a été effectuée à différents niveaux.

Niveau communautaire :

- Des entrevues semi structurées ont été réalisées avec différents informateurs-clés dans cinq (5) départements du pays. Ainsi, ont été rencontrés :
 - 5 Organisations travaillant avec les jeunes,
 - 3 Organisations travaillant avec les femmes,
 - 24 PV-VIH ou leurs accompagnateurs,
 - 8 prêtres/pasteurs,
 - 6 hougans,
 - 2 responsables de syndicats.
- Des entrevues semi structurées ont été réalisées respectivement avec une cinquantaine de policiers, de prostituées et de chauffeurs/camionneurs dans les neuf (9) départements sanitaires et la Coordination des Nippes.

Niveau institutionnel :

- Des informations ont été collectées, dans neuf (9) départements sanitaires et de la Coordination des Nippes, auprès des Directions départementales du MSPP, du Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports (MENJS), du Ministère des Affaires Sociales (MAS), du Ministère à la Condition Féminine et au Droits de la Femme (MCFDF) ou des Organisations de femmes
- Des questionnaires ont été adressés aux institutions de l'ONU, (Groupe ONUSIDA), à l'USAID à l'UAPC/ACDI, à la Coopération Française ainsi qu'aux principaux Ministères concernés et à certaines ONG spécialisées. Ces questionnaires ont été remplis presque par tous ceux qui avaient été visés.
- Une rencontre avec des journalistes de la radio et de la télévision a été organisée afin de les informer de la préparation du Plan stratégique National, de se renseigner sur les activités menées en matière de lutte contre le SIDA et sur leurs besoins.
- Deux rencontres ont eu lieu avec les Agences multi et bilatérales pour les informer sur le processus d'élaboration du Plan stratégique et s'enquérir de leurs préoccupations relatives à la situation du SIDA en Haïti.

Les informations recueillies ont été synthétisées par thème. Les résultats ont été discutés en groupes avec la plupart des membres du Comité technique.

□ *Pré-validation*

La restitution des informations a été opérée à travers des tables rondes et ateliers de consensus :

En premier lieu, la situation épidémiologique a été présentée à un groupe d'épidémiologistes au cours d'un séminaire tenu à l'IHE les 1-2 octobre 2001 pour valider les résultats et pour déterminer avec eux les facteurs biomédicaux et comportementaux prioritaires.

L'ensemble des résultats portant sur l'analyse de la situation et de la réponse a été présenté à un séminaire tenu au Xaragua Hotel à Montrouis, les 16 et 17 octobre 2001. Ces résultats ont été discutés à fond en vue de leur validation avec un éventail varié de professionnels :

- Cadres du MSPP,
- Cadres d'autres ministères : MENJS, MAS, MCFDF,
- Cadres de différentes institutions spécialisées,
- Cadres du MSH, de l'USAID, de l'UAPC,
- Épidémiologistes,
- Psychologue, éducateur, juriste, gestionnaire/économiste, anthropologue/spécialiste de genre,
- Responsables de programme des Directions Sanitaires Départementales,
- Consultants des différentes agences de l'ONU (*OPS/OMS, UNICEF, FNUAP*),
- Représentants d'ONG prestataires,
- Représentants de Média.

Avec l'aide d'un consultant de « Policy Project », des projections ont été réalisées sur l'évolution de l'épidémie, utilisant le modèle « Epidémiological Project Package » développé par l'ONUSIDA.

Un exemplaire du *Diagnostic stratégique* a été préparé et présenté aux commanditaires, suite à ces différentes étapes.

□ *Validation*

Les résultats du brouillon du diagnostic stratégique ont été discutés avec la Représentante de l'ONUSIDA, les principaux partenaires et intervenants, au cours d'un séminaire de validation. Par la suite, le brouillon initialement préparé a été revu pour tenir compte des différents commentaires et recommandations formulés.

3.2 *Préparation du plan*

Plusieurs étapes ont été suivies dans l'élaboration du plan :

□ *Phase de conception*

A partir du Cadre Stratégique proposé par l'ONUSIDA et du Diagnostic Stratégique établi pour Haïti, il a été préparé en groupe un premier brouillon du Plan stratégique National décrivant :

- la vision du plan, dégagée à partir d'une "pluie d'idées" (brain storming) avec les différents partenaires;
- les domaines et stratégies prioritaires regroupés autour de trois objectifs spécifiques: *la diminution du risque, la diminution de la vulnérabilité, la diminution de l'impact*;
- la gestion stratégique du plan, en tenant compte des faiblesses méthodologiques de l'approche "SWOT" utilisée pour établir le diagnostic stratégique;

❑ *Pré-validation des choix stratégiques*

Les choix stratégiques proposés ont été discutés au cours d'ateliers de travail tenus dans les différents départements avec les représentants de différentes institutions: MSPP, MAST, MCFDF, Organisations de femmes, Organisations de jeunes, Organisations travaillant avec les jeunes, Média, Police Nationale, Coopérative, Églises, Mairie. Au total, 11 ateliers réunissant près de 120 personnes ont été tenus au début de novembre dans les 9 (neuf) départements sanitaires, la Coordination des Nippes et la Région Métropolitaine.

