



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population

Plan Stratégique
National
Multisectoriel
De riposte au VIH/SIDA
2018-2023

Mis à jour en Août 2019



PNLS

TABLES DES MATIERES

PREFACE	5
RESUME EXECUTIF	7
I. INTRODUCTION/CONTEXTE DU PAYS	10
1.1 Cadre politique et organisation du pays	10
1.2 Contexte socioéconomique du pays	10
1.3 Situation sanitaire	11
II. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE	12
2.1 Synthèse de la situation et de la dynamique de l'épidémie.....	12
2.1.1 Données globales sur la situation du VIH	12
2.1.2 Données sur la situation du VIH dans les groupes spécifiques et zones géographiques	13
2.1.3 Facteurs de vulnérabilité et de risque.....	17
2.1.4 Profil des nouvelles infections	19
2.2 Analyse de la réponse au VIH.....	21
2.2.1 Analyse des résultats de la mise en œuvre programmatique.....	21
2.2.2 La gestion du suivi évaluation.....	30
2.2.3 La mobilisation et la gestion des ressources financières	31
2.2.4 La gouvernance de la réponse nationale	32
2.3 Principaux défis et orientations	32
III. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL 2018-2023	36
3.1 Vision du PSNM 2018-2023	36
3.2 Principes directeurs et alignement	36
3.3 Cibles d'intervention	37
3.4 Cadre et chaîne des résultats	38
3.5 Interventions prioritaires du PSNM 2018-2023	38
IV. GOUVERNANCE ET GESTION DU PSNM 2018-2023	47
4.1 Stratégies de mise en œuvre	47
4.1.1 Le cadre institutionnel de mise en œuvre.....	47
4.1.2 Le cadre opérationnel et sectoriel de mise en œuvre	48
4.2 Gestion des ressources et de l'information stratégique	49
4.2.1 La gestion des ressources financières et matérielles	49
4.2.2 La gestion de l'information stratégique.....	50
4.3 Système national de suivi évaluation du PSNM 2018-2023	50
4.3.1 Le système national de suivi évaluation.....	50
4.3.2 Les recherches et évaluations	51
V. BUDGET ET FINANCEMENT DU PSNM 2018-2023	53
5.1 Méthodologie d'estimation et d'élaboration du budget.....	53
5.2 Analyse des gaps de financement.....	54
5.3 Mécanismes de financement du PSNM 2018-2023.....	54
5.4 Financement basé sur les résultats	55
VI. CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNM 2018-2023.....	56
ANNEXES	57
Annexe 1 : Cadre de performance du PSNM VIH 2018-2023	57
Annexe 2 : Cibles annuelles du cadre de performance du PSNM VIH 2018-2023.....	59
Annexe 3 : Détails sur les besoins de financement du PSNM 2018-2023	61

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé en Haïti	12
Tableau 2 : Principaux indicateurs épidémiologiques	13
Tableau 3 : Synthèse des facteurs de risque et moteurs de l'épidémie	19
Tableau 4 : Estimation de la taille des groupes de population cibles du PSNM 2018-2023.....	37
Tableau 5 : Résultats de la priorisation des populations cibles du PSNM 2018-2023.....	38
Tableau 6 : Priorités nationales de recherche sur le VIH2018-2023	51
Tableau 7 : Ventilation du budget du PSNM pour la période 2018-2023	53
Tableau 8 : Gap de financement du PSNM VIH/sida 2018-2023.....	54

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Prévalence du VIH par département	13
Graphique 2 : Cartographie des « <i>points chauds</i> » en Haïti	14
Graphique 3 : Prévalence du VIH chez les PS par département en 2012 et 2014	15
Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les HARSAN par département en 2012 et 2014	15
Graphique 5 : Répartition des nouvelles infections en % par âge en 2013	20
Graphique 6 : Estimation de la distribution des nouvelles infections VIH en Haïti par groupe d'exposition.	20
Graphique 7 : Schéma du circuit de l'information sur le VIH.....	51

SIGLES ET ABREVIATIONS

Anti TB	: Antituberculeux
ARV	: Antiretroviral
CCC/MC	: Communication pour le Changement de Comportement / Mobilisation Communautaire
CCM	: Comité de Coordination Multisectorielle
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CHAI	: Clinton Health Access Initiative
CHF	: Clinton Health Foundation
CIFAS	: Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé
CPN	: Comité de Pilotage National
CRH	: Croix Rouge Haïtienne
DELR	: Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche
DPMT	: Direction de Pharmacie et de Médecine Traditionnelle
DPSPE	: Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
DSD	: Direction Sanitaire Départementale
DSF	: Direction Santé de la Famille
EMMUS	: Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services de Santé
HCR	: Hôpital Communautaire de Référence
HARSAH	: Hommes ayant des Relations Sexuelles avec les Hommes
IBESR	: Institut du Bien Etre Social et de Recherche
IHE	: Institut Haïtien de l'Enfant
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LGBTI	: Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Intersexués
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de Population
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PNUD	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	: Organisation Panaméricaine de la Santé
PEPFAR	: President Emergency Plan For AIDS Relief
PMA	: Paquet Minimum de Services
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSNM	: Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TARV	: Traitement Antirétroviral
TB	: Tuberculose
UCMIT	: Unité de Coordination des Maladies Infectieuses
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UEP	: Unité d'Études et de Planification
USAID	: United States of America International Development
VIH	: Virus de l'immunodéficience Humaine

PREFACE

Cela fait environ trois décennies, que notre pays se bat inlassablement contre le VIH/sida. L'épidémie est certes mondiale, mais présente certaines particularités à cause de l'insuffisance de nos ressources propres pour faire face aux défis et au fardeau de la maladie.

L'approche multidimensionnelle et multisectorielle que nous avons adoptée nous a permis de faire des progrès substantiels ces dernières années. A titre illustratif, nous avons pu stabiliser l'expansion de cette maladie qui affiche actuellement une prévalence à 2%. Certes, les nouvelles infections baissent continuellement ; mais la mortalité liée au VIH reste encore préoccupante.

Les progrès réalisés témoignent de l'engagement des acteurs et des principaux responsables dans la riposte au Sida à qui je voudrais rendre ici un hommage. Je pense tout particulièrement à nos compatriotes qui vivent avec la maladie et à nos partenaires qui nous accompagnent en dépit des contraintes nationales et mondiales.

Nous sommes en route vers la fin de l'épidémie, mais il nous reste encore du chemin à parcourir. Aussi, nous nous sommes inscrits dans les perspectives internationales actuelles visant l'élimination du VIH à l'horizon de 2030. Cela nous conduit à adopter les nouvelles stratégies telles que celle de la « voie accélérée » afin de positionner rapidement et durablement notre pays dans la perspective d'atteinte de ces résultats.

L'élaboration de ce plan stratégique national multisectoriel de riposte au Sida pour la période 2018 – 2023, est une entreprise assez ambitieuse mais rentre dans cette dynamique d'harmonisation de nos interventions. Ce document qui est un guide d'actions et de mobilisation des ressources a été préparé avec la participation et le consensus de tous, y compris les partenaires internationaux. J'invite à présent tous les acteurs à se l'approprier pour en faire leur outil quotidien de travail.

Le Gouvernement haïtien, en restant pleinement conscient des enjeux, prendra ses responsabilités en s'impliquant davantage dans sa mise en œuvre et dans sa gestion stratégique. Le Peuple haïtien attend son application. Nos partenaires se tiennent aussi à nos côtés et nous devons tenir compte de l'opinion de tous pour la mise en œuvre de ce plan.

En ce qui me concerne, mon engagement personnel et ma responsabilité d'Etat seront pleinement assumés.

Je profite de l'opportunité pour remercier tous ceux qui ont contribué par leur support financier ou autres interventions à stabiliser cette épidémie en Haïti.

Un merci spécial à PEPFAR et au Fonds Mondial pour leur appui continu.

Nous nous sommes lancés un défi, alors relevons-le, ensemble !


Dr. Marie Gréta Roy CLEMENT

Ministre de la Santé Publique et de la Population



REMERCIEMENTS

La finalisation de ce document, plan Stratégique National Multisectoriel VIH/sida 2018-2023, vient concrétiser les efforts consentis en un temps record pour rendre disponible un produit reflétant les besoins réels d'interventions liées aux multiples aspects de la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

Pour arriver à atteindre les objectifs fixés, Le PNLS avec l'aide des autorités du MSPP a dû mettre sur pied un comité de pilotage et un comité technique composés de partenaires engagés et profondément impliqués dans la réponse nationale.

Nos remerciements s'adressent donc à tous ces partenaires ainsi qu'aux personnes et institutions sous-mentionnées pour leur importante contribution au processus de révision du Plan :

Au Ministre de la Santé Publique et au Directeur Général pour leur soutien et leur appui inconditionnel tout au long du processus.

Aux Représentants des autres Ministères, particulièrement Dr Erol Joseph de l'Education Nationale, Mme Beatrice Daléus du Ministère des Cultes, Mme Hervé Volcy de l'IBESR, Mme Marie Ludie Bien Aimée du Ministère de la Condition Féminine et Droits de la Femme.

Au Dr. Pavel Desrosiers, Directeur de l'Unité de Coordination des 3 programmes pour son soutien.

Au Représentant de l'ONUSIDA en Haïti, le Dr Yafflo OUTTARA et à toute son équipe Dr Françoise Ndayishimiye, Dr Valérie Toureau, Mr Aaloak Jaswal qui n'ont pas ménagé leur concours tout au long du processus avec un focus explicite sur la qualité technique. Par leur contribution et leur expérience, il ont aidé à bonifier le plan.

A PSI/OHMASS pour son support technique et financier tout au long du processus.

Aux Directions Départementales (DSNI, DSNE, DSGA, DSA, DSC, DSNE, DSN, DSNO) qui ont répondu présent à toutes les convocations.

A l'équipe de LMG et particulièrement à Dr Paolo Operti qui dès le départ a été partie prenante du processus et qui a aussi apporté un appui financier et technique à son déroulement.

Aux Staff de la coordination Technique du PNLS, Mme Nirva Duval, Mme Suze Jn Baptiste, Dr Ermane Robin, Dr André Hudson Nécence et particulièrement au Dr Gracia Desforges qui a conçu le processus, fait le montage des structures de support à l'élaboration du plan et qui a aussi participé à sa révision.

A Mr Abdoulay Ki Consultant international et au Dr Carl François, Consultant national qui n'ont jamais marchandé leur concours pour obtenir un plan de qualité.

A toute l'équipe de l'USG team, en particulier le Dr. Deyde Varough, le Dr Valérie Pelletier, le Dr Georges Perrin qui n'ont jamais marchandé leur concours et qui ont apporté une contribution appréciable.

Au Dr Marie Sonia Jean, conseillère technique à l'UNICEF pour sa contribution et particulièrement lors de l'analyse de la riposte sur la PTME et du plan dans son ensemble.

Aux Dr Martine Bernier et Anthony Monfiston de l'OPS/OMS, partie prenante dès le départ du processus d'élaboration du PSNM.

Aux membres de la presse parlé et écrite (Radio Télé Mega Star, Association des journalistes indépendants

A La MINUSTHA qui a compris l'importance d'une telle planification.

Aux associations de PVVIH particulièrement ASON, FEBS, AFHIAVIH qui ont supporté le processus

Aux organisations travaillant sur les populations clés (LINKAGES, SEROVIE, KOURAJ) qui nous ont fourni de précieuses informations, nous présentons nos plus vifs remerciements.

Un merci spécial à l'UGP/PEPFAR pour son soutien.

Un grand merci à tous nos partenaires de la FOSREF, des CDS, de SSQH, de Gheskio, de Zanmi Lasante, de la NASTAD, de LCHDH, de Caris foundation, de HTW qui ont supporté le programme national pour l'élaboration de ce document stratégique.

Merci encore.


Dr Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice CT/PNLS

RESUME EXECUTIF

En Haïti, le VIH/sida reste l'une des principales préoccupations de santé publique. En vue d'assurer la continuité de la réponse au VIH, le pays a conduit un exercice de planification stratégique au cours l'année 2017 afin de disposer d'un plan stratégique de dernière génération.

Elaboré de manière participative et inclusive, le Plan national multisectoriel de riposte au VIH/sida ambitionne de couvrir la période 2018-2023. Le processus de son élaboration a pris en compte les progrès réalisés, les acquis et les insuffisances de tous les secteurs d'intervention ainsi que le profil de l'épidémie du VH en Haïti à ce jour.

Haïti fait face à une épidémie de VIH à la fois généralisée avec un taux de prévalence de 2% en population générale et également concentrée au niveau de certaines populations clés avec des taux de prévalence de 12,9% chez les HARSAH et 8,7% chez les PS. Les tendances générales révélées par les enquêtes montrent que plus de femmes sont atteintes que d'hommes 2,3% contre 1,6%, une forte représentation des groupes d'âges de 15 à 34 ans. D'autres variations interviennent en fonction de certaines autres variables sociodémographiques (niveau d'instruction, situation de l'emploi, appartenance à des groupes vulnérables ou à risques etc.). En dépit d'une différence entre les sexes, la prévalence du VIH est similaire entre les milieux urbain et rural : 2%.

En ce qui a trait aux connaissances, attitudes et comportements par rapport au VIH et aux IST, Bien que la quasi-totalité de la population ait déclaré avoir entendu parler du VIH et du sida, seulement 38.3% des femmes ans et 36.2% des hommes de 15-24 ans ont une connaissance considérée comme complète des moyens de prévention contre le VIH.

La stigmatisation et la discrimination vis-à-vis du sont encore très présentes dans le milieu haïtien avec seulement 12% des femmes et 23% des hommes qui se comporteraient de manière tolérante envers les personnes vivant avec le VIH dans certaines situations. A cela, il faut ajouter la persistance de certains de risque comme la précocité des rapports sexuels, le multi partenariat sexuel, les rapports sexuels payant, les violences sexuelles, la faible utilisation du préservatif, les rapports sexuels anaux parfois sans utilisation de préservatifs. Quant aux moteurs de l'épidémie, il s'agit de la pauvreté, du faible niveau d'instruction, de certaines pratiques culturelles et religieuses, des relations sexuelles intergénérationnelles et des inégalités liées au genre.

Les progrès réalisés dans le cadre de la riposte au VIH/sida grâce au financement international et aux stratégies d'intervention adoptées par les autorités sanitaires et mises en œuvre par les partenaires d'intervention se sont traduits par une diminution progressive des nouvelles infections et une stabilisation de la prévalence. En matière de traitement ARV et d'élimination de la transmission mère enfant du VIH, des progrès importants ont été réalisés mais restent en deçà des attentes au plan national et mondial.

L'adhésion du pays à l'objectif international d'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 nécessite que des efforts additionnels soient consentis par l'ensemble des acteurs impliqués autour de l'approche des trois 95 de l'ONUSIDA et de la stratégie dite « tester et traiter ». Il en est de même en ce qui a trait à l'engagement d'Haïti pour l'élimination de la syphilis congénitale et des hépatites B et C.

Le présent Plan stratégique national multisectoriel de riposte au VIH/sida pour la période a pour vision : « faire en sorte que d'ici à fin 2023 Haïti soit sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 grâce à la mise en œuvre de la stratégie dite de la voie accélérée entraînant une diminution très significative des nouvelles infections dans toutes les couches socioprofessionnelles et à la baisse drastique de la mortalité liées au VIH »

Les principes directeurs qui le guident sont fondés sur les principes d'universalité, de globalité, d'équité et qualité et prend en compte la bonne gouvernance, la décentralisation de la réponse, la gratuité de la prise en charge, le respect des droits humains, la multisectorialité/ Intersectorialité, l'intégration des interventions, la participation citoyenne et la reddition/redevabilité des comptes.

Les groupes cibles prioritaires du PSNM 2018-2023 sont les HARSAH, les PS, les clients des PS, les jeunes, les PVVIH, les patients coinfectés TB/VIH, les femmes enceintes séropositives, les détenus, les hommes et femmes en uniformes, les travailleurs des entreprise manufacturières, les populations des anciens camps de déplacés.

Le PSNM 2018-2023 est structuré autour de 4 priorités avec des objectifs d'impact et d'effet comme suit :

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.
Impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.
	Effet
	1.1. 90% des personnes ayant des rapports hétérosexuels avec des partenaires occasionnels adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.
Impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.
	Effet
	1.2. 90% des populations clés et vulnérables adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023
	1.3. 90% des personnes à haut risque d'exposition au VIH et éligibles reçoivent une Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) d'ici à fin 2023
	1.4. 100% des victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge holistique (sanitaire, juridique et psychologique) et d'une Prophylaxie Post Exposition (PEP) d'ici à fin 2023
	1.5. 100% des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de ces femmes reçoivent le paquet de services pour éliminer la transmission du VIH d'ici à fin 2023
	1.6. La transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2023
	1.7. 90% des cas d'IST sont dépistés sur une base étiologique et traités selon les normes
	1.8. 100% des cas d'Hépatites B et C dépistés dans les cliniques de référence sont pris en charge d'ici à fin 2023.

Priorité 2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH
Impact 2	D'ici à fin 2023, le taux de survie à 60 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%
	Effet
	2.1. 90% des adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2023
	2.2. Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2023
	2.3. D'ici 2023, 90% des patients ayant démarré un traitement ARV le poursuivent après 12 mois, 85% après 24 mois et 90% des personnes traitées (adultes, adolescents et enfants) ont une suppression virale à 12 et 24 mois

Priorité 3	Réduire significativement l'impact, le poids socioéconomique, la stigmatisation/ discrimination liés au VIH et promouvoir les droits humains en faveur des PVVIH et des populations clés
Impact 3	D'ici à fin 2023, dans un environnement légal défini et favorable aux droits des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés a baissé de 80%.
	Effet
	3.1. 30% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation d'ici à 2023
	3.2. Au moins 90% des enfants rendus orphelins par le VIH bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2023
	3.3. Au moins 70% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services, ont des attitudes non-stigmatisantes et non-discriminatoires à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2023.