Les différentes stratégies ont été ainsi validées et enrichies surtout en ce qui concerne les éléments clés d'intervention. De même, il a été identifié les institutions et intervenants locaux qui potentiellement pourraient participer à la mise en oeuvre du plan.

❑ *Validation par les ONG partenaires et les responsables du MSPP et les organisations féminines*

Le Cadre Stratégique a été discuté au cours d'un atelier de travail le 11 décembre réunissant une trentaine de participants. La vision et les principes directeurs du plan ont été revus. Les stratégies, objectifs, identifiés par domaine prioritaire, ont été également discutés et revus.

Sur demande des organisations féminines, une session spéciale présentant la situation du SIDA et le contenu du PSN relatif à la problématique de genre a été organisée à la mi décembre. Cet atelier de travail tenu le 14 décembre regroupait une soixantaine de participantes.

❑ *Etapas ultérieures*

Le plan ainsi préparé a été présenté, au MSPP, au Comité Inter-Agence et à de nombreux partenaires-clés. Après une première révision, il a été procédé à une dernière validation auprès d'un Comité restreint, comprenant entre autre un Economiste/Gestionnaire. Ce travail sera couronné d'un atelier à la fin de février 2002.

Le PSN une fois prêt, il a été préparé un budget détaillé pour chacun des domaines prioritaires.

Ce document sera alors soumis au MSPP et à l'ONUSIDA pour les suites nécessaires.

❑ **Les obstacles rencontrés**

Le démarrage des activités de collecte d'information a été retardé à cause du retard pris pour la finalisation des termes de référence des différents comités. De plus, le cours laps de temps dévolu pour mener à bien ces activités a constitué une contrainte du fait que :

- la collecte des informations a été retardée au début;
- l'ensemble des départements ont été visités, ce qui n'était pas initialement prévu ;
- les acteurs à contacter étaient très nombreux.

Le manque de disponibilité effective et d'implication de certains cadres nommés au Comité Technique. Ce manque de disponibilité est également à noter pour les différents Ministères.

Le manque initial de fonds, ce qui a entraîné un amendement budgétaire et des pourparlers qui ont traîné en longueur. Par ailleurs le mode de déblocage a constitué également une contrainte.

Il avait été prévu initialement de tenir un séminaire de validation du *Diagnostic Stratégique*. Ce séminaire qui devait se tenir sous l'auspice du CMSP et réunir l'ensemble du Comité technique. Cette plate-forme consultative n'a pas eu lieu puisque le CMSP n'a jamais été constitué. L'absence du CMSP est à déplorer. Mais la résolution de ce problème a été hors de la portée de la firme consultante.

ANNEXE 2

INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE

HAITI

INDICATEURS	ANNÉE	ESTIMATION	SOURCE
Indicateurs démographiques			
Population (Milliers)	2000	8.410	IHSI
Croissance annuelle de la population	2000	2,08 %	IHSI
Population entre 0-14 ans	2000	42 %	EMMUS III
Population entre 15-49 ans	2000	44,5 %	EMMUS III
Sexe ratio homme:femme	2000	1:1,07 %	EMMUS III
Pourcentage de la population urbaine	2001	36%	IHSI
Indicateurs Economiques			
Produit Intérieur Brut per capita (gourdes à prix courant)	2001	9.721	IHSI
Taux de croissance économique	2000/2001	-1,20%	IHSI
Pourcentage de la population féminine économiquement active	2000	55%	EMMUS III
Pourcentage de la population masculine économiquement active	2000	70%	EMMUS III
Indicateurs du niveau d'Éducation			
Taux d'alphabétisation chez les garçons	2000	70%	EMMUS III
Taux d'alphabétisation chez les filles	2000	59%	EMMUS-III
Taux net de fréquentation scolaire (filles)	2000	57%	EMMUS-III
Taux net de fréquentation scolaire (garçons)	2000	56 %	EMMUS-III
Pourcentage de filles ayant atteint le niveau secondaire	2000	28,1%	EMMUS-III
Pourcentage de garçons ayant atteint le niveau secondaire	2000	34,9%	EMMUS-III
Indicateurs de santé			
Taux brut de Natalité pour 1000	2000/2005	32,7	IHSI
Taux brut de Mortalité pour 1000	2000/2005	9,6	IHSI
Taux de Mortalité maternelle pour 100 mille naissances vivantes	1994/2000	523	EMMUS-III
Expérience de vie à la naissance	2001	60,3	IHSI
Indice synthétique de fécondité	2001	4,7	EMMUS-III
Taux de Mortalité infantile pour mille naissances	1996/2000	80,3	EMMUS-III
Prévalence de la contraception chez les femmes en union	2000	28%	EMMUS-III
Pourcentage de naissance en présence d'une personne médicalement formée	2000	24%	EMMUS-III
Indicateurs Démographiques du VIH/SIDA			
Nombre annuel de décès	2002/2006	29.409	Projections, Policy Project, IHE, MSPP, ONUSIDA
Nombre d'orphelins dus au SIDA	2002	154.547	Projections, Policy Project, IHE, MSPP, ONUSIDA
Nombre total de PV-VIH/SIDA	2002	229.072	Projections, Policy Project, IHE, MSPP, ONUSIDA
Prévalence de l'infection au VIH/SIDA parmi les adultes	2002	4,9%	Projections, Policy Project, IHE, MSPP, ONUSIDA
Indicateurs de comportement			
Mention du recours au préservatif par les hommes avec un partenaire autre que son conjoint au cours des derniers rapports sexuels	2000	26%	EMMUS-III
Mention du recours au préservatif par les femmes avec un partenaire autre que son conjoint au cours des derniers rapports sexuels	2000	14%	EMMUS-III
Age médian aux premiers rapports sexuels (hommes) en années	1995/2000	18,5/17,5	EMMUS-II EMMUS-III
Age médian aux premiers rapports sexuels (femmes) en années	1995/2000	19/18,2	EMMUS-II EMMUS-III
Différence moyenne d'âge entre l'âge du conjoint et celui de la femme parmi les 15-19 ans	2000	7,3	EMMUS-II