Priorité 4	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique.
Impact 4	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023
	Résultat d'effet
	4.1. D'ici à fin 2023, la gouvernance du PNLS est pleinement opérationnelle et assure une multisectorialité et une redevabilité optimales
	4.2. D'ici à fin 2023 le système communautaire (OSC) est pleinement mobilisé et participe efficacement à la réponse nationale à l'épidémie
	4.3. D'ici à fin 2023, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les indicateurs avec une complétude et une promptitude supérieure à 95%
	4.4. D'ici à fin 2023, le taux d'exécution financier du PSN est supérieur à 85%.
	4.5. Le potentiel de résilience du système de santé est supérieur à 80%.

La gestion stratégique et opérationnelle de la mise du PSNM 2018-2023 repose sur l'architecture actuelle de la réponse nationale et du dispositif de suivi évaluation qui sera renforcé.

La Coordination technique (CT) du PNLS, avec un mandat renforcé et effectif, restera l'unique instance nationale de coordination de la mise en œuvre du PSNM.

Le budget total du PSNM 2018-2023 est estimé à 1 059 897 742 US\$.

Coûts des activités VIH/SIDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	TOTAL	%
Prévention	45 787 425	50 447 509	55 566 179	58 758 400	63 627 556	68 998 638	343 185 706	32,38%
Populations prioritaires	14 599 513	16 455 408	18 551 855	20 809 255	23 348 164	26 199 970	119 964 164	11,32%
Jeunes scolarisés ou non	4 524 200	4 905 694	5 312 391	5 742 865	6 202 731	6 688 583	33 376 463	3,15%
Professionnel(le)s de sexe	5 486 263	6 241 498	7 100 699	8 078 178	9 190 219	10 455 345	46 552 202	4,39%
Hommes et femmes en uniforme	592 240	718 739	869 239	992 850	1 134 039	1 295 306	5 602 413	0,53%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	3 404 570	3 873 961	4 408 066	5 015 809	5 707 340	6 494 213	28 903 960	2,73%
Population carcérale	592 240	715 516	861 460	979 553	1 113 834	1 266 523	5 529 126	0,52%
Prestation de services	27 153 790	29 741 507	32 500 706	33 193 583	35 230 006	37 441 618	195 261 210	18,42%
Fourniture de préservatifs	4 837 886	5 375 429	5 912 972	6 504 270	7 154 697	7 870 166	37 655 420	3,55%
Conseil dépistage	9 335 209	10 749 261	12 331 520	13 489 538	14 753 494	16 124 592	76 783 613	7,24%
Traitement des IST	2 582 285	2 645 773	2 711 330	2 778 511	2 847 357	2 917 909	16 483 166	1,56%
PTME	8 370 409	8 893 560	9 416 710	8 241 163	8 241 163	8 241 163	51 404 168	4,85%
Mass media	2 028 000	2 077 483	2 128 174	2 180 101	2 233 296	2 287 788	12 934 842	1,22%
Soins de santé	4 034 122	4 250 595	4 513 617	4 755 562	5 049 386	5 357 050	27 960 332	2,64%
Sécurité du sang	3 612 006	3 803 857	4 005 777	4 218 392	4 442 303	4 678 139	24 760 473	2,34%
Prophylaxie post exposition	230 552	213 797	195 241	175 653	156 766	135 339	1 107 348	0,10%
PrEP	191 564	232 942	312 599	361 517	450 318	543 572	2 092 511	0,20%
Services de soin et de traitement	67 863 774	73 106 408	78 632 987	82 239 089	86 292 068	90 242 437	478 376 764	45,13%
Poly chimiothérapie destinée aux adultes	36 395 342	39 206 967	42 170 871	44 104 824	46 278 436	48 397 019	256 553 458	24,21%
Suivi en laboratoire spécifique au VIH	13 504 891	14 548 175	15 647 965	16 365 579	17 172 122	17 958 245	95 196 976	8,98%
Soins ambulatoires	2 741 696	2 953 499	3 176 773	3 322 459	3 486 200	3 645 794	19 326 421	1,82%
Conseil et Test volontaire à l'initiative du prestataire	1 778 031	1 915 388	2 060 184	2 154 664	2 260 852	2 364 352	12 533 471	1,18%
Traitement et services d'accompagnement psychologique	257 882	277 804	298 805	312 509	327 910	342 921	1 817 832	0,17%
Soins et traitements non ventilés par type d'activités	9 134 464	9 840 123	10 584 000	11 069 381	11 614 912	12 146 632	64 389 512	6,08%
Poly chimiothérapie antirétrovirale pédiatrique	1 499 789	1 615 652	1 737 789	1 817 484	1 907 055	1 994 358	10 572 126	1,00%
Soins médicaux à domicile	1 744 099	1 878 835	2 020 868	2 113 545	2 217 706	2 319 231	12 294 283	1,16%
Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	807 579	869 966	935 733	978 645	1 026 876	1 073 885	5 692 683	0,54%
Sous-total	67 863 774	73 106 408	78 632 987	82 239 089	86 292 068	90 242 437	478 376 764	45,13%
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	32 970 213	35 842 991	38 931 178	40 903 372	43 491 683	46 195 836	238 335 272	22,49%
Total Unité de HTG	10 996 605 825	11 954 768 175	12 984 775 812	13 642 564 547	14 505 847 973	15 407 768 315	79 492 330 647	
Total Unité de USD	146 621 411	159 396 909	173 130 344	181 900 861	193 411 306	205 436 911	1 059 897 742	100,00%

Le gap de financement sur les 6 années est de 871,3 millions de dollars US et les détails sur le financement disponible sont consignés dans le tableau ci-dessous :

	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	Total
Besoins de financement	146 621 411	159 396 909	173 130 344	181 900 861	193 411 306	205 436 911	1 059 897 742
Financement disponible PSNM	127 287 291	25 659 791	25 784 141	3 689 481	3 458 830	2 654 406	188 533 940
Gouvernement Haïtien	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	15 926 436
USG	101 500 000	95 000 000	-	-	-		196 500 000
Fonds mondial	22 072 285	22 072 285	22 072 285				66 216 855
ONUSIDA	350 000	250 000	300 000	300 000	225 000		1 425 000
UNICEF	100 000	50 000	50 000	-	-		200 000
UNFPA	235 600	235 600	235 600	235 600	-		942 400
UNESCO	150 000	150 000	200 000	200 000	250 000		950 000
HTW	225 000	247 500	271 850	299 475	329 424		1 373 249
Gap de financement	19 334 120	13 077 327	147 346 203	178 211 380	189 952 476	202 782 505	871 363 802

I. INTRODUCTION/CONTEXTE DU PAYS

1.1 Cadre politique et organisation du pays

Haïti fait partie de l'île d'Hispaniola, la deuxième Grande Antilles au sein de la région caribéenne, qu'elle partage avec la République Dominicaine. Elle se situe au nord-ouest de Cuba et au sud-ouest de la Jamaïque. Elle est limitée à l'Est par la République Dominicaine, au Nord par l'Océan Atlantique, au Sud et à l'Ouest par la mer des Caraïbes ou mer des Antilles.

Sa superficie totale est de 27.748 km carrés et le relief est très montagneux. Sur le plan administratif le pays est subdivisé en 10 départements, 42 arrondissements, 145 communes et 570 sections communales. La position géographique du pays la situe dans une zone de transit des cyclones et ouragans saisonniers et de tremblements de terre avec les nombreuses failles sismiques qui traversent le pays en particulier dans les régions du grand Nord, du grand sud et de l'Ouest du pays.

En 2016, la population totale d'Haïti est de 11.078.033 Haïti avec 30% de jeunes de 15-24 ans. Les tranches de populations de 15-64 ans représentent 58% et les moins de 15 ans 36,1%. La population des femmes (52%) est plus importante que celle des hommes. Le pays a une forte densité de population avec 400 habitants au Km². Le Taux Brut de natalité est de 3,5 enfants par femme et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 62,7 ans¹. En 2016 la population urbaine représente 46,8% de la population totale (EMMUS VI). Cette tendance est en progression constante.

Une adolescente sur sept a débuté leur vie reproductive : 11% d'entre elles ont eu au moins un enfant et 3% sont enceintes du premier enfant. La transition démographique vers une population jeune devrait contribuer à l'augmentation de la population totale au cours des prochaines années et (dans le cas présent de stabilisation de l'épidémie de VIH) à un accroissement mécanique du nombre de PVVIH.

Sur le plan politique, le pays vient de boucler une longue période électorale de 2 ans qui a abouti à l'installation d'un nouveau Parlement et à l'élection d'un nouveau Président. L'installation d'un nouveau gouvernement pour les cinq prochaines années devrait apporter un certain niveau de confiance et de stabilité de nature à favoriser le renforcement des interventions étatiques en général et des programmes de santé, y compris celui de la riposte au Sida.

1.2 Contexte socioéconomique du pays

Haïti connaît un retard de croissance économique avec un indice de Développement Humain de 0,483, classant le pays 165ème place sur 187 pays². 80% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté avec moins de deux dollars par jour. Le chômage est chronique avec 70% de la population sans emploi stable. Le taux de croissance économique en 2016 était de 1,4% selon l'IHSI. Le Revenu national par habitant en 2015 a été estimé à 810 dollars américains avec un PIB autour de 8.2 milliards de dollars. Les femmes (71%) travaillent majoritairement dans le secteur des ventes et services contre 44% des hommes exerçant des activités dans le secteur agricole.

Le taux de personnes alphabétisées est de 75% avec néanmoins un nombre important de sur-âgés dans le système scolaire, phénomène favorisant l'initiation sexuelle précoce des adolescents (es) et les grossesses précoces. En 2016, 95% des enfants sont scolarisés. D'un autre côté, un grand nombre d'enfants vivent dans les rues et sont exposés à de multiples risques (drogue, alcool, prostitution etc.) les rendant très vulnérables au VIH dans un contexte général de pertes de valeurs et de démission des parents. De même, un certain nombre d'enfants infectés par le VIH sont abandonnés et deviennent des fardeaux pour l'IBERS.

Le pays subit un accroissement important non maîtrisé de la population urbaine depuis de nombreuses années avec pour conséquence une forte bidonvilisation de la plupart des centres urbains (la zone métropolitaine et les villes de province). Ces bidonvilles se caractérisent par une forte concentration de populations pauvres sans ou à très faibles revenus, des habitations précaires, un haut niveau d'insalubrité, des services sociaux peu présents favorisant la violence physique et le viol, la transmission de maladies infectieuses, sexuellement transmissibles et parasitaires. La violence et en particulier la violence contre les femmes est particulièrement présente au sein de la société haïtienne avec selon EMMUS-V 13% des femmes qui sont victimes de violence sexuelle à n'importe quel moment de leur vie (16% dans les 15-24 ans).

¹ L'Espérance de vie est la plus faible dans la région des Amériques avec des écarts de plus d'une dizaine d'années avec bon nombre des pays voisins, Source Banque mondiale, 2012

² Source Banque Mondiale, 2015. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haïti>

En raison de certaines limitations en ce qui concerne le genre, la prostitution ou les orientations sexuelles, ces problématiques sont encore d'actualité dans le pays tel qu'en témoigne les difficultés d'accès aux services de prise en charge et de protection en cas de violence et de viols pour les HARSAH, les PVVIH, les PS. La stigmatisation reste une réalité pour ces groupes au sein de leur famille, dans la communauté et au contact de la plupart des services de l'état (commissariat, centres de prestations de services de santé, tribunal etc.).

Par ailleurs, les catastrophes climatiques ces dernières années (sécheresse, intempéries...) ont entraîné une situation d'insécurité alimentaire pour 3.5 millions de personnes dont 1.5 millions en situation sévère³. Aussi, on estime 22% des enfants de moins de 5 ans sont en situation de malnutrition chronique, auxquels pourraient s'ajouter les PVVIH.

1.3 Situation sanitaire

Les deux principaux documents qui gouvernent le système de santé en Haïti restent la Politique Nationale de Santé (juillet 2012) et le Plan Directeur de Santé 2012-2022.^{[1][2]}

Le système de santé comporte deux composantes : la composante formelle, sous système publique, et la composante philanthropique géré par les ONG, les organisations religieuses etc.). On dénombre 1.046 institutions de santé dont 30% d'institutions publiques, 46 % d'institutions privées 23% d'institutions mixtes (institutions publiques à gestion privée). Les services sont offerts selon la capacité résolutive du centre, d'où l'importance d'un bon système de référence et de contre-référence. Le système haïtien formel de soins offre des services à 47% de la population.

L'organisation du système de santé est de type pyramidal comportant 3 niveaux de soins à savoir :

- Le niveau primaire comporte 3 échelons : l'échelon 1 est représenté par le Centre Communautaire de Santé (ancien dispensaire) qui siège au niveau de la section communale ; L'échelon 2 se réfère au Centre de Santé (avec lits ou sans lit) qui siège au niveau de la Commune. L'échelon 3 intéresse l'Hôpital Communautaire de Référence.
- Le niveau secondaire est représenté par l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le Département.^{[1][2]}
- Le niveau tertiaire inclut les Hôpitaux Universitaires et Spécialisés de référence nationale au nombre de 5 dont 2 jouent aussi le rôle d'Hôpital Départemental.

Le financement de la santé est assuré en grande partie par la coopération multi-bilatérale (52%), les ménages⁴ et le secteur privé médical (43,5%) ainsi que le budget de l'Etat (4,5%) dont 95% au paiement des salaires du personnel des institutions publiques de prestations de services et de gestion sanitaire.

La gouvernance du système reste fragile du fait :

- De l'absence de cadre légal clairement défini, se traduisant par une mise en œuvre mitigée et incomplète des réformes dans le secteur santé ;
- Dun grand nombre d'acteurs officiant suivant des logiques et des philosophies d'action souvent très différentes ;
- De l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines et matérielles (3.5 professionnels de la santé pour 10.000 habitants dont 2.5 médecins en 2013) ;
- De la faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle ;
- De la faible capacité de suivi et d'évaluation et de contrôle de qualité.

En dépit des efforts déployés par les autorités sanitaires et leurs partenaires, les indicateurs de santé en Haïti sont parmi les plus faibles de la zone des Amériques. Le tableau ci-dessous en présente quelques-uns :

³ Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence (ESASU). CNSA, PAM. 2015

⁴ On estime que 32 dollars US sont dépensés par année et par habitant en Haïti pour la santé.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé en Haïti.

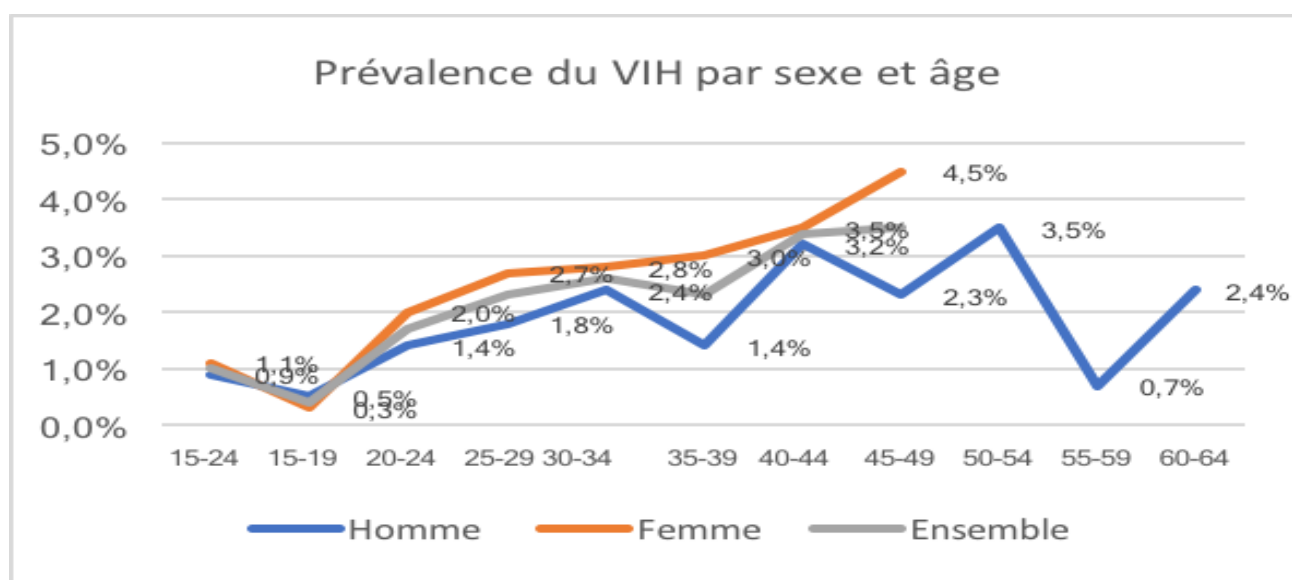
Indicateur	Données	Source
Incidence de la TB	132/100 000	PNST
Ratio de mortalité maternelle	547/100.000 naissances vivantes	EMMUS VI, 2016-2017
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)	39%	EMMUS VI, 2016-2017
Besoins non satisfaits des femmes en union en matière de planification familiale	38%	EMMUS VI, 2016-2017
Prévalence de la contraception (% femmes en union)	34%	EMMUS VI, 2016-2017
Couverture par les soins prénatals – au moins une visite- (%)	91%	EMMUS VI, 2016-2017
Couverture par les soins prénatals – au moins quatre visites- (%)	67%	EMMUS VI, 2016-2017
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégné d'insecticide (%)	18%	EMMUS VI, 2016-2017
Enfants 12-24 mois complètement vacciné (DITEPER)	41%	EMMUS VI, 2016-2017
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie (%)	40%	EMMUS VI, 2016-2017
Taux de mortalité infanto-juvénile (des moins de 5 ans)	81/1000 naissances vivantes	EMMUS VI, 2016-2017
Taux de mortalité néonatale	32/1000 naissances vivantes	EMMUS VI, 2016-2017
Espérance de vie à la naissance	62,7 ans	Banque Mondiale. 2012.
Dépenses totales en santé en % du produit intérieur brut	8,22%	Comptes Nationaux de santé. MSPP, 2013-2014.
Ressources externes pour la santé en % des dépenses totales en santé	56,7%	Comptes Nationaux de santé. MSPP, 2013-2014.

II. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE

2.1 Synthèse de la situation et de la dynamique de l'épidémie

2.1.1 Données globales sur la situation du VIH

La dernière enquête EMMUS VI de 2016-2017 établit à 2,0% la prévalence du VIH au sein de la population haïtienne. Ceci va dans le sens d'une stabilisation de l'épidémie aux environs de cette prévalence de 2% depuis l'enquête d'EMMUS VI de 2008. Cette prévalence est plus forte globalement chez les femmes que chez les hommes et augmente progressivement avec l'âge.

Graphique 1 : Prévalence du VIH par sexe et âge

En dehors de l'incidence qui semble se stabiliser, on note que les autres indicateurs présentent la même allure.

Tableau 1 : Principaux indicateurs épidémiologiques

	2012	2013	2014	2015
Prévalence du VIH	2,3 [1,8 – 2,8]	2,0 [1,6 – 2,5]	1,9 [1,5 – 2,3]	1,7 [1,4 – 2,1]
Nombre de PVVIH	160 000 [130 000 - 200 000]	150 000 [120 000 - 180 000]	140 000 [120 000 - 170 000]	130 000 [110 000 - 160 000]
Proportion des femmes parmi les PVVIH⁵	57,5%	57,9%	58,1%	58%
Nouvelles infections				
Global	2100 [1300 - 3200]	1700 [1000 - 2400]	1600 [1000 - 2300]	1500 [1000 - 2300]
Incidence 15-49 ans	0,02 [0,01 – 0,03]	0,02 [0,01 – 0,03]	0,02 [0,01 – 0,03]	0,02 [0,01 – 0,03]
Nombre de décès liés au Sida	13 000 [10 000 - 16 000]	11 000 [8300 - 15 000]	9600 [6700 - 13 000]	8000 [5500 - 11 000]
Orphelins liés au Sida	130 000 [100 000 - 160 000]	130 000 [100 000 - 160 000]	120 000 [95 000 - 150 000]	110 000 [89 000 - 140 000]

En valeur absolue, on note que les nombres de PVVIH et d'orphelins liés au VIH connaissent aussi une baisse significative et progressive. Quel que soit l'année, le nombre de femmes est systématiquement supérieur à celle des hommes d'environ 8 points de pourcentage.

Quant à la mortalité liée au sida, les efforts combinés d'accès au traitement et de prise en globale se sont traduits par le maintien de la tendance amorcée depuis 2005-2006, à savoir la baisse continue des décès de l'ordre de 15% l'an. Subséquemment, Entre 2012 et 2015 : 6.200 à 6.600 décès auraient ainsi été évités par année⁶.

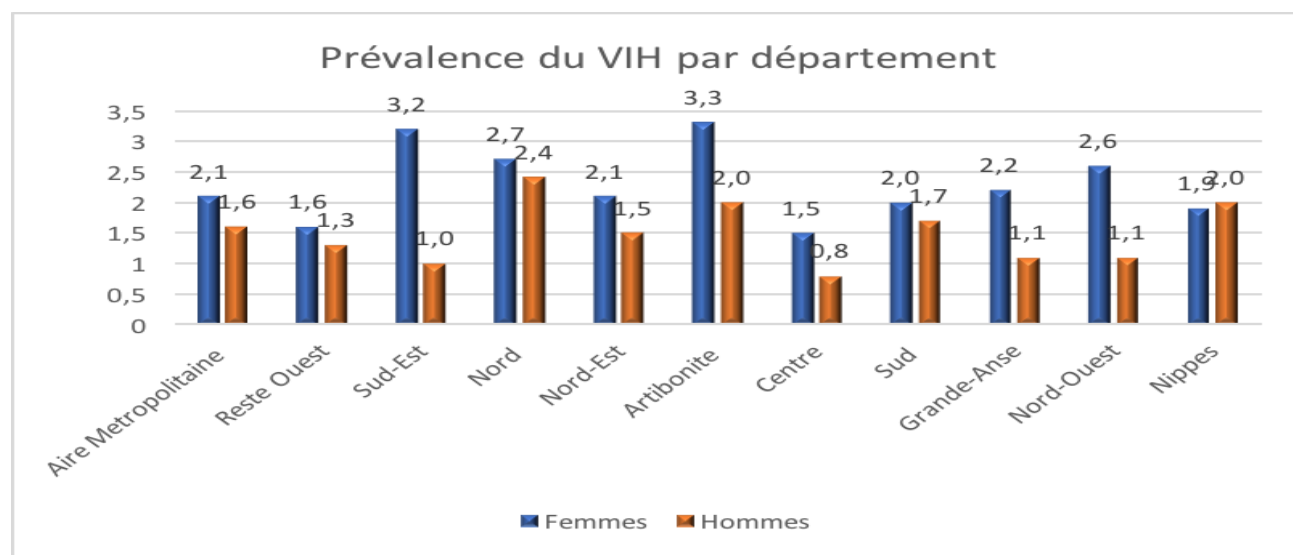
2.1.2 Données sur la situation du VIH dans les groupes spécifiques et zones géographiques

Les données et études ont montré que le profil épidémiologique de l'infection à VIH connaît des disparités régionales et selon les cibles.

➔ Les disparités régionales

La prévalence du VIH est plus faible en milieu urbain (2,2 %) qu'en milieu rural (2,4 %) à l'inverse des enquêtes précédentes (EMMUS VI, 2016-2017). Chez les hommes, la prévalence du VIH est légèrement plus faible en rural qu'en urbain (1,4 % contre 1,7 %).

En ce qui a trait à la prévalence globale, les départements, les moins touchés sont le centre (1,2%), l'Ouest en dehors de la zone métropolitaine (1,5%) et la Grande-Anse (1,6%) et ceux les plus touchés sont l'Artibonite (2,7%) et le Nord (2,6%).

Graphique 2 : Prévalence du VIH par département

⁵ Profil des estimations et projections en matière de VIH en Haïti 2010-2015. CT du PNLS/MSPP. Ces projections prennent en compte les données fournies par le système national de surveillance du VIH/SIDA (Suivi actif longitudinal du VIH en Haïti (SALVH)/HIV AIDS surveillance system (HASS).)

⁶ Global AIDS Response Progress Report 2016. CT du PNLS/MSPP. 2016

→ Les disparités selon les caractéristiques sociodémographiques

Globalement, chez les adultes de 15-49 ans, la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (2,3%) que chez les hommes (1,6%) (EMMUS-VI). La tendance à la féminisation de l'épidémie est constante en Haïti depuis de nombreuses années.^[1] La prévalence du VIH dans la population générale varie, selon le statut matrimonial. Celle-ci est de 8,4 % chez les femmes divorcées ou séparées et de 9,4 % parmi les veuves, contre 2,8 % chez les femmes en union et 1,1 % chez les célibataires ; tandis que chez les hommes, elle est de 5,8 % pour les divorcés et les séparés contre 2,5 % pour ceux en union et 0,6 % chez les célibataires. En ce qui a trait au multi-partenariat des hommes, les femmes dont le conjoint a plusieurs femmes ont une prévalence plus élevée que celles dont le conjoint n'a qu'une seule femme (4,2 % contre 2,4 %). La tendance est similaire chez les hommes qui ont plusieurs femmes chez lesquels on observe une prévalence plus élevée que chez ceux n'ayant qu'une seule femme (respectivement, 4,7 % et 2,4 %). (EMMUS V).

De même 3,3% des femmes et 2% des hommes ayant un emploi au moment de l'enquête EMMUS V sont séropositifs contre 2,0% des hommes et 0,9% des hommes qui ont un emploi. Cette prévalence varie également en fonction du niveau d'instruction avec 1,6% pour ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus avancé chiffre plus faible comparé à ceux n'ayant aucune instruction ou seulement un niveau primaire. (EMMUS V).

→ Les professionnels du sexe (PS)

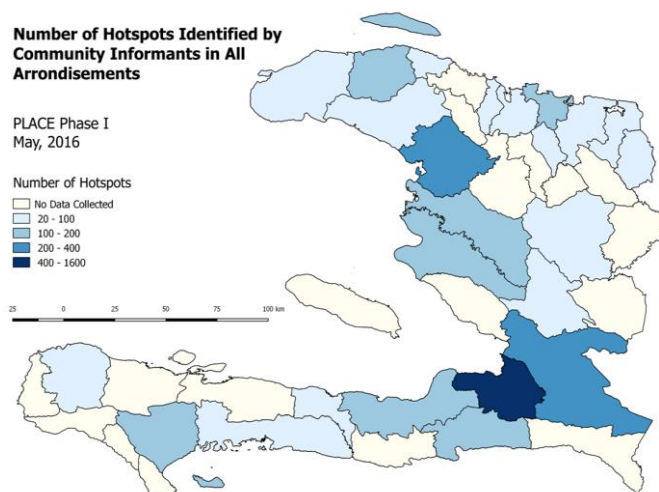
Selon l'enquête IBSS 2014, la prévalence du VIH chez les PS est de 8,7%, soit environ 4 fois la moyenne nationale. Selon l'étude de PSI/OHMASS de 2014, le nombre de PS atteint se chiffre à 70.300 dans les cinq départements couverts par l'enquête. Le chiffre total devrait avoisiner 112.000 pour tout le pays. L'enquête PLACE quant à elle chiffre à 2.339 le nombre de « points chauds » validés et cartographiés en Haïti. Les tailles estimées des partenaires non-payants et payants sont respectivement de 22.380 et de 250.000 personnes. Selon la même étude, la proportion des PS ayant un partenaire non-payant était de 37,7%.

La dernière étude PLACE (Priorités for Local AIDS Control Efforts) réalisée par LINKAGES utilise une méthodologie qui cible les professionnelles du sexe que le programme national de lutte contre le VIH/SIDA est effectivement en mesure d'atteindre au niveau des points chauds (dont 2.339 ont été validés au niveau national). La prévalence dans ce cadre précis est de 7,7% [6,4% - 9,3%] pour le VIH et de 16,4% [12,3% - 21,5%] pour la syphilis parmi les PS.

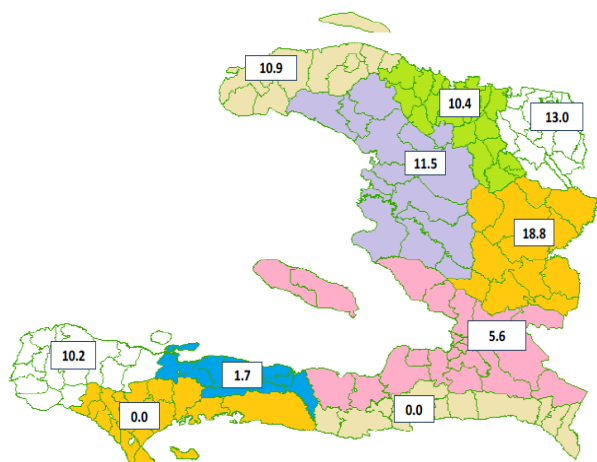
Selon l'étude réalisée par PSI/Haïti en 2012, environ 20% des PS avaient une bonne connaissance du VIH et 25% savaient comment utiliser un condom correctement. Les comportements à haut risque comprennent chez les PS un nombre élevé de rencontres sexuelles avec des clients (10 rencontres par semaine), l'utilisation irrégulière du condom avec leurs partenaires non clients (56% rapportent l'utilisation régulière de condom).

64% des PS disent s'être fait tester au cours des 12 derniers mois. Cette étude de PSI dénote une prévalence du VIH plus élevée chez les PS fréquentant les restaurants, bars et discothèques (20,4%) que chez celles travaillant dans des bordels ou dans la rue (12%).

Graphique 3 : Cartographie des « points chauds » en Haïti



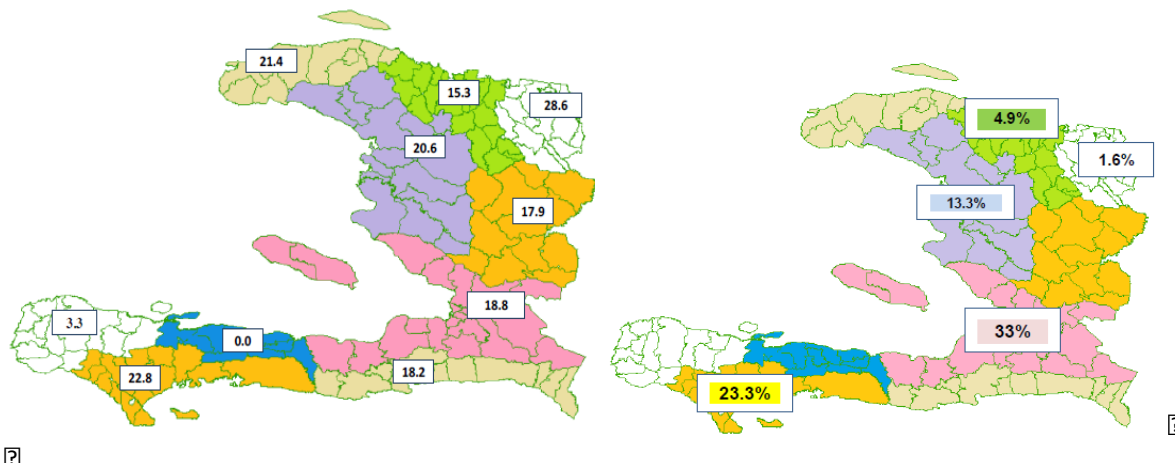
Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les PS par département en 2012 et 2014



→ Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH)

L'enquête séro-comportementale réalisée par PSI/Haïti/OHMASS en Haïti en 2014 a concerné également les HARSAH. Les résultats donnent une prévalence nationale de l'infection au VIH estimée à 12,9 % chez les HARSAH dont 13% chez les moins de 25 ans. Près de la moitié des HARSAH (47%) sont bisexuels et 4,6% vivaient en couple avec une femme au moment de l'enquête.

Graphique 5 : Prévalence du VIH chez les HARSAH par département en 2012 et 2014



De même que pour les PS la plus grande difficulté en ce qui concerne les HARSAH est d'établir la taille de la population. L'estimation nationale est de 54.700 HARSAH. Les zones de concentration restent néanmoins les mêmes que dans les précédentes estimations à savoir les départements de l'Artibonite, de l'Ouest, du Nord, Nord-Ouest et du Sud-Est. On estime à 47,7% la proportion de HARSAH qui ont au moins un partenaire féminin soit 33.390 partenaires féminins.

→ Les femmes enceintes

Les données de la surveillance sentinelle en place depuis 1996 (8 sites en 1996 et 18 sites actuellement) montrent une baisse continue et significative de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 5,6% en 1996 à 2,3% en fin 2013. Ces chiffres ne montrent pas de grande différence entre les femmes vivant dans les milieux urbains et celles qui vivent en zone rurale.

→ Les donneurs de sang

Haïti produit autour de 25 à 30.000 pochettes de sang par année qui sont toutes testées pour le VIH et d'autres anticorps. Ces tests de dépistage pour les Infections Transmises par Transfusion (ITT) sont centralisés au niveau du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) à Port-au-Prince, la capitale du pays où les échantillons de sang des donneurs sont acheminés pour y être testés avec des tests rapides pour différents marqueurs

biologiques dont VIH 1 et 2, HBV, HBC, Syphilis, HTLV 1 et 2. Les résultats obtenus en 2012 révèlent une prévalence de 0,9% parmi les donneurs de sang pour le VIH et de 2% pour la syphilis⁷.

➔ Les patients ayant une coinfection TB/VIH

La prévalence du VIH chez les patients Tuberculeux était de 20% en 2012 (Source : PNLT). Les taux de décès liés à la tuberculose sont élevés (20%) avec une incidence et une prévalence élevée de respectivement 132 et 306 pour 1000.000 habitants. Le taux de guérison actuelle est en dessous des normes OMS malgré les progrès. En décembre 2012, Le réseau institutionnel actuel de prise en charge de la tuberculose comptait 263 CDT et CT dont 256 sont fonctionnels. Parmi les CDT, seule une faible portion sites réalise simultanément les tests de dépistage du VIH.

➔ Les jeunes

Les jeunes de 15-24 ans représentent 29,5% de la population, soit 3.268.019 dont 584.975 n'ont jamais été scolarisés soit 17,9%. Chez l'ensemble des jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH est de 1.0 %, (1,1 % chez les filles et 0,9 % chez les garçons). Chez les femmes, la prévalence augmente très rapidement avec l'âge 0,3 % à 15-19 ans, elle passe à 2,7 % à 25-29 ans, et atteint un maximum de 4,5 % chez les femmes de 45-49 ans. Chez les hommes, la prévalence du VIH est de 0,5 % à 15-19 ans, elle augmente ensuite, à 2,4% chez les 30-34 ans pour atteindre 3.5% à 50-54 ans (EMMUS VI). La prévalence est plus élevée parmi les jeunes femmes en union (1,7 %) et surtout parmi celles en rupture d'union (12,8 %) que parmi les célibataires (0,7 %). Chez les hommes, les variations selon l'état matrimonial sont très faibles (EMMUS V).