ANNEXE 3

REPARTITION DES INTERVENANTS PREVUS ET DES POPULATIONS CIBLES PAR OBJECTIF ET STRATEGIE

4.1.1.- PROMOTION DE COMPORTEMENTS SEXUELS A MOINDRE RISQUE

OBJECTIF VISE	PRIORITE ¹²	STRATEGIES	INTERVENANTS ¹³	POPULATION CIBLEE
Évaluer le risque personnel	2	Développement d'une nouvelle génération de programme IEC avec accent sur l'évaluation du risque personnel	MSPP, MENJS, FNUAP, UNESCO, UNICEF, VDH, FOSREF, CARE-Haïti, ASON, CPFO, APROSIFA, POZ, CEP, GRASADIS, PSI	Population adulte urbaine et rurale
Adopter des comportements sécuritaires	1	Développement d'un programme d'information/éducation avec accent sur les groupes ayant un comportement à haut risque	MJ, MAST/IBESR, Syndicats, PSI, APROSIFA, FOSREF, VDH, OFATMA, GRASADIS, APAAC, Consortium Org. femmes, MCFDF, ADIH, Chambre de Commerce, FNUAP, HS-2004	- Population générale - Travailleurs (euses) du sexe, policiers, camionneurs/chauffeurs, marchands ambulants, travailleurs migrants, ouvriers, personnes privées de liberté, drogués, HSH
Accepter le dépistage volontaire	2	Extension du programme de Conseil et de Dépistage Volontaires du VIH	MSPP, MAST/IBESR, Syndicats, APROSIFA, OFATMA, GRASADIS, APAAC, Centres GHESKIO, FOSREF, FHI, USAID, FNUAP, UNICEF, MDM, VDH, PSI	Jeunes de 15-24 ans, couples en formation, population vulnérable, population ayant un comportement à haut risque

¹² Le niveau de priorité s'étale de 1-3 (1 étant le plus prioritaire et 3 le moins prioritaire).

¹³ La liste des intervenants cités dans ces tableaux n'est pas exhaustive, elle a été constituée à partir des informations disponibles lors de la préparation du PSN et aussi de l'intérêt porté par certains acteurs pour un domaine particulier.

4.1.2.- PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Améliorer l'offre des services	1	Renforcement de la capacité des institutions à prendre en charge correctement les cas d'IST dans toutes les composantes	- Établissements publics et privés - Groupes communautaires organisés - MSPP, FOSREF, VDH, Centres GHESKIO, USAID, HS-2004, OPS/OMS, AOPS	Ensemble des institutions de santé du pays et cliniques pour jeunes et travailleuses du sexe
Améliorer le niveau de connaissance de la population sur les signes et les symptômes d'IST	2	Renforcement du programme IEC concernant les IST	MSPP, ONG prestataires, MAST/IBESR, SECOSIDA, Media communautaire, Consortium d'organisations de femmes, HS-2004, Fédération Haïtienne de Presse, Association Nationale des Media Haïtiens, GRASADIS, PSI	Population générale
Rechercher le traitement	2	Renforcement du programme de communication pour le changement de comportement	SECOSIDA, Média Communautaire, MSPP	- Population générale
	1			- Population ayant un comportement à haut risque

4.1.3- PROMOTION/DISTRIBUTION DES PRESERVATIFS

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Augmenter la disponibilité en condom	1	Promotion de distribution du condom	MENJS, FNUAP, MSPP, VDH, FOSREF, CARE-Haïti, CASEC, PROMESS Org. communautaires, ONG prestataires, PSI, USAID, Réseau HS-2004	Ensemble du réseau Santé + points de vente desservant la population surtout en milieu rural et zones de grande concentration humaine
Augmenter taux d'utilisation du condom	2	Renforcement de la promotion de l'utilisation du condom spécialement auprès des groupes à haut risque	MSPP, MENJS, MAST/IBESR, MCC, Konesans Fanmi, SECOSIDA, ONG partenaires, PSI, Réseau HS-2004, VDH, FOSREF, FHI, IMPACT, POZ, ADIH, Chambre de Commerce, Autres, Fédération Haïtienne de Presse, Association Nationale des Média Haïtiens, GRASADIS	Population générale avec accent pour jeunes et femmes, mais surtout les travailleurs (euses) du sexe, policiers, camionneurs/chauffeurs, marchands ambulants, travailleurs migrants, travailleurs du Parc industriel, personnes privées de liberté, drogués, les enfants en situation difficile
	1			

4.1.4.- APPROVISIONNEMENT EN SANG SAIN

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Garantir la qualité du sang	1	Amélioration de la qualité du sang et de ses dérivés	MSPP, OPS/OMS, Croix-Rouge, Centres GHESKIO	Population ciblée : l'ensemble des centres de transfusion dans tous les départements
Augmenter le nombre de CTS	2	Renforcement de la capacité des centres de transfusion sanguine	MSPP, OPS/OMS, Croix-Rouge Haïtienne, Centres GHESKIO, FNUAP, Plan Haïti	Institutions desservant la population des accidentés et des cas d'urgences médico-chirurgicales et obstétricales
Augmenter le nombre actuel de donneurs réguliers volontaire	2	Amélioration de l'offre de sang sûr pour répondre à la demande croissante/auto transfusion	MSPP, OPS/OMS, SECOSIDA, Croix-Rouge Haïtienne, AJH, Média communautaire, Centres GHESKIO, Fédération Haïtienne de Presse, Association Nationale des Média Haïtiens	Population ciblée : professionnels et jeunes du milieu universitaire

4.1.5.- REDUCTION DE LA TRANSMISSION VERTICALE

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Augmenter l'offre en PTME	2	Intégration progressive des services de PTME dans les établissements sanitaires	MSPP, Centres GHESKIO, IHE, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, Établissements de santé, ONG partenaires, Réseau HS-2004, Réseau AOPS, OPS/OMS	Femmes enceintes, femmes en âge de procréer
Informier et sensibiliser les femmes sur le PTME	2	Renforcement des interventions d'IEC auprès des femmes pour la prévention de la transmission mère-enfants	MSPP, ONG partenaires, SECOSIDA, Media communautaire, HS-2004, FNUAP, UNICEF, PSI, OPS/OMS, Fédération Haïtienne de Presse, Association Nationale des Média Haïtiens	L'ensemble des femmes en âge de procréer et leurs partenaires

4.1.6.- PREVENTION DE LA TRANSMISSION AU COURS D'ACCIDENTS PROFESSIONNEL ET EN CAS DE VIOL

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Rendre disponible et accessible traitement préventif	2 2	Mise en place d'un programme de traitement préventif dans les Hôpitaux départementaux et Communautaire de référence	MSPP, OPS/OMS, Établissements de Santé	

4.2.- REDUCTION DE LA VULNERABILITE

4.2.1.- REDUCTION DE LA JUVENILISATION DE L'EPIDEMIE

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Améliorer les connaissances sur l'adolescence et la sexualité	2	Développement/Généralisation d'un programme IEC	MSPP, MENJS, UNICEF, PSI, Secteur religieux, FOSREF, VDH, Org. jeunes, Association des Guides d'Haïti, Association de parents, FONHEP, MAST/IBESR, Association d'Écoles, Organisations Féminines, AOPS, USAID, APAAC, SAVE UK, SAVE CANADA	L'ensemble des jeunes (prépubaine et adolescents) et leurs parents en milieu urbain et rural
Améliorer les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité des jeunes	2	Développement d'un programme d'IEC en matière sexuelle	MSPP, MENJS, MCFDF, UNICEF, FOSREF, VDH, Org. jeunes, Association des Guides d'Haïti, Association de parents, FONHEP, MAST/IBESR, SECOSIDA, ACDI, PSI, Fédération Haïtienne de Presse, AJH, Association Nationale des Média Haïtiens	Jeunes et en particulier les jeunes filles
Retarder l'âge de début des relations sexuelles	1	Encouragement de l'initiation sexuelle à un âge plus tardif à travers un programme de BCC	MSPP, MCC, MENJS, MCFDF, UNICEF, FOSREF, VDH, Org. jeunes, Association des Guides d'Haïti, Association de parents, FONHEP, MAST/IBESR, Organisations religieuses, CECOSIDA, Org. de femmes, ACDI, Fédération de Presse, AJH, Association Nationale des Média Haïtiens, APAAC, SAVE UK, SAVE Canada, GRASADIS	L'ensemble des jeunes en milieu urbain et rural
Rechercher traitement en cas d'IST	1	Amélioration de l'accès des jeunes aux services de conseils et de traitement	MSPP, Institutions prestataires, FOSREF, VDH, SAVE the children	L'ensemble des paires et en particulier ceux en situation difficile
Disposer de loi et de décret d'application assurant la protection juridique des jeunes d'ici 2004	2	Protection des droits des jeunes en particulier contre la violence	MENJS, MJ, UNICEF, VDH, Org. jeunes, Association des Guides d'Haïti, Association de parents, FONHEP, MAST/IBESR, Organisations religieuses, CECOSIDA, Org de femmes, MCFDF, ACDI, Ministère de la Justice, COHAD, MONFED, AOPS, FOSREF, APAAC, SAVE UK, SAVE Canada	L'ensemble des jeunes et en particulier ceux en situation difficile