➔ Les prisonniers

Il existe dans chaque Chef-lieu des 10 départements au moins un établissement pénitentiaire. En 2016, la population carcérale avoisinait plus de 11.470 prisonniers (référence HTW) en majorité incarcérés dans la prison civile de Port-au-Prince. Depuis 2014, la HTW de concert avec la DAP et le CICR réalise des interventions dans le cadre de la coinfection TB/VIH dans 23 centres carcéraux du pays. Sur les 17 938 détenus dépistés volontairement pour le VIH entre octobre 2014 et septembre 2015 ; 823 cas ont été testés positifs au niveau de 17 centres carcéraux, soit un pourcentage de séropositivité à 4.6%⁸.

➔ Les hommes/femmes en uniforme

Il s'agit de policiers qui sont parfois affectés en dehors de leur lieu de résidence principale et se retrouvent en situation de célibat géographique. La taille de cette population est aux environs de 15.000 policiers en 2016. Une ancienne étude établissait le taux de prévalence du VIH au sein de la police Nationale d'Haïti à 8%. Ceci a largement justifié les activités de sensibilisation réalisée par la MINUSTAH en son sein (Sensibilisation de 5.945 participants en 2014 et 3.528 en 2015 en incluant le personnel de la mission et les associations externes aussi bien les cadets à l'académie de police.

➔ Les femmes et filles victimes de violences sexuelles

La prévalence du VIH à l'intérieur du groupe spécifique de femmes victimes de violences sexuelles n'est pas connue. Néanmoins, la violence sexuelle constitue un facteur de risque important dans le cadre d'une transmission du VIH. Selon EMMUS V, une femme sur dix (13%) a été victime de violences sexuelles à n'importe quel moment de sa vie. Dans l'ensemble, 20 % des femmes de 15-49 ans ont subi seulement des violences physiques, 5 % seulement des violences sexuelles, et 8 % à la fois des violences physiques et sexuelles. Parmi les femmes qui ont déjà été en union, 29 % ont subi des violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles ou de la part de leur mari actuel ou du plus récent partenaire.

➔ Les populations des anciens camps de déplacés, les populations mobiles, les adultes seules ou séparées

Sept ans après le séisme de 2010, il n'existe quasiment plus de « camps de déplacés ». Les dernières structures se sont transformées en des bidonvilles aux dimensions parfois importantes où les populations vivent dans des conditions, d'hygiène, de promiscuité, de violences et de pratiques sexuelles les exposant au risque de VIH.

⁷ Plan Stratégique National de Sécurité Transfusionnelle 2013-2018. PNST/MSPP. 2013

⁸ Rapport Annuel HTW Déc. 2015

→ Les populations mobiles

Il s'agit notamment des camionneurs, des Madan Sara (commerçantes itinérantes), les migrants (travailleurs qui vont travailler dans la République Dominicaine et qui reviennent en Haïti). La taille de cette population n'est pas connue.

→ Les usagers de drogues

Pendant longtemps l'Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et autres Accoutumances Chimiques (APAAC) a été la seule organisation se penchant en Haïti sur la problématique des drogues. Les informations qui remontent de cet organisme ont toujours confirmé une utilisation peu courante des drogues injectables et une méconnaissance également des résultats des tests VIH effectués par ses bénéficiaires de leurs programmes.

2.1.3 Facteurs de vulnérabilité et de risque

→ Les infections sexuellement transmissibles (IST)

• **Situation épidémiologique globale des IST.**

Les IST en Haïti occupent le cinquième rang parmi les 36 pathologies prioritairement sous surveillance en Haïti. Ainsi en 2016, la Direction d'Epidémiologie et de Recherche a relevé 50.382 cas d'IST notifiés (autres que le VIH). Cette forte morbidité est confirmée par les études séro-sentinelles réalisées dans certains centres et hôpitaux spécialisés du pays.

Cependant en l'absence d'études spécifiques, la prévalence nationale des IST n'est pas connue en Haïti et le système d'information actuel ne discrimine qu'entre la syphilis et les autres IST, le diagnostic étiologique n'étant pas établi vu l'adoption par le Ministère de la Santé de l'approche syndromique pour effectuer le diagnostic des IST.

• **Situation épidémiologique de la Syphilis.**

Sur le plan épidémiologique, La syphilis est l'IST la plus répandue en Haïti. Les enquêtes séro-sentinelles de prévalence réalisées en Haïti dans un échantillon limité de centres de prestation de services (entre 15-19) depuis 1992 en Haïti, ont utilisé dans un premier temps le RPR et par la suite le diagnostic de la Syphilis a utilisé un test rapide tréponémique SD Bioline, le test RPR non tréponémique étant utilisé pour la confirmation diagnostic.

Les données les plus récentes relatives à la syphilis proviennent d'une enquête de séro-surveillance réalisée en 2012 par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) qui montre un taux de séropositivité de 5.8% (5,15% ; 6,48%) parmi les femmes enceintes. Dans le groupe des donneurs de sang les données de la Croix-Rouge Haïtienne établissaient à 2% la prévalence de la syphilis.

Une enquête de surveillance biologique et bio comportementale parmi les groupes à risque (HSH) réalisée par OHMaSS datant de 2015 révèle un taux de séropositivité pour la syphilis de 12% (12.9% pour le VIH).

Les données plus récentes de 2017 au niveau de MESI qui regroupent les informations de l'ensemble des sites de prises en charge du VIH/SIDA en Haïti montrent une prévalence de 3.69% des cas de syphilis soient 27.264 de syphilis sur les 738.152 tests réalisés.

D'une manière générale les études réalisées semblent montrer une augmentation de la syphilis avec l'âge, la faiblesse du niveau d'éducation et la cohabitation avec un partenaire.

• **Situation épidémiologique de la Syphilis congénitale.**

Les rares données relatives à la syphilis congénitale datent de 2009 et proviennent d'une étude de HHF sur un échantillon de 410 femmes dans le département de la grande-Anse. Le taux de syphilis congénitale constatée était de 767/100.000 naissances vivantes.

En tout état de cause aucune étude n'est disponible à date en Haïti sur les présentations cliniques de la syphilis chez l'adulte, qu'il s'agisse de syphilis récentes (primaire, secondaire, latente précoce) ou de syphilis tardives (tertiaire cardiovasculaire ou neurologique, latente tardive).

• **Situation des autres infections sexuellement transmissibles**

En dépit du fait que la syphilis soit l'IST la plus fréquente en Haïti, les autres IST représentent un poids considérable en matière de morbidité. En Haïti, le diagnostic des IST autres que la Syphilis se fait selon l'approche syndromique sans spécification étiologique précise. L'étude la plus récente sur l'étiologie des IST

chez les femmes enceintes date de 2017 et a été réalisée par les Centres GHESKIO (« Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis screening and treatment of pregnant women in Port au Prince, Haiti » Mathelier et al.) sur un échantillon de 300 femmes enceintes vues en clinique IST et qui, après counseling, ont accepté de se faire dépister pour les IST dues à CT, NG et TV. Les résultats des examens obtenus à partir du GeneXpert ont montré que 37 % d'entre elles avaient une IST. Parmi celles-ci, 29 % avaient une infection à TV, 14 % une infection à CT et 2,8 % une infection à NG.

Les données récentes issues d'une étude pilote de GHESKIO datant de 2016 (Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Haiti) montre que 100% des Neisseria Gonorrhoeae sont résistants à la pénicilline et 17% résistants à la ciprofloxacine.

Une autre étude, réalisée en milieu rural chez 206 femmes âgées de plus de 18 ans vues pour des pertes vaginales et des brûlures mictionnelles, a montré que 5,4 % avaient une infection à CT, 1 % à NG, 2,2 % à Candida albicans, 28,3 % à Gardnerella vaginalis et 0 % à TV9.

Une étude dans le département de la Grande-Anse en 2014 a montré que 41 % des patientes étudiées avaient une infection à Gardnerella vaginalis, 13,5 % à TV, 9 % à Candida albicans, 67 % à Mycoplasma genitalium, 1,9 % à CT, 1 % à NG, et que par ailleurs 7,7 % des patientes présentaient une syphilis sérologique¹⁰.

• La situation des Hépatites B et C

Les données sur les autres IST d'origine virale sont rares et ne sont pas disponibles au niveau de la base nationale DHIS2. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) à date n'a pas édicté un algorithme précis de dépistage pour les hépatites B et C. Néanmoins les données de la Croix-Rouge Haïtienne qui réalise systématiquement le test de dépistage (par Elisa) montrent en 2016 un taux de prévalence au sein de la population des donneurs de 3.26% pour l'hépatite B et 0.68% pour l'hépatite C.

Tableau 2. Prévalence VHB et VHC chez les donneurs de sang. Croix-Rouge Haïtienne

Pourcentage de cas réactifs à l'Ag-HBs au niveau des unités de collectes de sang du pays				Cas réactifs à l'Ac anti-HCV au niveau des unités de collectes de sang du pays			
Année	Unités de prélèvements	HBs Ag POSITIF	% de cas réactifs	Année	Unités de prélèvements	Ac-HCV POSITIF	% de cas réactifs
2014	28867	987	3.41	2014	28867	247	0,85
2015	27752	1020	3.67	2015	27552	232	0,84
2016	25699	838	3.26	2016	25699	175	0,68

Un rapport plus récent du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNST) publié en 2017 (Portrait épidémiologique des hépatites B et C dans les institutions sanitaires », utilisant un protocole d'extraction de données des Hépatites B et C élaboré par l'OPS/OMS, a permis de dégager des données au niveau de 16 hôpitaux du pays choisis sur des critères raisonnés dont la capacité à faire le test diagnostic. Les populations cibles étaient les suivantes : population générale (adolescents, hommes et femmes), les femmes enceintes, les enfants de moins 5 ans, les patients infectés par le VIH, les donneurs de sang.

Tableau 4. Prévalence VHB et VHC dans la population générale. Hepburn et Lawitz, 2004. Andernach et Pape, 2009

Prévalence du VHC				Prévalence de l'HBs Ag chez les femmes enceintes en Haïti			
Types de population	Prévalence de l'Ac anti-HVC (%)	Population	Etudes	Prévalence de l'HBs Ag (%)	Population	Etudes	Caractéristiques des études
Femmes enceintes	0,6%	1307	Tohme, 2015	2,5%	1364	Tohme, 2015	Transversale
Population Générale	4,4%	500	Hepburn et Lawitz, 2004	5%	7147	Andernach et Pape, 2009	Cohorte

Le sommet mondial sur la santé de 2017 au Brésil a permis l'engagement d'Haïti dans la stratégie d'élimination de l'hépatite virale 2016-2021 et le partage du formulaire « Profil de Réponse pays sur les hépatites B et C aux pays de la région du LAC qui lui a permis de recueillir certaines informations sur la situation des hépatites B et C dans le pays.

⁹ The aetiology of vaginal symptoms in rural Haïti. Bristow et al. 2013.

¹⁰ Epidemiology of sexually transmitted infections in rural Southwestern Haiti: The Grand-Anse Women's Health Study. (Jobe et al., 2014)

➔ Les facteurs de risque et les moteurs de l'épidémie

Les facteurs de risque se définissent comme « un aspect des comportements personnels ou du mode de vie, une exposition environnementale, ou une caractéristique innée ou acquise, dont on sait, sur la base des données épidémiologiques, qu'ils sont associés à un ou des états de santé que l'on estime important de prévenir ». Les éléments moteurs de l'épidémie sont des facteurs structurels et sociaux, tel que la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et les violations des droits humains, qui augmentent la vulnérabilité des individus à l'infection par le VIH tout en étant difficilement mesurables.

Tableau 5 : Synthèse des facteurs de risque et moteurs de l'épidémie

Type	Facteurs/moteurs	Observations
Les facteurs de risque	Précocité des rapports sexuels	La prévalence du VIH est de 2,6% chez les personnes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans contre 2,4% chez celles les ayant eus à 18 ans ou plus
	Multipartenariat sexuel	Le multipartenariat et les relations sexuelles intergénérationnelles sont des réalités en Haïti corroborées par EMMUS V qui rapporte que 10 % des femmes de 15-49 ans ont eu des rapports sexuels avec des partenaires de dix ans ou plus leur aîné. La prévalence du VIH était plus élevée chez les personnes ayant eu 2 partenaires ou plus sur la durée de vie (>2,4%) que ceux qui n'ont eu qu'un partenaire (1,8%). Les hommes ont en moyenne 12,2 partenaires sexuels au cours de leur vie contre 2,2 pour les femmes.
	Rapports sexuels payant ou clients de PS	Les hommes qui ont eu des rapports sexuels payant ont une prévalence supérieure du VIH comparé à ceux qui n'en ont pas eu : 2,1% contre 1,8%. La prévalence du VIH est de 45% chez les TS qui n'utilisent pas systématiquement de condom avec leurs partenaires réguliers et 11% avec les clients.
	Violences sexuelles	13,1% de femmes ont déclaré avoir déjà été victimes de violences sexuelles
	Faible utilisation du préservatif	57% en 2012 chez les filles 15-24 ans (9% en 2006) 64,9% en 2012 chez les garçons 15-24 ans (43,8% en 2008) 46,7% en 2012 chez les 15-49 ans (41,9% en 2006)
	Rapports anaux	Surtout les HARSAH, faible utilisation du condom chez 13,3%, bisexualité chez 47,7%.
Moteurs de l'épidémie	Pauvreté	80% de la population vit sous le seuil de pauvreté et 56% dans une pauvreté extrême.
	Faible niveau d'instruction	95% des enfants soient scolarisés en 2016, le niveau d'instruction globale de la population accuse un déficit de 14% chez les femmes et 13% chez les hommes.
	Pratiques culturelles	Certaines pratiques religieuses dans le cadre des religions protestantes et vodou contribuent à augmenter l'exposition au risque d'infection à VIH. Dans le même registre, certains adeptes des cultes protestants ont recours à la prière dans des sanctuaires dans l'espoir d'être guéris du sida.
	Relations sexuelles intergénérationnelles	Ce phénomène social n'a fait que se renforcer au cours des années en Haïti et est fortement alimenté par la pauvreté des jeunes filles.
	Inégalités liées au genre	Les facteurs de risques et éléments moteurs de l'épidémie prédominent chez les jeunes femmes et jeunes filles dans la mesure où celles-ci ont du mal à négocier leur sexualité dans un contexte de pauvreté, de relations intergénérationnelles fréquentes.

2.1.4 Profil des nouvelles infections

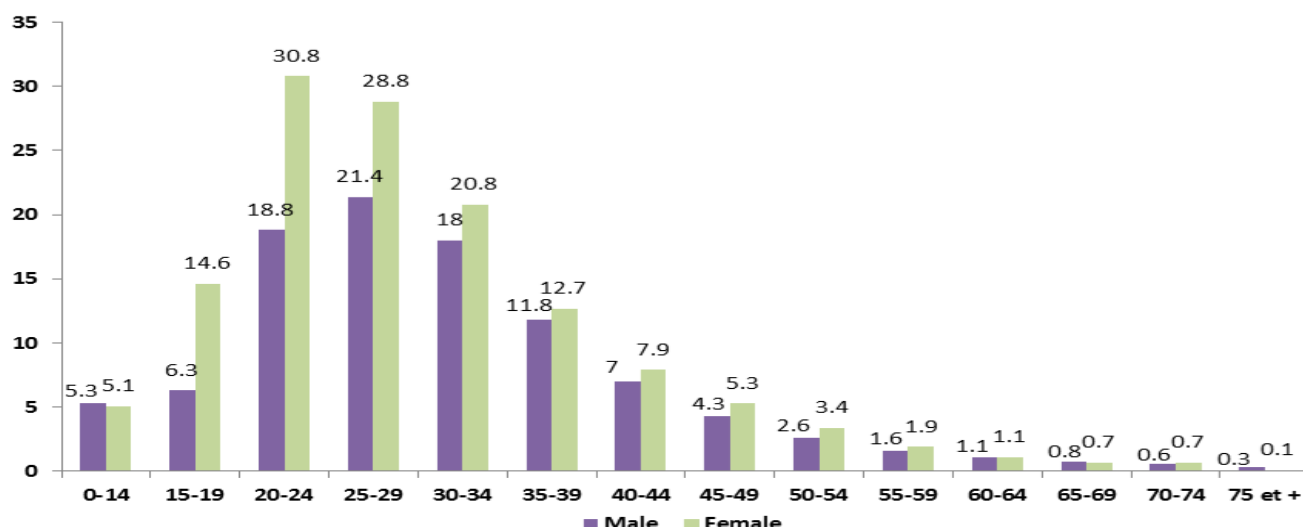
Depuis quelques années la tendance semble être à la baisse en ce qui a trait aux nouvelles infections au VIH en Haïti avec un total de 8.200 personnes qui ont été contaminées en Haïti en 2014 dont 500 enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouvelles infections était de 11.300 en 2004, soit un recul de 27% sur la période.

Ce chiffre a continué à décroître pour atteindre en 2015, 7.500 de cas incidents¹¹. Un pic a été observé en 2010 correspond au tremblement de terre de 2010 qui a frappé le pays, ce qui entraîné un accroissement de la vulnérabilité et de l'exposition de certains groupes de populations.