4.2.2.1.-REDUCTION DE LA FEMINISATION DE L'EPIDEMIE

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Contribuer à augmenter le taux de rétention scolaire et de formation des filles	1	Plaidoyer pour le renforcement de la formation scolaire et technique des filles et des femmes	MENJS, UNICEF, VDH, Org. jeunes, Association des Guides d'Haïti, Association de parents, FONHEP, Consortium d'organisations de femmes, Consortium d'organisations de jeunes, USAID, ACDI, FOSREF, AOPS, UAPC, MCFDF, MAST	L'ensemble des jeunes filles et des femmes
Contribuer à améliorer le taux d'emploi des femmes	1	Plaidoyer pour le renforcement de la capacité économique des femmes adultes	MCFDF, MPCE, MEF, Consortium d'organisations de femmes, PNUD, Association des femmes d'affaire, UNICEF, USAID, ACDI, UAPC, FDCHC, FNUAP	Les femmes entrepreneurs en milieu urbain et rural
Contribuer à ce que les femmes ont le nombre d'enfants donnés	2	Renforcement de la capacité des femmes en matière de PF et en négociation sexuelle	MSPP, MCFDF, MAST, FNUAP, PSI, PROMESS, Consortium d'org. de femmes, Réseau HS-2004, USAID, PNUD, ONG partenaires	L'ensemble des femmes en âge de procréer avec accent sur le milieu rural
Contribuer à réduire la violence exercée contre les femmes	2	Plaidoyer contre le viol et la violence	MFDC, Consortium d'org. de femmes, UAPC/ACDI, FNUAP, PNUD, UNICEF	Les hommes en milieu urbain et rural Les élèves des écoles
Éduquer la population sur la problématique du genre	2	Sensibilisation/Éducation de la problématique du genre	MCFDC, Consortium d'org. de femmes, ACDI/FNUAP, USAID, UNICEF, AOPS, FOSREF, UAPC, FDCHC	La population avec accent en particulier sur les jeunes hommes

4.2.3.- VIH/SIDA ET CULTURE

OBJECTIF VISE	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Améliorer le niveau de connaissance sur les modes de transmission et de traitement du VIH/SIDA	3	Éducation de la population sur les modes de transmission du VIH-SIDA avec une approche multisectorielle et variée	Org. Vaudouissants, Faculté des Sciences Humaines et d'Ethnologie MCC, CECOSIDA, MENJS, Media communautaire, GIPA, Groupes d'entraide communautaires, Secteur religieux, GRASADIS, FEBS, VDH, AJH, Fédération Haïtienne de Presse, Association Nationale des Média Haïtiens, ONG partenaires, UNESCO	L'ensemble de la population avec « ciblage » particulier des jeunes et des officiants du vaudou Les PV-VIH
Diminuer la discrimination et la situation des PV-VIH	2	Promotion d'attitudes et de comportements positifs vis-à-vis des PV-VIH	CECOSIDA, Média communautaire, Fédération Haïtienne de Presse, Association Professionnelles, CANH, ANILH, UNESCO	- Personnel de santé - Milieux de travail - Familles de PV-VIH

4.2.4-LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

OBJECTIF	PRIORITE	STRATEGIE	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Contribuer à réduire le niveau de pauvreté des communautés	3	Plaidoyer pour : Renforcement de la capacité économique des communautés Renforcement de la formation des membres de la communauté	MENJS, MCCC, Organisme contre l'an alphabétisation, Association des banques, Association des coopératives, PNUD, USAID, ACDI, ONG partenaires	L'ensemble de la population avec accord sur les milieux défavorisés (bidonville et le milieu rural)
Contribuer à la préparation du PRSP	4	Contribution à la réduction de la dette : - Préparation de la documentation appropriée - Plaidoyer pour la réduction	MPCE, MEF, PNUD, Banque Mondiale, FMI, organismes spécialisés	L'État haïtien

4.3.- REDUCTION DE L'IMPACT

4.3.1.- PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

OBJECTIF	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Augmenter l'offre de soins au PV-VIH	2	Extension de la couverture de prise en charge des PV-VIH	MSPP, Centres GHESKIO, ONG partenaires, USAID, MSH, GIPA	Ensemble des PV-VIH soit environ 400.000 personnes pour les cinq prochaines années
Améliorer la qualité de la prise en charge institutionnelle	2	Amélioration de la qualité de la prise en charge institutionnelle par la mise en place d'un programme de contrôle de qualité	MSPP, Centres GHESKIO, ONG prestataires, USAID, MSH, GIPA	Ensemble des institutions prenant en charge les PV-VIH
Renforcer la capacité de prise en charge des familles	1	Renforcement de la qualité de la prise en charge domiciliaire grâce à la formation et à un encadrement appropriés	PLAN, CARE, GIPA, MSPP, ONG prestataires	Ensemble des famille affectées
Améliorer la qualité de la prise en charge communautaire	2	Améliorer la qualité de prise en charge communautaire grâce à la formation	CARE-Haïti , MAST, ASON, APROSIFA, Zanmi Lasante, Centres GHESKIO Fondation Espoir Anaïse, FEBS, Maison Arc-en-Ciel, Missionnaires de la Charité, Armée du Salut, MCFDF, ONG partenaires, Coopératives, UNICEF, GRASADIS	Familles et PV-VIH en priorité de niveau socio-économique bas

4.3.2.- ATTENUATION DES EFFETS DU VIH/SIDA SUR LES PERSONNES INFECTEES OU AFFECTEES

OBJECTIF	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Offrir un soutien aux orphelins	5	Renforcement du soutien de proximité aux orphelins par les proches de la famille	PAM, CARE, CRS, World Vision, CARITAS, MENJS Espoir Anaïse, FONHEP, Maison l'Arc-en-Ciel, SAVE, Plan, CECL, ASON, Missionnaires de la Charité	Enfants des familles affectées
Offrir un soutien aux familles affectées	4	Plaidoyer pour le renforcement du soutien aux personnes affectées et infectées	Maison Arc-en-Ciel, MSPP, MAST, MCDCF, UNICEF, OPS/OMS, ASON, FEBS, Espoir Anaïse, Organisations locales des Droits Humains, Associations des Juristes, Organisation de la société civile, MJ, NCHR, ASON, FEBS, Secteur religieux, Missionnaires de la Charité	Ensemble des PV-VIH en zone urbaine et rurale Ensemble des familles des PV-VIH

4.3.3.- DEFENSE DES DROITS DES PERSONNES AFFECTEES

OBJECTIF	PRIORITE	STRATEGIES	INTERVENANTS	POPULATION CIBLEE
Légiférer pour renforcer le cadre juridique	3	Poursuite du plaidoyer pour une législation en faveur des droits des PV-VIH	GIPA, MJ, MSPP, CRH, Commissions Justice et Santé du Parlement, MAST, La Presse, Secteur religieux, ASON, GRASADIS	L'ensemble des PV-VIH
Rompres avec la discrimination vis à vis des PV-VIH	2	Mobilisation des PV-VIH pour la lutte contre la discrimination	GIPA, MAST, ASON, FEBS	L'ensemble des PV-VIH

ANNEXE 4

**CADRE LOGIQUE POUR LE SUIVI-ÉVALUATION DU PSN
(BUT, OBJECTIF GENERAL, RESULTATS ESPERES)**

Cadre Logique du Plan Stratégique National pour la Prévention et le Contrôle des IST et du VIH/SIDA et en Haïti pour la période 2002 – 2006

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS¹⁴	INDICATEURS	MOYENS DE VÉRIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
<p>But :</p> <p>Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population et à la réduction de la pauvreté en réduisant l'ampleur et l'impact des IST/VIH/SIDA</p>	<p>Diminuer la prévalence de l'infection au VIH à 3% et celle des IST à 6% à la fin de l'année 2006 (estimation 2002: VIH 4,88%¹⁵, IST 12%)</p> <p>Indice de développement humain amélioré (gain au moins de 30 points par rapport à sa position en 2001)</p>	<p>Estimation à partir de résultats d'une enquête sérosentinelles comptée au modèle Epidémiological Project Package (EPP) de l'ONUSIDA</p>	<p>Amélioration de l'environnement politique, socio-économique du pays</p>
<p>Objectif général</p> <p>Renforcer la capacité de réponse du pays pour prévenir de nouvelles infections aux IST et au VIH parmi les enfants, les jeunes, les hommes et femmes et assurer la prise en charge des IST et PV-VIH</p>	<p>01 Indice d'effort du programme SIDA (IEPS) (Score d'effort ≥ 60)</p> <p>02 Dépenses allouées au PSN par adulte âgé de 15 à 49 ans (augmentation minimale de 50% en dollars constants, d'ici 2006 - base de référence 2003)</p>	<p>Enquête auprès d'informateurs-clés</p> <p>Protocole SIDALAC pour la mesure des comptes nationaux pour les dépenses sur le VIH et le SIDA</p>	<p>Leadership effectif assuré par l'État haïtien et actions multisectorielles à tous les niveaux pour l'application optimale du PSN</p> <p>Engagement des partenaires Nationaux et Internationaux</p> <p>Disponibilité des ressources</p>

¹⁴ Les activités ne sont pas présentées dans le cadre logique. Les indicateurs et moyens de vérification devront être élaborés lors de la préparation des Plans opérationnels.

¹⁵ Estimation Policy Project, IHE et MSPP selon la méthode *Epidemiological Project Pacakage* de l'ONUSIDA.

Objectif stratégique 01: Réduire les risques d'infection aux IST et au VIH

Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Conditions critiques
<p>Domaine prioritaire 01 :</p> <p>Promotion des comportements à moindre risque</p>	<p>01 A la fin de 2006, au moins 60% au moins des personnes actives sexuellement auront été en mesure d'évaluer leur risque personnel</p> <p>02 A la fin de 2006, au moins 60% de la population générale et 80% de la population ayant un comportement à haut risque auront adopté des pratiques sécuritaires</p> <p>03 A la fin de 2006, 20% de la population générale et 60% de la population ayant un comportement à risque auront demandé le test de dépistage du VIH et reçu les résultats</p>	<p>Enquête CAP auprès de la population</p> <p>Enquête CAP auprès de la population</p> <p>Enquête CAP Statistiques des Centres de dépistage</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 02 :</p> <p>Prise en charge des IST</p>	<p>01 A la fin de 2006, au moins 80% des établissements de santé seront en mesure d'offrir une prise en charge correcte des IST (diagnostic et traitement approprié)</p> <p>02 A la fin de 2006, 80% de la population sera capable d'identifier correctement les signes et symptômes des IST</p> <p>03 A la fin de 2006, 60% de la population générale et 80% de la population ayant un comportement à haut risque auront recherché des soins</p>	<p>Enquête institutionnelle</p> <p>Enquête CAP auprès de la population</p> <p>Enquête CAP</p>	<p>Stabilité politique</p> <p>Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 03 :</p> <p>Promotion et distribution des préservatifs</p>	<p>01 A la fin de 2006, 100% des hommes et des femmes de la population urbaine et 80% de la population rurale pourront s'approvisionner au besoin en condom</p> <p>02 A la fin de 2006, le taux d'utilisation du condom avec un partenaire extra-conjugal au cours du dernier rapport sexuel passera à 60% dans la population générale</p> <p>03 A la fin de 2006, le taux d'utilisation du condom par les hommes au cours du dernier rapport sexuel avec une professionnelle du sexe passera à 80%</p>	<p>Protocole de l'OMS/PMS pour la disponibilité des préservatifs (IP₂)</p> <p>Enquête comportementale auprès de la population</p> <p>Enquête comportementale auprès de la population</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>