Les jeunes de 15-24 ans sont les plus touchées par les nouvelles infections (30% des cas) ainsi que les adultes de 25-29 (25%) des cas. Le groupe d'âge de 0-14 ans représente 9% des nouvelles infections ce qui montre l'importance de l'e-TME dans la mise en œuvre du programme haïtien. En regard de ces chiffres, les adolescents et les jeunes représentent donc un groupe prioritaire dans la lutte contre l'épidémie du VIH en Haïti.

¹¹ Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 11. Décembre 2015. MSPP/PNLS.

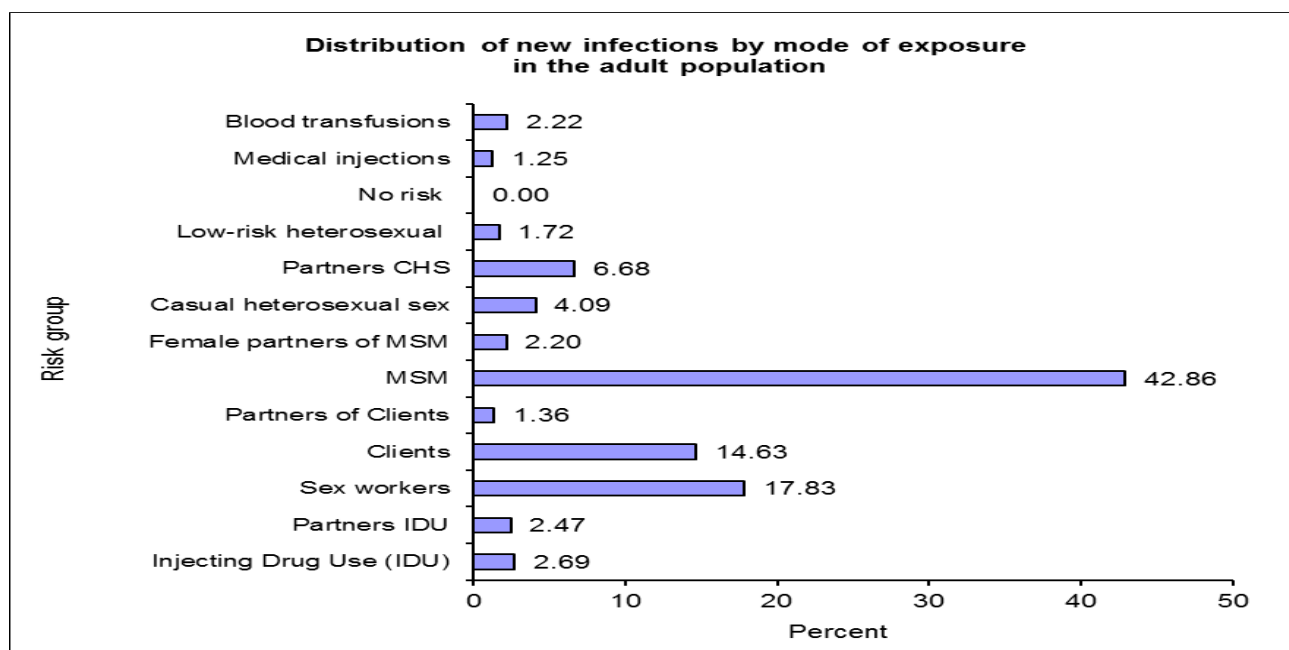
Graphique 6 : Répartition des nouvelles infections en % par âge en 2013¹²



Outre les groupes d'âge, l'étude sur les modes de transmission réalisées en 2014 montre que les HARSAH (42,86%) sont responsables d'un nombre élevé de nouvelles infections suivies des PS (17,83%), des clients de PS (14,63%), des partenaires de personnes avec rapports hétérosexuels occasionnels (6,68%) et des personnes avec rapports hétérosexuels occasionnels (4,09%).

Au total 78,0% des nouvelles infections sont attribuables aux populations les plus exposées au risque VIH (HARSAH, PS) et leurs partenaires.

Graphique 7 : Estimation de la distribution des nouvelles infections VIH en Haïti par groupe d'exposition



En ce qui concerne la PTME, les efforts combinés de décentralisation et de couverture ARV chez les femmes séropositives et les enfants exposés ont permis de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ainsi, on note que le nombre de nouvelles infections pédiatriques évitées est de l'ordre 1.100 à 1.200 annuellement depuis 2012. Cette situation impacte sur le nombre d'enfants touchés par l'épidémie du VIH qui est passé de 14.600 en 2010 à 9.400 en 2015, soit une baisse de plus d'un tiers (36 %). Par ailleurs, les jeunes filles enceintes séropositives ont diminué de 2010 à 2015 passant de 1.000 en 2010 à 819 en 2015.

¹² Source : MSPP/PNLS, ONUSIDA Juillet 2014

2.2. Analyse de la réponse au VIH

Depuis 1998, Haïti a élaboré et mis en œuvre 6 plans stratégiques avec une prise en compte de la multisectorialité à partir de 2008. Le dernier plan stratégique élaboré est le PSNM 20102-2015 avec extension jusqu'à 2018. Dans le cadre de son opérationnalisation les documents suivants ont été élaboré : (i) un Plan Stratégique National d'Élimination de la Transmission mère-enfant du VIH et de la Syphilis congénitale, (ii) une Stratégie de Communication pour la Prévention du VIH (février 2013), (iii) un Plan Opérationnel de Lutte contre le VIH/sida 2016-2017 et (iv) des plans spécifiques sectoriels tel le « Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme », le « Ministère de l'Éducation Nationale » et le MTPTCE.

Bien que leur vulgarisation et appropriation ne soit pas garantie à tous les niveaux, le Programme national de lutte contre le VIH/sida dispose d'un cadre normatif relativement développé et évolutif, depuis 2005 comprenant des manuels de normes, d'organisation des services, de prise en charge sont élaborés et révisés régulièrement dont : les normes de prise en charge ARV, normes CDV, les normes de pris en charge des IST, les normes de prise en charge communautaire, les normes de prise en charge des OEV et de la coinfection TB-VIH.

2.2.1 Analyse des résultats de la mise en œuvre programmatique

➔ Le programme de prévention (impact 1)

En dehors de la PTME, le programme de prévention relevait de l'impact 1 du plan stratégique et était organisé autour de 3 effets.

Impact 1 : La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes ci les prioritaires en 2018.	Effet 1.1. : Au moins 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à 2018.
	Effet 1.2. : Au moins 85% des populations clé les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici à 2018.
	Effet 1.3. : Les risques de transmission sanguine du VIH sont maintenus à 0% d'ici à fin 2018.

Les interventions relatives à cet effet concernent (i) la communication pour la promotion de comportement à moindre risque et la promotion de l'utilisation des services de prévention, (ii) le dépistage volontaire institutionnel et communautaire, (iii) la promotion et la distribution ou vente de préservatifs masculins et féminins ainsi que des ^[SEP]lubrifiants, (iv) la circoncision masculine médicalisée, (v) l'approvisionnement en sang sûr, (vi) la lutte contre le sida en milieu du travail, (vii) la prévention de la transmission accidentelle par du matériel ou du sang contaminé en milieu médical, paramédical, et autres milieux professionnels et la prophylaxie post exposition (prévention de l'infection) en cas de viol, (viii) les interventions en matière de lutte contre la discrimination des PVVIH en milieu du travail et (ix) la prise en charge des IST.

Aspects d'analyse		Contenu
Communication pour le changement de comportement	Forces/Acquis	Maintien des efforts de coordination des activités de CCC surtout en direction des jeunes, des femmes enceintes et des leaders communautaires Emphase au niveau communautaire à travers les dialogues et la participation des organisations de base Mise en œuvre des interventions en direction des PS (38.000), HARSAH (48.000), Prisonniers (17.938), Hommes/femmes en uniforme (3.528) en 2015
	Faiblesses	Baisse des financements depuis 2009 (23,31% en 2014 et 20,44% en 2015) Faible coordination des interventions en direction de la population et des grands centres urbains Absence d'instrument de mesure des progrès, ce qui ne crédibilise pas davantage les interventions Articulation partielle des interventions avec le Plan stratégique de Communication pour la prévention du VIH Insuffisance des moyens humains et matériels
Dépistage volontaire institutionnel et communautaire	Forces/Acquis	Opportunité avec formation des 4.000 agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) 970.856 tests de dépistage en 2015
	Faiblesses	Disparités régionales de couverture en centres de dépistage (62% d'institutions dans la zone métropolitaine et 22% dans le sud-est) Dépistage communautaire en cours d'expérimentation La stigmatisation et l'accessibilité géographique limitent le recours au test (50% des femmes et 69% des hommes n'ont pas fait de dépistage.

Promotion, distribution, ventre de préservatifs	Forces/acquis	Augmentation de la distribution des préservatifs (58 millions en 2015 sur financement PEPFAR) 59% des points de prestations de services offrent des préservatifs.
	Faiblesses	Régression du réseau commercial de vente dans le cadre du marketing social Non disponibilité du préservatif féminin depuis quelques années Absence d'efforts de marketing pour réintroduire le préservatif féminin Non disponibilité des gels lubrifiants pour les PS et les HARSAH
Circoncision masculine	Forces/Acquis	Effet protecteur partiel reconnu de la circoncision masculine dans la transmission du VIH/sida au cours des rapports hétérosexuels. Existence d'un nouveau dispositif non chirurgical (PrePex™) pour la circoncision des hommes adultes à des fins de prévention du VIH validé par l'OMS.
	Faiblesses	Insuffisance de personnel formé en matière de CCV Aucune promotion de la circoncision masculine et/ou de projet d'intervention Absence d'intégration de la circoncision masculine dans le cadre de la prévention combinée
Approvisionnement en sang sûr	Forces/Acquis	Existence de normes avec 5 marqueurs biologiques dont le VIH et la Syphilis Standardisation des procédures de collecte, stockage, distribution du sang et dérivés
	Faiblesses	Faiblesse de la collecte de sang (31,5% de l'objectif soit 25.234/80.000 Taux de séropositivité importante (0,9%)
Prévention du VIH/SIDA dans les lieux de travail	Forces/Acquis	Mise en œuvre des manufacturières à Port-au-Prince (15 ouvriers)
	Faiblesses	Discontinuité des interventions Non prise en compte des harcèlements sexuels et pression à l'embauche dans les thématiques
Prévention des AES en milieu médical, paramédical et autres milieux professionnels et PPE en cas de viol	Forces/Acquis	Existence de normes de prise en charge du VIH qui prévoient la Prophylaxie Post Exposition (PEP) en cas d'accident d'exposition au sang et produits sanguins en milieu de soins (AES) et en cas de viol Disponibilité des kits dePPE au niveau des points de prestation de services. Prise en charge de 1509 femmes/jeunes filles victimes de violences sexuelles
	Faiblesses	Méconnaissance de la disponibilité des kits dePPE au niveau des points de prestation de services. Système de référence des cas d'AES non clairement défini pour les professionnels de santé. Faible disponibilité des boîtes de biosécurité. Problématique de la gestion des déchets sanguins. Difficultés de recours aux services de santé par les victimes de violences sexuelles.
Prise en charge des IST	Forces/Acquis	Une bonne diffusion de l'approche syndromique dans les centres de santé La disponibilité et la mise en application des normes de prise en charge de la femme enceinte VIH (+) et de la syphilis La disponibilité de fonds pour l'infection à VIH et la syphilis, pour l'appui aux médicaments et à certains tests de laboratoire. Un appui technique de certaines agences des Nations Unies (OPS/OMS) à la gouvernance Des prestataires de soins formés et sensibilisés à la problématique des IST. Prise en charge des IST au niveau des différentes cliniques (clinique externe, OB/GYN, urologie...) et Services gratuits. Prise en charge des IST intégrée au paquet de soins primaires, Counseling des patients pour amener les partenaires à des fins de prise en charge Traitement envoyé aux partenaires par les patients ou des pairs éducateurs, Distribution de préservatifs à la population, incluant les populations clés (TS/ HSH) Dépistage et traitement systématique des femmes enceintes vis-à-vis de la syphilis et de l'infection à VIH Laboratoires équipés disposant de source d'énergie avec du personnel formé au dépistage de la syphilis, de l'infection à VIH et de certaines IST, Existence d'un réseau de laboratoire disposant de machine GeneXpert pour réaliser le diagnostic étiologique des IST Capacité à utiliser la microscopie, Conditions réunies au niveau des laboratoires des centres d'excellence et des hôpitaux départementaux qui disposent d'un personnel formé et d'équipements (incubateur CO2 de congélateur à -70o C) pour la réalisation des tests de résistance Capacité de certains laboratoires à effectuer les tests de résistance aux antimicrobiens. Disponibilité de personnel formé, dédié à la saisie des données au niveau des sites, et à la révision des données Système d'information fonctionnel, notification régulière des données de sérologies positives pour l'infection à VIH et la syphilis au niveau central et départemental. Engagements du pays pour la triple élimination : VIH/Syphilis congénitale et Hépatites B et C Volonté du pays à disposer de l'information relatifs aux hépatites virales B et C. Dépistage systématique des pochettes de sang pour l'hépatite B et C Existence d'un programme national de vaccination contre les hépatites chez les enfants de 0-5 ans Réalisation du dépistage de l'hépatite B dans certaines institutions : GHESKIO, HUM etc.

	Faiblesses	<p>La non-actualisation de l'algorithme de prise en charge (2005).</p> <p>Faible connaissance de l'ampleur réelle des IST et pas de diagnostic étiologique des IST autre que la syphilis.</p> <p>Un manque de diffusion des normes au niveau de certaines institutions,</p> <p>L'absence d'une définition de cas pour la syphilis congénitale, définition que l'OMS recommande,</p> <p>Un manque de coordination entre les niveaux central, départemental et institutionnel</p> <p>Un besoin en formation des prestataires sur les IST</p> <p>Circuit des patients compliqué, temps d'attente trop long, manque de communication entre les médecins et le laboratoire, barrière financière, Faiblesse du système de recherche des partenaires sexuels, stigmatisation et discrimination au niveau de certaines communautés, Rupture de stock de causes multiples et barrière financière importante pour l'achat des médicaments,</p> <p>Prise en charge de la syphilis congénitale non systématique au niveau d'un grand nombre d'institutions, ou plutôt non-notification du diagnostic de syphilis congénitale.</p> <p>Rupture de stock de benzathine pénicilline au niveau de certaines institutions pour le traitement de la syphilis, pas de pénicilline-procaïne, gratuité seulement pour certaines catégories de patients (ceux dans les programmes VIH).</p> <p>Pas d'entretien des équipements de laboratoire.</p> <p>Dépendance vis-à-vis des bailleurs pour le financement en général, les intrants et les équipements de laboratoire : les GeneXpert sont sous-utilisés au niveau des sites et les réactifs pour IST propres à la machine ne sont pas disponibles.</p> <p>Non-respect des règles de biosécurité au niveau de certains laboratoires.</p> <p>Le système ne permet pas la collecte des données sur les IST ventilées par syndrome ou par étiologie.</p> <p>Aucune information sur le traitement accordé au syndrome ou à l'IST</p> <p>Analyse non systématique et faible utilisation des données pour la prise en charge et la prise de décision.</p> <p>Prise en charge des Hépatites B et C non systématique en l'absence des médicaments appropriés</p> <p>L'absence de financement spécifique pour les IST dans un cadre holistique et universel en fonction des objectifs spécifiques et peu de ressources pour répondre aux problématiques des hépatites B et C.</p> <p>Absence d'un système d'information, d'un plan de surveillance et de directives relatives aux Hépatites B et C.</p>
Prévention chez les groupes clés	Forces/Acquis	<p>Existence de programme avec paquet combiné en direction des PS (5 départements : Ouest, Artibonite, Nord et Nord Est), des HARSAH (sensibilisation et distribution de préservatifs)</p> <p>Existence d'un programme pour le milieu carcéral (15.000 prisonniers, prévalence 4,6%), alliant VIH et TB</p> <p>12,5% des écoles ont incorporé des cours d'éducation sexuelle dans leur curriculum¹³</p> <p>En 2015 : 48.024 HARSAH et 38.909 PS touchés</p>
	Faiblesses	<p>Non clarification complète de la taille de la population des PS.</p> <p>Non couverture du pays par le programme PS.</p> <p>La disponibilité et de l'accès des condoms et lubrifiants pour les PS n'est pas totalement résolue.</p> <p>Discrimination (voir auto stigmatisation) en direction des HARSAH limitant leur recours aux services.</p> <p>L'appui psycho-sociale reste limité pour les HARSAH (peu de personnel en éthique et respect des droits humains)</p> <p>Difficultés d'accès pour les HARSAH au dépistage du VIH et aux soins</p> <p>Programme en direction des prisonniers limité à la capitale et quelques grandes villes</p> <p>Diminution des activités en direction des jeunes.</p> <p>Médicalisation progressive du programme jeune qui a entraîné recul important de certaines organisations d'implémentation y compris des associations de PVVIH impliquées dans les interventions de CCC et de prévention primaire.</p> <p>Dans un contexte de décrochage scolaire fréquent, peu de stratégies adressent les jeunes non scolarisés.</p> <p>Faible accessibilité des jeunes de moins de 18 ans (jeunes filles/mères) aux services de santé sexuelle et reproductive sans accord des parents.</p> <p>Programmes limités de Prévention Préexposition ciblant les groupes clés.</p> <p>Approche limitée de prévention combinée de l'infection à VIH ciblant les groupes clé associant une utilisation correcte et régulière des préservatifs masculins et féminins, une réduction du nombre de partenaires sexuels, la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque telles que les rapports sexuels sans pénétration, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la fourniture d'un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH.</p>

Les priorités d'interventions pour la période 2018-2023 seront les suivantes :

¹³ PSNM 2012-2015 révisé avec extension jusqu'à 2018.