<p>Domaine prioritaire 04 :</p> <p>Approvisionnement en sang sûr</p>	<p>01 A la fin de 2006, 100% des pochettes de sang utilisées auront été testées pour le VIH, la syphilis, l'hépatite B et l'hépatite C</p> <p>02 A la fin de 2006, au moins un centre de transfusion sanguine fonctionnel aura été établi dans chaque département sanitaire</p> <p>03 A la fin de 2006, le nombre actuel de donneurs volontaires aura augmenté de 200%</p>	<p>Protocole de sécurité transfusionnelle MEASURE</p> <p>Évaluation de la situation des CTS</p> <p>Rapport des CTS</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 05 :</p> <p>Prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis</p>	<p>01 A la fin de 2006, au moins 70% des femmes fréquentant les services de santé reproductive auront été sensibilisées à la prévention de la TME</p> <p>02 A la fin de 2006, au moins 30% des femmes fréquentant les cliniques prénatales auront été conseillées et testées pour le VIH et la syphilis</p> <p>03 A la fin de 2006, le programme de PTME aura été implanté dans au moins 100% hôpitaux départements et au moins 60% des hôpitaux communautaires de référence</p>	<p>Enquête utilisant les protocoles TME (Transmission mère-enfant) et CTV (Conseil et Test Volontaire) l'ONUSIDA</p> <p>Rapports du MSPP</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 06 :</p> <p>Prévention et prise en charge des cas d'accidents par exposition au sang et de viol</p>	<p>01 A la fin de 2006, 100% des institutions de santé appliqueront les directives de prévention de transmission nosocomiale du VIH, pratiquant les procédures de stérilisation et auront des gants chirurgicaux en stock</p> <p>02 A la fin de 2006, le traitement préventif aura été disponible dans 100% des hôpitaux en cas d'accident par exposition au sang</p> <p>03 A la fin de 2006, 100% des cas de viol enregistrés dans les hôpitaux auront été pris en charge selon les procédures établies par le personnel de santé</p>	<p>Évaluation des prestations de services (EPS) MEASURE</p> <p>Enquête institutionnelle</p> <p>Enquête institutionnelle</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>

Objectif stratégique 02 : Réduire la vulnérabilité			
<p>Domaine prioritaire 01 :</p> <p>Réduction de la jувénilisation de l'épidémie</p>	<p>01 A la fin de 2006, 60% des jeunes de 10 à 18 ans auront été capables d'identifier les transformations accompagnant l'adolescence et les mécanismes psychophysiologiques de la sexualité</p> <p>02 la fin de 2006, 30% des parents auront été capables d'identifier les transformations accompagnant l'adolescence</p> <p>03 a fin de 2006, au moins 60% des jeunes de 10-18 ans auront été capables d'identifier les facteurs de vulnérabilité des jeunes, particulièrement des adolescentes en matière d'IST/SIDA</p>	<p>Enquête CAP auprès des jeunes</p> <p>Enquête CAP auprès des jeunes</p> <p>Enquête CAP auprès des jeunes</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
	<p>04 A la fin de 2006, au moins 50% des jeunes de 10-18 ans auront retardé de un (1) en leurs premières relations sexuelles (réf.. âge moyen EMMUS III)</p> <p>05 A la fin de 2006, au moins 60% des jeunes de 15 à 19 ans auront utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque</p> <p>06 A la fin de 2006, au moins 80% des jeunes de 15 à 19 ans auront des relations sexuelles avec des personnes ayant une différence d'âge de moins de 10 ans</p> <p>07 A la fin de 2006, au moins 60% des jeunes de 15 à 19 ans souffrant d'IST auront recherché des soins</p> <p>08 A la fin de 2006, une loi et son décret d'application aura été promulguée pour protéger les jeunes en particulier contre la violence sexuelle</p>	<p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p>	
<p>Domaine prioritaire 02:</p> <p>Réduction de la féminisation de l'épidémie</p>	<p>01 A la fin de 2006, le taux actuel de rétention scolaire des filles au niveau secondaire aura augmenté de 60%</p> <p>02 A la fin de 2006, le pourcentage de femmes travaillant toute l'année aura augmenté de 30% (réf. 25% en 2000, EMMUS-III)</p>	<p>Enquête institutionnelle</p> <p>Enquête DHS</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>