Domaines	Interventions prioritaires
CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre la stigmatisation en population générale. • Mettre l'accent sur le dépistage communautaire pour accroître l'offre et l'accès. • Mettre en place un mécanisme innovant pour maintenir la CCC au sein des communautés.
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le dépistage en milieu communautaire. • Renforcer le dépistage mobile/avancé afin d'améliorer l'accessibilité. • Augmenter l'efficacité du dépistage.
Préservatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser le marketing social, y compris pour le préservatif féminin. • Rendre disponibles les gels lubrifiants pour les PS et les HARSAH.
Transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités de recrutement et de fidélisation des donneurs de sang. • Renforcer l'accompagnement et la réduction des risques chez les donneurs de sang.
VIH en milieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un cadre de mobilisation des ressources financières auprès du secteur privé, en vue d'élargir les interventions (zones et thématiques). • Elaborer et mettre en œuvre un programme combiné pour le milieu de travail.
Prévention des AES	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la disponibilité des outils/matériels de sécurité. • Mettre en place des directives pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle, incluant un système efficace de référence. • Assurer une communication efficace sur la PPE auprès des populations et des professionnels de santé.
Prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> • Repositionner les IST dans le contexte de la prévention combinée VIH/SIDA • Réviser le manuel de prise en charge des IST (y compris les hépatites B et C) et les définitions de cas. • Développer des mécanismes pour la relance des femmes enceintes testées positives pour la syphilis et de leur partenaire. • Augmenter l'accessibilité financière aux populations des services de prise en charge des IST. • Renforcer la qualité des services de prise en charge des IST. • Renforcer la sensibilisation communautaire, en impliquant les agents de santé communautaire polyvalents dans la recherche des patients et des partenaires, • Mettre en place un dispositif national de couverture et d'accès universel aux médicaments contre les IST prioritaires. • Développer la mise en réseau des laboratoires des centres d'excellences avec les laboratoires de moindre capacité des autres sites pour étendre le diagnostic étiologique et améliorer la qualité des tests. • Développer et mettre en œuvre un plan de surveillance des IST y compris les Hépatites B et C (la DERL). • Surveiller, suivre, contrôler et prendre en charge les infections dues aux VHB et VHC au sein des populations cibles. • Vacciner contre l'hépatite B les travailleurs de santé en contact avec le sang et ses dérivés et les populations clés. • Renforcer les laboratoires institutionnels en matière de dépistage de laboratoire des VHB/VHC.
Prévention chez les groupes de populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'extension des programmes spécifiques : jeunes (surtout jeunes filles/jeunes mères extrascolaire), Prisonniers, PS, HARSAH sur la base des leçons apprises. • Renforcer la lutte contre la stigmatisation/ discrimination et l'auto-discrimination à l'égard des populations clés. • Rendre disponible et accessible les préservatifs et gels lubrifiants. • Renforcer l'appui psychosocial aux populations clés, avec un accent sur l'éthique et le respect des droits humains. • Renforcer les capacités des organisations communautaires pour leur permettre de mieux cibler les jeunes, tout en prenant en compte la question de la sexuelle et reproductive. • Renforcer le plaidoyer auprès des parents et leaders d'opinion pour l'autonomisation des jeunes en matière de recours aux services de sexuelle et reproductive • Médicaliser la prévention primaire chez les groupes clés. • Mettre en œuvre au sein des groupes clés (HSH, personnes à risque) la circoncision masculine volontaire. • Mettre en œuvre au sein des groupes clés (HSH, PS, personnes à risque) la prophylaxie préexposition (PrEP). • Adopter l'approche de prévention combinée au niveau des populations clé.

➔ Le programme de prévention (impact 2)

Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à 2018	Effet 2.1. : Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à 2018.
	Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.
	Effet 2.3 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives fréquentant les CPN reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2018.
	Effet 2.4 : 100% des nouveau-nés de mères infectées bénéficient de la prise en charge d'ici à 2018.

Cet axe couvre un aspect de prévention secondaire portant sur la réduction de la transmission mère enfant du VIH, à travers (i) la prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer, (ii) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par l'utilisation de méthodes contraceptives, (iii) la mise sous traitement ARV de toutes les femmes enceintes séropositives fréquentant les CPN pour diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et garder la mère en vie, telle qu'actuellement défini dans l'option B plus (B+) adoptée par Haïti et (iv) le diagnostic précoce du VIH et la prise en charge précoce du nouveau-né né d'une mère séropositive. Pour assurer l'amélioration de l'utilisation des services PMTE et diminuer la déperdition des femmes dans la cascade du continuum des soins dans la PTME, des stratégies d'implication de la communauté et particulièrement des partenaires masculins sont envisagés.

Aspects d'analyse	Contenu	
Prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer	Forces/Acquis	Quelques activités de prévention avec l'initiative « All In » Orientation des femmes en âge de procréer vers les cliniques prénatales et les services de dépistage de la syphilis et du VIH.
	Faiblesses	Absence de stratégie claire de mise en œuvre pour ce volet.
Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par l'utilisation de méthodes contraceptives	Forces/Acquis	Distribution des préservatifs et contraceptif dans les points de prestation de services aux femmes séropositives Forte désir d'enfant chez les femmes séropositives (35% chez celles sous TARV et 22% chez celles non sous TARV).
	Faiblesses	Manque d'information sur les désirs de grossesse chez les femmes enceintes séropositives.
Traitement ARV chez les femmes enceintes séropositives fréquentant la CPN	Forces/Acquis	202.115 femmes enceintes testées pour le VIH en 2017, soit 58% de l'ensemble des femmes enceintes attendues dans le pays en CPN (avec prévalence de 1,14%) Selon les données programmatiques du PNLS, la couverture en ARV des femmes enceintes vivant avec le VIH a progressé de 67,1% (4.567 / 8.921) en 2015 à 98% (4.453 / 4.535) en 2017 Analyse de la cascade de PTME : taux de TME du VIH résiduel de 4,8% en 2017, (cible de 2,3% prévues par le PSNM)
	Faiblesses	Déperdition importante en ce qui a trait à l'accouchement des femmes en milieu hospitalier (30% des femmes accouchent en milieu hospitalier, mais plus de 95% ont une visite prénatale au moins). Seulement 58% de l'ensemble des femmes enceintes attendues dans le pays en CPN bénéficient du dépistage VIH La couverture en ARV estimée des femmes enceintes vivant avec le VIH est de 70% [55-86]
Diagnostic précoce du VIH et prise en charge précoce des nouveau-nés de mère séropositive	Forces/Acquis	2 laboratoires réalisent la PCR 4.315 enfants exposés ont bénéficié d'au moins 1 PCR diagnostique en 2017, parmi lesquels 3.787 nés la même année
	Faiblesses	Taux de séropositivité chez les enfants exposés de l'ordre de 4,38% Le taux estimé d'enfants exposés bénéficiant d'une PCR à visée diagnostique est seulement de 40% [32 - 50]

Au sein de ce volet, les estimations concernant l'atteinte des cibles PTME étaient les suivantes :

- 76% des femmes enceintes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH au cours de leur grossesse durant l'année 2017 ;
- 70% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un traitement ARV ;
- 40% des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un dépistage du VIH par PCR.

Les interventions sur lesquelles l'accent devrait être mis pour la période 2018-2023 sont les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires
Prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> • Etendre le programme « All In » aux jeunes filles et jeunes femmes.
Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par l'utilisation de méthodes contraceptives	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un plan de renforcement de la prévention positive, dignité pour les PVVIH incluant des aspects de SR.
Traitement ARV chez les femmes enceintes séropositives fréquentant la CPN	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la mise en œuvre en cours de la stratégie tester et traiter pour les femmes enceintes.
Diagnostic précoce du VIH et prise en charge précoce des nouveau-nés de mère séropositive	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le test PCR dans les laboratoires institutionnels des centres de prestations de service du pays.

➔ Le programme de prévention (impact 3)

Impact 3 : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 90% d'ici à fin 2018	Effet 3.1 : d'ici à 2018, au moins 90% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.
	Effet 3.2 : le taux de décès patients coinfectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.
	Effet 3.3 : Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services soc aux de base d'ici à 2018.

Cet impact englobe les interventions portant sur (i) la prise en charge médicale et psychologique des personnes infectées par le VIH (assistance/conseil individuel et pour les partenaires sexuels, la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge à l'ARV pour toutes les personnes éligibles, le suivi biologique de qualité), (ii) la prise en charge de la coinfection VIH/TB, (iii) la prise en charge des OEV, (iv) la prise en charge psychosociale et l'intégration prioritaire des PVVIH et des familles affectées en difficulté dans les programmes sociaux et d'assistance publique supportés par l'État Haïtien et ses Partenaires Nationaux et Internationaux, (v) la communication pour la promotion et l'utilisation adéquate des services de prise en charge thérapeutique, (vi) la lutte contre la discrimination et la stigmatisation, (vii) le soutien socioéconomique aux PVVIH et les actions de renforcement de l'autonomie des femmes et filles et (viii) le support nutritionnel aux PVVIH.

Aspects d'analyse	Contenu
Prise en charge et traitement ARV des PVVIH	Forces/Acquis <ul style="list-style-type: none"> • 181 sites fonctionnels de prise en charge du VIH, avec 93.707 adultes traités par ARV, dont 61,5% de femmes • 21.643 nouvelles initiations de traitement ARV en 2017 (85% des cas notifiés de PVVIH) • Couverture des besoins estimée à 64% (74% chez les femmes adultes, 52% chez les hommes adultes) ; couverture de 78% par rapport aux cibles PSNM • Manuel de prise en charge révisé en 2016 avec prise en compte des recommandations OMS / stratégie « tester et traiter » • Existence d'un guide de prise en charge pédiatrique depuis novembre 2015 • Existence de différents dispositifs de rappels (SMS, pairs-conseillers, suivi communautaire) pour l'observance et la recherche des perdus de vue
	Faiblesses <ul style="list-style-type: none"> • 15% des nouveaux cas dépistés ne rentrent pas dans les soins • Faiblesse de la rétention à 12 mois mesurée à 66% [54,7-74,9] en 2017, avec forte déperdition dans les 6 premiers mois d'enrôlement au TARV ; aucune région n'atteint le seuil de 75% • Faible couverture en ARV des moins de 15 ans (50% en 2017) • Suivi biologique défaillant, avec 10% des PVVIH bénéficiant d'une charge virale en 2017 (n= 17.087) • 55% des patients testés en CV avaient une charge virale supprimée en 2017
Prise en charge de la coinfection TB/VIH	Forces/Acquis <ul style="list-style-type: none"> • Au total 9.999 patients tuberculeux suivis dans les CDT ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH, dont 11,2% confirmés positifs (soit un total de 1.124 patients, contre 1.445 patients - 13% - en 2015). Au total 1.371 nouveaux PVVIH ont été diagnostiqués comme souffrant d'une TB en 2017. • Intensification de la détection de tous les cas de TB et le contrôle de l'infection TB dans les structures sanitaires en assurant la référence des patients à l'intérieur des PPS entre les services TB et ARV • Mise en route de la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH
	Faiblesses <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de patients TB testés a représenté seulement 50% des 18.285 patients TB attendus pour dépistage VIH en 2017 (cibles PSNM), mais 75% selon les

		données du PNLT pour 2017 <ul style="list-style-type: none"> • 66,5% des patients TB/VIH dépistés ont été traités par ARV (747/1124), mais 85% selon les données du PNLT pour 2017 • Intégration insuffisante des programmes au niveau central • Faible collaboration entre CT du PNLT et PNLS
Prise en charge des OEV	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien de PEPFAR pour les OEV (55.632 en 2015) • Accompagnement juridique dans certaines institutions
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de normes de prise en charge des OEV • Financement essentiellement assuré par Fonds mondial et PEPFAR
Prise en charge psychosociale et intégration des PVVIH	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de normes de prise en charge psychosociale
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Faible nombre de partenaires • Nombre limité de travailleurs sociaux et de psychologues • Non disponibilité de données
Communication pour l'utilisation adéquate des services de prise en charge thérapeutique	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisé par les partenaires avec l'appui des DSD
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de données pour apprécier la pertinence
Lutte contre la stigmatisation et discrimination	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre légal de protection des droits humains et de protection des familles, des jeunes et des femmes et des enfants
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de coordination des interventions • Faible mise à contribution du cadre légal • Absence de loi spécifique pour la protection des personnes infectées et des familles affectées
Soutien socioéconomique aux PVVIH et actions de renforcement de l'autonomie des femmes et filles		<ul style="list-style-type: none"> • Non exécuté
Support nutritionnel aux PVVIH	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Redéfinition par le PAM des groupes cibles avec des nouvelles approches • Appui du Fonds mondial en 2016 pour ce volet
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion des patients tuberculeux

- l'estimation concernant le 2ème 90 (proportion des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique qui reçoivent un traitement ARV) était de 64% en fin 2017 (65% pour les >15 ans et 50% pour les <15 ans).
- un total de 21.382 nouvelles initiations de traitement ARV a été enregistré durant l'année 2017 (dont 20.656 chez les 15 ans+ et 726 chez les <15 ans).
- Le taux de rétention dans les soins enregistré était de seulement 68% après 12 mois de traitement ARV en 2017.
- Seulement 50% des patients tuberculeux auraient bénéficié d'un dépistage du VIH selon le PNLS (75% selon le PNLT) et 66,5% des patients co-infectés par le VIH et la Tuberculose auraient démarré les ARV (85% selon le PNLT).

L'estimation du nombre des décès liés au VIH évités grâce au traitement ARV était de 4.900 en 2017

Les interventions prioritaires à prendre en compte pour les prochaines années sont les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires
Prise en charge et traitement ARV des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre un plan de passage à l'échelle de la charge virale. • Renforcer le dispositif communautaire et technologique pour l'observance et la rétention
Prise en charge de la coïnfection TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un cadre fonctionnel de collaboration TB/VIH. • Développer les outils de coordination de la coïnfection TB/VIH.
Prise en charge des OEV	<ul style="list-style-type: none"> • Finaliser les normes de prise en charge des OEV, incluant la résilience.
Lutte contre la stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le cadre légal avec la loi protégeant les PVVIH contre la stigmatisation et la discrimination. • Renforcer les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
Support nutritionnel aux PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les patients co-infectés TB/VIH.

→ Le programme de prévention (impact 4)

Impact 4 : d'ici 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable	Effet 4.1. : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici à 2018.
	Effet 4.2. : d'ici à 2018, 10% des femmes survivantes de violences sexuelles seront en mesure de générer elles- mêmes leurs revenus grâce à l'acquisition de nouvelles capacités professionnelles.

L'amélioration des conditions socio-économiques des groupes en difficulté (les jeunes, les femmes, autres groupes sociodémographiques vulnérables) et des PVVIH ; La réduction de la discrimination et de la stigmatisation vis-à-vis des groupes à risque ou des PVVIH ; La réduction des violences faites aux femmes et la lutte contre les inégalités basées sur le genre ; La promotion de l'amélioration du dispositif de protection judiciaire de la population en générale, des PVVIH et des groupes clé en particuliers (LGBTI, PS) contre toutes formes de discrimination et de violences dans tous les domaines de la vie civile.

Aspects d'analyse		Contenu
Lutte contre la stigmatisation/ discrimination et environnement favorable	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Plaidoyer avec le secteur privé et public pour l'adoption de codes de bonnes conduites et éthiques en milieu professionnel (personnel soignant, monde de l'enseignement)
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Interventions non mise en œuvre Persistance de la discrimination/stigmatisation (23% chez les hommes contre 12% chez les femmes)

Les interventions prioritaires pour les prochaines années devront consister à :

- Développer un plan de communication pour réduire la stigmatisation discrimination, notamment au niveau des enfants et adolescents vivant avec le VIH.
- Renforcer le leadership et les attitudes positives chez les PVVIH, en particulier les jeunes et adolescents.

→ Le programme de prévention (impact 5)

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

Divers éléments devraient concourir à l'atteinte de cet impact, à savoir (i) la construction de la pérennité des interventions, (ii) le développement d'un cadre juridique global et d'un environnement favorable à la protection des droits des PVVIH et des femmes et des filles, (iii) la construction du cadre de gestion des services visant l'accès universel à la prévention et la prise en charge thérapeutique de qualité, intégrés dans le dispositif sanitaire national, en connexion avec les organisations sociales et communautaires, (iv) le système de suivi et évaluation et la production de l'information stratégique en général, (v) le système de gestion de l'approvisionnement, (vi) la gestion des ressources humaines selon l'approche de contractualisation basée sur les résultats, (vii) l'implication et le renforcement du système communautaire, (viii) le développement du réseau de laboratoires réalisant le diagnostic et le suivi biologique du VIH/SIDA, (ix) le renforcement et la réorientation de la multisectorialité, (x) le renforcement de la Gouvernance du PNLS, (xi) le renforcement du sous-système de suivi et d'évaluation et (xii) le renforcement du système d'approvisionnement en Intrants

Aspects d'analyse		Contenu
Construction de la pérennité des interventions	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Existence de financement de l'Etat et des partenaires Mobilisation globale de ressources de 110.600.638 \$ en 2016 (en baisse significative, avec 137.722.259 \$ en 2014 et 127.773.951 \$ en 2015), dont 107.207.808 \$ provenant des bailleurs, pour un besoin prévu de 211.049.967 \$ dans le PSNM (soit une mobilisation de 52,4% des financements nécessaires) Contribution de l'Etat au financement domestique de la lutte contre le VIH chiffré à 3.392.830 \$ en 2016, soit 3,07% de l'investissement total
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Non augmentation de la contribution de l'Etat Non élaboration du plan de mobilisation des ressources
Développement d'un cadre juridique global et environnement favorable à la protection des PVVIH	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Signature des conventions des Droits de l'Homme Existence d'une loi sur le viol et les violences sexuelles Existence d'institutions s'occupant des droits des enfants (IBERS) et de protection des droits des citoyens
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Non adoption du document légal soumis au parlement Faible capacité des dispositifs actuels à diminuer la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des minorités sexuelles LGBTI, HARSAH et PS
Construction d'un cadre de gestion des services visant l'accès universel	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un réseau de 4.000 ASCP
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Non formation des ASCP pour la prise en charge communautaire des PVVIH Seulement 40% des ASCP prévus sont en place
Système de suivi évaluation et production d'informations stratégiques	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des plateformes MESI et I-Santé par les points de prestation des services Renforcement de la plateforme SALVH Mise en place d'un comité national de contrôle de la qualité des données (CNQD) Introduction de l'empreinte digitale informatisée dans le processus d'identification des patients ainsi que du tracking communautaire
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Promptitude de disponibilité des données et fiabilité Non mise en œuvre du plan de Suivi et Evaluation du PNLS élaboré
Système de gestion de l'approvisionnement	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un système unique d'approvisionnement pour les médicaments ARV (PEPFAR et Fonds Mondial) Non taxation des produits médicaux. Bonne disponibilité des intrants (96% pour les ARV de 1ère ligne).
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Absence de suivi de l'utilisation et le contrôle de la qualité des prescriptions Faible attention sur le contrôle et assurance qualité par le MSPP. Parallélisme du système d'approvisionnement et questionnement sur sa pérennité.
Contractualisation basée sur les résultats et gestion des ressources humaines	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Formation du personnel du niveau central, périphérique et des sites de prise en charge sur les différentes thématiques VIH. Institution d'incitation pour les fonctionnaires du public impliqués, mais en cours de diminution ou de suppression.
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Postes non pourvus dans l'organigramme du CT du PNLS. Absence d'un vrai plan de développement des ressources humaines. Majorité des cadres composés de contractuel payés par les partenaires. Non application de l'approche basée sur les résultats.
Implication et renforcement du système communautaire	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Inscrit dans le cadre d'une réforme global du MSPP
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Agents de Santé Communautaire Polyvalents non encore formés et en quantité insuffisante pour une couverture nationale du programme.
Développement du réseau de laboratoires pour le diagnostic et suivi biologique	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Existence de laboratoires institutionnels faisant le dépistage du VIH/sida
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Limitation au niveau de l'équipement des laboratoires et des capacités de réaliser le suivi biologique des patients. Système de qualité du diagnostic et du suivi biologique à mettre en place.
Renforcement et réorientation de la multisectorialité	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> Inexistence d'une structure de gouvernance stratégique de la riposte nationale au VIH/SIDA et d'un cadre institutionnel pour la multisectorialité intégrant les acteurs sectoriels et les partenaires au développement. Insuffisance de synergies entre les différentes interventions. Faiblesse des réseaux de coordination communautaire. Intérêt de certains partenaires sectoriels pour la lutte contre le VIH. Volonté d'intégration de certains secteurs à la lutte contre le VIH émanant du secteur santé.
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> Faible motivation des partenaires sectoriels. Absence d'une structure de gouvernance stratégique du PNLS. Intégration inexistante des activités de lutte contre le VIH dans les interventions des autres secteurs.

Gouvernance du PNLS	Forces/Acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la CT du PNLS • Disponibilité de financement externe pour le programme national de lutte contre le VIH/SIDA • Un système d'information pour le VIH/SIDA fonctionnel • Un système d'approvisionnement en intrants et médicaments fonctionnel • Une gouvernance départementale de la lutte contre le VIH/SIDA disponible
	Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Non mise en œuvre des autres groupes de coordination et de gestion, ainsi que des interventions y relatives • Absence de mécanisme national consensuel pour la gestion des fonds entre les bailleurs, le MSPP et les autres acteurs • Un alignement insuffisant de l'aide externe sur les priorités nationales en matière de lutte contre le VIH/SIDA • Insuffisance de coordination et de contrôle de la gestion des fonds mobilisés. • Un système de gestion de l'approvisionnement pour les intrants du programme totalement dépendant de l'aide externe (ARV, médicaments IST, préservatifs, intrants diagnostics etc.) • Un cadre juridique inexistant • Une stratégie communautaire de la lutte contre le VIH limitée par le manque de ressources en particulier le manque d'ASCP.

2.2.2 La gestion du suivi évaluation

Le système de suivi et évaluation en Haïti comprend essentiellement une composante programmatique permettant de suivre la mise en œuvre des interventions au niveau des points de prestations de service. Les statistiques de services remontent par l'intermédiaire de trois plateformes informatiques : MESI pour les données de rapportage institutionnel mensuel, I-Santé pour les données primaires des dossiers médicaux informatisés des patients VIH+ et SALVH pour les données de notification épidémiologique.

Sous la coordination de la CT du PNLS, plusieurs institutions interviennent dans différents domaines du suivi et de l'évaluation du programme : NASTAD travaille dans le domaine de la surveillance épidémiologique ; CDC, Solutions, la CT du PNLS sur le suivi programmatique et la gestion des bases de données. L'UGP-MSPP/PEPFAR héberge les serveurs des bases de données nationales MESI et I-Santé. Les entités centrales du Ministère qui ont un mandat clair en rapport avec la production de l'information tel que la DERL et l'UEP n'interagissent que de manière très marginale avec la CT du PNLS et les autres entités centrales en ce qui a trait aux données VIH dans le pays.

La CT du PNLS a développé un grand nombre d'outils de gestion du programme servant à la collecte des données primaires et à leur rapportage (dossier médical, registre ARV, registre VCT etc.). La disponibilité de ces outils au niveau des PPS et des structures de gestion reste un enjeu pour le programme. La tendance globale est vers l'informatisation progressive des nombreux outils avec l'introduction récente des empreintes digitales et du tracking communautaire utilisant largement l'outil informatique (tablette, logiciels etc.) pour l'identification des patients et la récupération des perdus de vue.

La qualité des données est un domaine également précis sur lequel de grands changements ont été obtenus avec la vérification systématique de toutes données produites soit en première intention (au niveau des PPS même) et/ou en deuxième intention (par les niveaux de gestion des réseaux de soins, des DSD et le niveau central du MSPP voire les bailleurs de fonds). La validation des données en première intention se réalise au niveau des centres de prestations de services en particulier ceux qui ont intégré la démarche d'amélioration continue de la qualité HIV-QUAL et Health-QUAL. Quant à la validation de seconde intention, elle se fait au niveau départemental avec les DSD, les partenaires d'implémentation (GHESKIO, PIH/ZL, UGP/MSPP/PEPFAR etc.) et la CT du PNLS.

Réalisations du PNLS de 2017 comparé aux cibles du cadre de performance du PSNM pour 2017

Indicateurs	Cibles PSNM	Réalisations	Performance (%)
Nombre de jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH	2 247 015	41 016	8,7
Nombre de jeunes non scolarisés touchés par la CCC	219 484		
Nombre de cas d'accidents post-exposition (soins et violences sexuelles) pris en charge	1 600	1 535	96
Nombre de condoms masculins distribués	68 346 838	69 713 339	100
Nombre de Flacons de lubrifiants distribués	316 057	1 821 742	100
Nombre de cas d'IST traités selon l'approche syndromique	731 614	116 382	16
Nombre de personnes faisant le test de dépistage du VIH (femmes enceintes exclues) et qui connaissent leur résultat	5 023 440	1 164 074	23,17
Nombre de HARSAH faisant le test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	100 000	36 274	36,27
Nombre des professionnelles du sexe faisant le test de dépistage et qui connaissent leur résultat	386 727	46 070	12
Nombre d'hommes de 15-49 ans et de nouveau-nés qui ont été circoncis dans le cadre du paquet minimum de service de prévention du VIH	62 500		
Nombres de HARSAH touchés par la CCC	60 000	76 732	100
Nombre de PS touchés par la CCC	120 000	85 022	70,8
Nombre de Prisonniers touchés par la CCC	10 000	9 500	95
Nombre d'hommes/femmes en uniforme touchés par la CCC	10 000	1 047	10,47
Nombre de populations mobiles (camionneurs, Madan Sara, etc.) touchés par la CCC	54 871		
Nombre de tradipraticiens touchés par la CCC	3 292		
Nombre de Travailleurs du secteur privé formel et informels touchés par la CCC	16 461		
Nombre d'unités de sang sécurisées, testées pour les marqueurs de maladies transmissibles produits.	65 845	28 000	42,52
Nombre de cas d'exposition au VIH en milieu de soins ayant bénéficié d'une prophylaxie post-exposition au VIH.	219	549	100
Nombre de femmes et jeunes filles survivantes de violence sexuelle basée sur le genre qui ont un accès au PEP kit	2 195	986	45
Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	323 212	202 115	62,53

2.2.3 La mobilisation et la gestion des ressources financières

Il n'existe pas de panier unique de financement pour le VIH en Haïti. Les principaux bailleurs de fonds ont développé de manière parallèle et indépendante leur propre structure de gestion de fonds (UGP et divers autres ONG (MSH, LMG etc.) pour PEPFAR et PSI/OHMASS pour le Fonds Mondial). De ce fait tous les processus de gestion financière des fonds dédiés à la lutte contre le VIH/sida en Haïti sont différents que l'on considère les méthodes de sélections des organismes de mise en œuvre, ou celles relatives à la réalisation des audits programmatiques et financiers.

La volonté du Ministère de la Santé exprimée au cours de la période 2012-2022 de constituer un panier unique de financement pour tous les programmes ne s'est pas matérialisée dans le cadre du montage d'une Unité de Contractualisation prévue dans le cadre de sa nouvelle loi organique. L'Unité de gestion de projet MSPP/PEPFAR (UGP), entité mixte qui gère les fonds de PEPFAR destiné au secteur public, est néanmoins devenue le point de chute de fonds destinés à plusieurs projets santé du MSPP (Banque Mondiale, cholera etc.). Elle offre les garanties nécessaires en termes de bonne gestion, de transparence et de bonne gouvernance pour PEPFAR et le MSPP depuis 10 ans.

La gestion financière des fonds du Fonds Mondial destinés à la lutte à la riposte au Sida est confiée à une ONG, PSI/OHMASS, dans un cadre devenu très contraignant de mobilisation de ces fonds, Haïti étant sous un dispositif de tutelle de Genève pour la réalisation des dépenses liées aux programmes que soutient le Fonds Mondial depuis le tremblement de terre de 2010.

En l'absence de rubrique spécifique adressant la lutte contre le VIH au niveau du budget de la république, les fonds publics dédiés au VIH sont comptabilisés dans les dépenses de salaires des fonctionnaires et des prestataires de services au sein des centres de prestations publiques appartenant à l'état haïtien. Ces fonds sont gérés par le trésor public et le MSPP. Les autres sources de financement du programme VIH en Haïti provenant de la coopération bilatérale ou multilatérale sont gérées directement par ces entités de manière non concertée avec le Ministère de la santé le plus souvent.

2.2.4 La gouvernance de la réponse nationale

Les responsabilités de la gestion programmatique sont partagées entre diverses entités du MSPP. Au niveau central la Coordination Technique du PNLS au sein de l'Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles se charge de la gestion stratégique du programme. La Direction de santé de la famille (DSF) est en charge de la gestion stratégique de la PTME dans un contexte où il n'existe pas une réelle coordination. D'autres structures centrales sont impliquées dans la lutte contre le VIH/sida tel que la Direction de promotion de la santé et de protection de l'environnement (DPSPE) pour la Communication, l'Unité d'études et de programmation (UEP) pour les informations sanitaires, la Direction d'organisation des services de santé (DOSS) pour l'organisation des services de santé, la Direction d'épidémiologie pour la surveillance épidémiologique.

Tous les acteurs reconnaissent en théorie la légitimité de l'autorité du MSPP en ce qui a trait à l'action sanitaire, mais dans les faits la CT du PNLS fait face à de nombreuses contraintes pour exercer son leadership.

En dépit de la multisectorialité des différents plans stratégiques élaborés, celle-ci n'arrive pas à se traduire en projets et actions concrets sur le terrain. Le niveau trop basement hiérarchisé de la CT du PNLS au sein du MSPP ne favorise pas réellement le développement de sa capacité à assurer la coordination de cette multisectorialité couvrant la réponse non médicale au VIH, malgré des actions substantielles qu'elle a adressées en faveur de la multisectorialité depuis 2015.

Le besoin d'un endossement plus fort du leadership de l'action sanitaire par le MSPP et les entités étatiques d'une façon générale, le respect moyen par les acteurs d'implémentation des orientations et des directives émanant de l'autorité sanitaire nationale et le faible intérêt manifesté par les autres secteurs pour une approche multisectorielle de la riposte au sida sont autant d'éléments contribuant à un affaiblissement de la gouvernance globale de la réponse nationale.

2.3 Principaux défis et orientations

<p>Question stratégique 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités et la fonctionnalité du système de santé permettent-elles de répondre aux défis suivants ? : • Elimination des nouvelles infections chez les enfants • Elimination des infections imputables à la transfusion sanguine et aux AES • Mise en œuvre de la stratégie « dépister et traiter » • Traitement des 95% des PVVIH dépistées • Suppression virale • Approvisionnement adéquat en intrants et une bonne logistique des intrants
--------------------------------------	--

En vue de répondre aux besoins de prise en charge de l'infection à VIH, le système de santé s'est continuellement et considérablement renforcé pour offrir une plateforme susceptible de répondre aux besoins, à la fois au niveau central qu'au niveau périphérique et décentralisé.

L'analyse de la base de données de rapportage qu'est MESI montre que le réseau de prestations de services s'est densifié au cours de ces dix dernières années :

- Les sites CDV sont 181 en décembre 2016 à rapporter sur la plateforme informatique MESI. Ce chiffre est en diminution par rapport aux années antérieures. L'étude EPSS relate un chiffre global de 356 sites ayant la capacité de réaliser le dépistage volontaire dans le pays ^{[1] [SEP]}
- Les sites PTME sont passés de 113 en 2008 à 145 en 2016 ^{[1] [SEP]}
- Les sites de soins palliatifs sont passés de 68 en 2008 à 161 en 2016
- Les sites ARV sont passés de 129 en 2013 à 161 en 2016¹⁴

¹⁴ MESI. <http://mesi.ht/index.aspx>

Les principales contraintes dont fait face le système de santé¹⁵ sont entre autres :

- Le déficit en ressources tant en qualité qu'en quantité, auquel s'ajoute les questions de motivation et de pérennisation des ressources actuelles ;
- L'insuffisance d'intégration des prestations, en l'occurrence celles de HIV et TB, obligeant à recourir à un système de référence/contre-référence non complètement fonctionnel ;
- La multiplicité des systèmes/circuit d'approvisionnement et de distribution et leur non alignement avec ceux du gouvernement, auquel vient s'ajouter la faiblesse du système de contrôle et d'assurance qualité ;
- La grande dépendance du financement de la santé de l'aide extérieur et la non mise en œuvre des réformes et innovations attendues, comme l'approche de financement basé sur les performances.

En matière de couverture institutionnelle, l'étude réalisée par le MSPP/IHE en 2013 (EPSS) montre qu'au niveau de l'ensemble des institutions de prestation de services du pays 39% offre des services de dépistage, 36 % des institutions de CPN offre des services de PTME et 14 % offre des services de prise en charge et de traitement ARV.

Au regard de cette situation, au stade actuel, les capacités du système de santé ne permettront pas de répondre avec qualité aux questionnements stratégiques- 1, sauf si des investissements conséquents et cohérents sont menés sur fond de dialogue institutionnel et partenarial cordial tourné vers la complémentarité, la pérennité et la résilience. Les interventions prioritaires à prendre en compte pour les prochaines années sont les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires
Construction de la pérennité des interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en œuvre un Plan de mobilisation des ressources, incluant le secteur privé. • Mettre en place un système de délégation des tâches et mentorat pour les prescriptions et le suivi des enfants, adolescents et adultes sous ARV.
Construction d'un cadre de gestion des services visant l'accès universel	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des ASCP sur les aspects de la riposte au sida, notamment la prise en charge communautaire.
Système de gestion de l'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des prestations. • Opérationnaliser une stratégie de contrôle et d'assurance qualité post-marketing des intrants. • Aligner et intégrer les systèmes d'approvisionnement parallèles avec celui du Gouvernement.
Contractualisation basée sur les résultats et gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le renforcement et l'harmonisation des stratégies. • Assurer le renforcement de la pérennité du financement de la contractualisation.
Développement du réseau de laboratoires pour le diagnostic et suivi biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un inventaire complet et une situation des appareils biomédicaux. • Elaborer et mettre en œuvre un Plan opérationnel laboratoires incluant la maintenance (préventive, curative) et le renouvellement du parc d'appareils biomédicaux. • Elaborer une stratégie pour les CD4 et la CV, incluant un circuit harmonisé de collecte, de transport et de rendu des résultats.