	<p>03 A la fin de 2006, le taux de violence sexuelle subie par les femmes aura réduit d'au moins 20% (réf. 17% en 2000, EMMUS III)</p> <p>04 A la fin de 2006, au moins 50% des femmes auront la capacité de négocier l'utilisation des condoms avec leur partenaire en cas d'IST ou d'infection au VIH/SIDA</p> <p>05 A la fin de 2006, le taux actuel d'hommes et de femmes sensibles à la problématique du genre aura augmenté de façon significative</p>	<p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 03:</p> <p>Environnement ethno-culturel : VIH/SIDA et culture</p>	<p>01 A la fin de 2006, 80% au moins de la population aura rejeté les idées fausses les plus fréquentes en rapport avec la transmission et le traitement du VIH/SIDA par voie surnaturelle</p> <p>02 A la fin de 2006, au moins 50% des personnes de 15 à 49 ans auront exprimé des attitudes de tolérance en faveur des personnes vivant avec le VIH</p> <p>03 A la fin de 2006, au moins 50% des adultes seraient prêts à prendre soin d'un membre de leurs familles vivant avec le VIH/SIDA</p> <p>04 A la fin de 2006, 30% des PV-VIH auront accepté leur séropositivité</p> <p>05 A la fin de 2006, 50% au moins des PV-VIH auront eu des relations sexuels protégées</p>	<p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête CAP</p> <p>Enquête au niveau des institutions</p> <p>Enquête au niveau des institutions</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire : 04</p> <p>Contribution à la lutte contre la pauvreté</p>	<p>01 A la fin de 2006, le niveau actuel de pauvreté des communautés aura été réduit</p> <p>02 A la fin de 2004, le gouvernement haïtien aura préparé un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (PRSP)</p> <p>03 A la fin de 2006, au moins 30% du montant de la réduction de la dette aura été investi dans le secteur social</p>	<p>Indice de pauvreté (IDH)</p> <p>Document PSRP disponible</p> <p>Rapport du Ministère de l'Économie et des Finances</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>

Objectif stratégique 03 : Diminuer l'impact de l'épidémie			
<p>Domaine prioritaire 01 :</p> <p>Prise en charge globale des PV-VIH</p>	<p>01 A la fin de 2006, 100% des hôpitaux départementaux et 50% des hôpitaux communautaires de référence auront été en mesure de fournir des soins essentiels (<i>Essential package cf. UNAIDS definition</i>)</p> <p>02 A la fin de 2006, 50% des hôpitaux départementaux seront en mesure d'offrir des soins de niveau intermédiaire (<i>Intermediate package cf. UNAIDS definition</i>)</p> <p>03 A la fin de 2006, 3 des hôpitaux ou centres spécialisés seront en mesure d'offrir des soins de niveau avancé (<i>Advanced package cf. UNAIDS definition</i>)</p> <p>04 A la fin de 2006, 100% des hôpitaux départementaux et 50% des hôpitaux communautaires de référence auront un programme d'assurance de qualité</p> <p>05 A la fin de 2006, au moins 20% des communautés urbaines auront des groupes de support formés pour venir en aide aux familles infectées et affectées par le VIH/SIDA</p> <p>06 A la fin de 2006, 30% des ménages ayant un adulte malade auront la capacité d'offrir des soins à domicile</p>	<p>Évaluation institutionnelle</p> <p>Évaluation institutionnelle</p> <p>Évaluation institutionnelle</p> <p>Évaluation institutionnelle</p> <p>Enquête communautaire</p> <p>Enquête communautaire</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
<p>Domaine prioritaire 02 :</p> <p>Atténuation des effets du VIH/SIDA sur les familles affectées</p>	<p>A la fin de 2006, au moins 30% des ménages ayant à charge des orphelins du SIDA auront reçu de l'aide extérieure pour la scolarisation et la nourriture</p> <p>A la fin de 2006, au moins 20% des ménages ayant à charge un malade du SIDA auront reçu de l'aide extérieure (orientation professionnelle et/ou support financier)</p>	<p>Enquête communautaire</p> <p>Enquête communautaire</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>

<p>Domaine prioritaire 03 :</p> <p>Défense des droits des personnes infectées et affectées</p>	<p>01 A la fin de 2004, une loi cadre aura été préparée et mise en application pour la protection et le respect des droits des PV-VIH</p> <p>02 A la fin de 2006, 50% des employeurs auront des règlements et des pratiques non discriminatoire pour les employés séropositifs concernant le recrutement, les promotions et les avantages sociaux</p> <p>03 A la fin de 2006, 100% des hôpitaux auront des règlements et des pratiques non discriminatoire pour les malades du SIDA</p>	<p>Loi publié dans le journal officiel</p> <p>Enquête en milieu du travail</p> <p>Enquête institutionnelle</p>	<p>- Ressources humaines, financières et matérielles disponibles</p> <p>- Stabilité politique</p> <p>- Engagement des partenaires</p>
--	---	--	---

ANNEXE 5

RESUME DU BUDGET¹⁶ PAR ANNEE POUR LA PERIODE 2002-2006

¹⁶ Ce budget est exprimé en dollar amérain. Il ne couvre pas les dépenses d'investissement. Les dépenses en relation avec le renforcement de la capacité des réponses (4,25%) et de suivi évaluation (5-10%) et gestion (10%) sont intégrées directement dans les budgets des axes stratégiques. A noter que l'axe stratégique : *Intégration des PV-VIH* est présenté séparément. Le budget détaillé est présenté dans un document séparé.