Question stratégique 2	<p>Les réponses communautaires et sectorielles permettent-elles de répondre aux défis suivants ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire des nouvelles infections dans la population générale et chez les populations clés. • Dépister 95% des personnes séropositives. • Réduire la stigmatisation discrimination. • Lutter efficacement contre les violences sexuelles et prendre en compte le genre. • Offrir un soutien adéquat au programme de traitement ARV. • 2 des 3 free (Start free, be free, aids-free)
-------------------------------	--

Les analyses indiquent que les systèmes communautaires (organisations nationales) dans le secteur de la santé haïtien sont reconnus pour leur engagement surtout dans la riposte au VIH. Leur implication dans la lutte contre la tuberculose est très marginale. Les organisations de la société civile interviennent dans les prestations de soins, le continuum de soins, les activités de promotion, de prévention et de plaidoyer. Cependant, on note que le système communautaire présente quelques faiblesses, comme :

- Les faibles capacités techniques des représentants des organisations de la société civile, ce qui affaiblit

¹⁵ Les détails sont consignés dans l'annexe 3

le plaidoyer et leur influence dans le plaidoyer national ;

- La faible capitalisation et valorisation de leurs acquis et bonnes pratiques ;
- La faiblesse de la concertation et de la coordination ;
- L'insuffisance et la précarité des ressources financières, ce qui ne permet de maintenir dans la durée les capacités et les interventions ;
- La faiblesse de l'offre de services en faveur des populations clés ;
- La faiblesse du suivi évaluation au niveau communautaire, ce qui a impact sur la capitalisation des résultats.

Au stade actuel, le système communautaire a besoin de devenir plus robuste pour permettre au pays de répondre aux défis de la question stratégique. Pour cela, les efforts recommandés devront se poursuivre, voire être renforcés. Il s'agit de :

Domaines	Interventions prioritaires
Implication et renforcement du système communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer le fonctionnement des organisations intervenant auprès des HARSAH, des PS, des jeunes et des PVVIH. • Renforcer les réseaux des organisations couvrant les HARSAH et les PS sur la base de la cartographie. • Renforcer le réseau de services adaptés au HARSAH et aux PS. • Renforcer la prise en compte des données non santé dans le système national d'informations. • Renforcer les capacités du système communautaire à : <ol style="list-style-type: none"> a. Offrir davantage les services de dépistage aux populations d'accès géographiques difficiles, tout en augmentant l'efficacité dans la détection des cas positifs. b. Mettre en œuvre la PTME communautaire. c. Lutter efficacement contre la stigmatisation/ discrimination à l'encontre des PVVIH et des populations clés. d. Lutter contre les violences sexuelles et prendre en compte le genre et l'équité. e. Offrir un cadre de réponse adéquate en faveur des jeunes filles et jeunes femmes dans le contexte de « All In ». f. Supporter la prise en charge des enfants et adolescents vivant avec le VIH, sous traitement ou non.

Questions stratégiques 3	<p>Le système de suivi évaluation en place ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répond-il aux principes des 3 Ones ? • Permet-il de capter toutes les informations avec qualité ? • Produire l'information stratégique nécessaire ?
---------------------------------	--

Le système de suivi évaluation en place, géré par différentes structures et prestataires permet au pays de disposer assez d'informations pour le suivi et l'appréciation des résultats et acquis de la mise en œuvre. Le système dans sa structure, organisation et fonctionnement actuel permet de disposer des informations de qualité.

Les interventions prioritaires suivantes s'avèrent importantes au cours des prochaines périodes :

Domaines	Interventions prioritaires
Système de suivi évaluation et production d'informations stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Parachever l'unification des systèmes de suivi évaluation • Elaborer et mettre en œuvre un Plan de suivi évaluation • Assurer le renforcement des stratégies pour la promptitude, la validité et la fiabilité des données

Question stratégique 4	<p>La gouvernance de la réponse nationale, sectorielle et décentralisée ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répond-elle aux principes des 3 Ones et du leadership national ? • Permet-elle de développer une réponse multisectorielle, inclusive, harmonieuse et complète ? • Permet-elle de mobiliser efficacement les ressources financières nécessaires ? • Permet-elle d'assurer une bonne redevabilité ?
-------------------------------	--

En matière de gouvernance de la réponse au VIH, le processus est resté inachevé. La mise en œuvre de la multisectorialité est restée dans certains domaines au stade des intentions, sans se traduire avec des actions et des investissements relevant de l'appropriation nationale de la riposte au sida. Les cadres légaux de renforcement de l'environnement favorable restent fragiles et incomplète en certains points.

La Coordination multisectorielle de lutte contre le VIH fait face à l'absence d'un cadre institutionnel national regroupant les acteurs multisectoriels, le manque de synergies entre les interventions des différents acteurs, la faiblesse des réseaux communautaires des partenaires et une faible appropriation par les autres secteurs de la problématique du VIH/sida.

C'est pourquoi, les interventions prioritaires pour les prochaines périodes devraient prendre en compte les aspects suivants :

Domaines	Interventions prioritaires
Développement d'un cadre juridique global et environnement favorable à la protection des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès du parlement pour l'adoption de la loi sur le VIH • Renforcement des capacités des organisations communautaires à adresser la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des minorités sexuelles LGBTI, HARSAH et PS
Renforcement et réorientation de la multisectorialité Gouvernance du PNLS	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un audit de fonctionnalité institutionnel du PNLS et des besoins en renforcement de capacités • Elaboration d'un plan de consolidation et de pérennisation du dispositif de coordination et de gestion de la réponse nationale

III. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL 2018-2023

Ce présent PSNM 2018-2023 est le guide stratégique national de référence pour la riposte au VIH/sida en Haïti pour les six prochaines années. Ce plan, comme les précédents, est une affirmation de la volonté de tous les acteurs étatiques et non étatiques d'aller vers l'élimination de l'épidémie du VIH à l'échéance 2030 en mobilisant toutes les ressources disponibles.

Il s'agit également d'un document visant à faciliter la communication et la coordination entre les différents acteurs ainsi que l'orientation des interventions de riposte au VIH/sida dans le pays dans la perspective d'une plus grande efficacité et efficience. Il répond aux besoins d'avoir un cadre unique d'intervention en Haïti servant de référentiel pour la coordination des activités de tous les partenaires.

3.1 Vision du PSNM 2018-2023

Pour la période 2018-2023, la vision du pays en matière de riposte au VIH/SIDA est : *faire en sorte que d'ici à fin 2023 Haïti soit sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 grâce à la mise en œuvre de la stratégie dite de la voie accélérée entraînant une diminution très significative des nouvelles infections dans toutes les couches socioprofessionnelles et à la baisse drastique de la mortalité liée au VIH.*

3.2 Principes directeurs et alignement

Le Plan Stratégique Multisectoriel de riposte au Sida 2018-2023 s'inscrit dans la continuité des principes édictés dans la Politique Nationale de Santé à savoir : les principes d'Universalité, de Globalité, d'Equité et de Qualité.

Le Principe d'Universalité assure un accès à tous les individus sur le territoire national un accès à toutes les interventions du programme national de riposte au Sida sans distinction de sexe, de religion, de classe sociale et de lieu de résidence. Le Principe de Globalité fait référence à la nécessité de prendre en compte et de répondre à tous les besoins de santé des individus sollicitant un service dans les limites des moyens technologiques et économiques disponibles. Le principe d'équité impose la fourniture de soins et services de qualité égale à toutes les personnes à risque, affectées ou infectées indépendamment de leur lieu de résidence ou de leur statut socio-économique. Le Principe de qualité fait référence à la nécessité de mettre en œuvre des interventions avec un niveau d'assurance de la qualité maximale autant que le permet les moyens techniques et technologiques disponibles ainsi que les ressources financières mobilisées.

Par ailleurs les principes additionnels suivant servent de cadre de référence également au PSNM 2018-2024 à savoir :

- La bonne gouvernance : Elle est absolument fondamentale et fait référence à la coordination adéquate des ressources et des acteurs disponibles dans un cadre de leadership pleinement assumé par les autorités étatiques liées à la riposte au sida.
- La décentralisation de la réponse : Ceci s'avère nécessaire pour assurer une plus grande intégration de la riposte nationale au VIH en opérant une décentralisation des niveaux de décision et une déconcentration des ressources.
- La gratuité de la prise en charge : La facilitation de l'accessibilité économique aux services de prise en charge du VIH et autres services liés à la réponse à cette pathologie est un principe qui trouve sa justification dans les réalités de gestion du programme VIH dont les populations bénéficiaires sont très pauvres en général.^[11]
- Le respect des droits de la personne humaine, des différentes orientations et identités sexuelles et à la prise en compte des inégalités de genre.^[12]
- La multisectorialité et l'Intersectorialité : La riposte au Sida pour être efficace nécessite une approche multisectorielle intégrant tous les secteurs politiques et sociaux dans la riposte nationale à l'épidémie de VIH. Le partenariat public/privé et la participation communautaire sont un pendant de ce principe.
- L'intégration des interventions : Ce principe implique que l'offre de service de santé (y compris la prise en charge VIH et du sida) fasse partie d'un paquet de services offerts par les points de prestations de services dans une logique non-verticale de dispensation et d'organisation des services.

- La participation citoyenne : Ce principe fait référence à la possibilité qui est offerte à tous les citoyens et en particulier les PVVIH et les groupes clé (HARSAH/HSB et PS), à travers leurs structures organisées, d'apporter leur contribution aux démarches pour lutter contre l'épidémie de VIH et ses effets, sans considérations de religion, de statut socio-économique, d'orientation sexuelle et de genre.
- La responsabilité mutuelle. La riposte au sida pour être efficace nécessite la prise en compte des responsabilités individuelles et collectives dans le cadre d'une plus forte implication des individus et des structures organisées de la société civile.
- La reddition de compte. Ce principe se réfère à l'imputabilité des acteurs en ce qui a trait à l'utilisation des ressources.

3.3 Cibles d'intervention

La population haïtienne totale en 2018 est estimée à 11.162.79316. En ce qui concerne le VIH, des études ont établis les tailles des populations clé de PS et de HARSAH. Le chiffre des OEV reste difficile à établir et la dernière estimation en date l'évalue entre 90.000 et 100.000. La population à haut risque de contracter le VIH est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Estimation de la taille des groupes de population cibles du PSNM 2018-2023

Population	Taille	Commentaires
Les jeunes des deux sexes (tranche d'âge 15-24 ans)	3.123.963	30% de la population globale estimée en 2018 à 11.162.793.
Population féminine de 15-49 ans	3.016.979	Selon EMMUS VI, 3 % des femmes ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus durant les deux années précédentes soit une estimation de 90.509 pour l'année 2018.
Population masculine de 15-64 ans	3.444.496	Selon EMMUS VI, 29 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus pendant les deux années précédentes
Détenus Hommes	15.000	Les détenus hommes représentent 0,1% de la population globale. La majorité de ces détenus se retrouvent au niveau du Pénitencier National à Port-au-Prince. 4.6% des prisonniers seraient séropositifs (étude <i>Health through Wall</i>)
Les HARSAH	54.700 ¹⁷	Ils représentent 0,49% de la population globale et sont en grande partie des bisexuels. Le taux de prévalence du VIH est de 12,9% au sein des HARSAH.
OEV	100.000	Il s'agit d'une estimation.
Femmes enceintes	196.500	Ce chiffre représente la cible du programme pour l'année 2017 et correspond au nombre de femmes estimées fréquentant les services de CPN au moins une fois. Ce chiffre provient du travail de re-ciblage réalisé par le PNLS et l'ONUSIDA.
Les travailleuses du sexe	112.000 ¹⁸	Selon la dernière étude de PSI/OHMASS les PS représentent 1.01% de la population globale. Le taux de prévalence est de 8.7% au sein des PS.
Les clients des travailleuses du sexe	1.592.924	49% de la population masculine âgée de 15-59 ans ; ce qui représente 14% de la population globale.
Donneurs de sang	27.506	Le nombre des pochettes produites en 2016 est de 25.234 auxquels il faut ajouter 0,9% de pochettes rejetées pour réactivité à l'un des marqueurs biologiques (dont le VIH) pour atteindre le chiffre global des donneurs sur une année. Les cibles pour 2018 sont aux environs de 60.000 pochettes produites par année.
PVVIH (adulte et enfant) ayant accès aux ARV	101.558	Il s'agit des chiffres de 2017 sur MESI.

En vue de rationaliser et prioriser les interventions visant les groupes de population, une analyse a été faite en tenant compte de deux paramètres essentiels : (i) l'ampleur du problème dans le groupe (considérable ou peu considérable) et (ii) les possibilités d'intervention (satisfaisante ou peu satisfaisante). Les résultats sont les suivants :

¹⁶ Source: IHSI, 2016

¹⁷ IBBS 2014-2015. PSI- Haïti/OHMASS. 2015

¹⁸ IBBS 2014-2015. PSI- Haïti/OHMASS. 2015

Tableau 8 : Résultats de la priorisation des populations cibles du PSNM 2018-2023

Possibilités d'intervention			
	Satisfaisantes	Peu Satisfaisantes	
Ampleur du problème	<u>Priorité d'intervention 1 :</u> <ul style="list-style-type: none">• Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes• Travailleurs et Travailleuses du sexe.• Femmes enceintes vivant avec le VIH• Adultes et enfants vivant avec le VIH.• Orphelins et autres enfants vulnérables	<u>Priorité de recherche 3 :</u> <ul style="list-style-type: none">3. Partenaires féminins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes4. Veuves et femmes seules5. Clients des travailleuses du sexe	
	<u>Priorité d'intervention 2 :</u> <ul style="list-style-type: none">6. Détenus7. Prêtres et fidèles de la religion vaudou8. Migrants9. Hommes et femmes en uniformes10. Jeunes scolarisés ;11. Jeunes non-scolarisés et déscolarisés12. Femmes et enfants victimes de violences sexuelles	<u>Priorité de recherche 4 :</u> Néant	
	Considérable		
	Peu considérable		

3.4 Interventions prioritaires du PSNM 2018-2023

Les priorités d'intervention du PSNM 2018-2023 décrites dans le tableau ci-dessous s'alignent avec les priorités nationales en matière de santé et de développement et les objectifs mondiaux auxquels le pays a souscrit et qui sont relatifs à :

- La couverture universelle en santé ;
- L'accès universel aux services de prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH ;
- Les objectifs dit des « 3 zéros » (zéro nouvelle infection, zéro décès, zéro discrimination) ;
- L'objectif dit des « 95-95-95 »,
- L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- La stratégie d'accélération de la réponse à l'épidémie (fast-track) ;
- Le renforcement des réponses locales ;
- Les Objectifs de Développement Durables (ODD) ;
- Les objectifs du Fonds Mondial en matière de pérennité et de résilience des systèmes de santé et communautaire ;
- Les engagements du pays pour la triple élimination : VIH/Syphilis congénitale et Hépatites B et C ;
- Le renforcement de l'implication des OSC dans la réponse à l'épidémie, notamment les approches communautaires sur l'index testing, les approches différenciées de services pour le dépistage et la prise en charge des PVVIH ;
- La volonté du MSPP d'implémenter l'approche de prévention combinée du VIH/sida ;
- Les insuffisances et les acquis de la mise en œuvre du PSNM 2012-2015 (étendu en 2018).

3.5 Cadre et chaine des résultats

Le PSNM 2018-2023 vise à contribuer au développement du pays en maîtrisant et stoppant la progression de l'épidémie de VIH au sein de la population haïtienne par des interventions de qualité qui respectent les droits et la dignité humaine.

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.		
Résultat d'impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.		
Résultat d'effet	Résultat produit	Priorités d'intervention et Stratégies	

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.	
Résultat d'impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.	
Résultat d'effet	Résultat produit	Priorités d'intervention et Stratégies
1.1 90% des personnes ayant des rapports hétérosexuels avec des partenaires occasionnels adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023	<p>1.1.1 90% des individus sexuellement actifs (hommes et femmes de 15-49 ans) sont sensibilisés à l'utilisation correcte et systématique du préservatif féminin ou masculin</p> <p>1.1.2 90% des besoins nationaux en préservatifs masculins ou féminins sont couverts</p> <p>1.1.3 90% du territoire national couverts par les CDV</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des services, de conseils et d'information (médiation) sur le VIH ▪ Renforcement des programmes de marketing social, de distribution/vente de préservatifs masculins et féminins ▪ Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de conseils dépistage du VIH ▪ Renforcement des programmes de promotion et de distribution de préservatifs (masculins, féminins et gels)
1.2 90% des populations clés et vulnérables adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023	<p>1.2.1 90% des populations clés bénéficient du paquet minimum de prévention combinée</p> <p>1.2.2 90% des PS sont sensibilisés sur l'utilisation correcte et systématique des préservatifs féminin, masculin et gel lubrifiant à base d'eau</p> <p>1.2.3 90% des PS ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau</p> <p>1.2.4 90% des HSH sont sensibilisés sur l'utilisation correcte et systématique des préservatifs et gel lubrifiant à base d'eau</p> <p>1.2.5 90% des HSH ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau</p> <p>1.2.6 90% des usagers de drogues injectables bénéficient d'interventions de réduction des risques</p> <p>1.2.7 90% des personnes détenues bénéficient du paquet minimum de prévention combinée</p> <p>1.2.8 90% des jeunes adoptent des comportements sexuels à moindre risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités opérationnelles des intervenants auprès des populations clés en SR/PF/VIH ▪ Harmonisation des messages de sensibilisation / information / prévention en direction des populations clés ▪ Renforcement de l'offre du paquet de services adaptés et combinés aux populations clés ▪ Renforcement de l'environnement favorable juridique, institutionnel et communautaire en faveur des populations clés ▪ Renforcement des stratégies de dépistage du VIH en direction des populations clés ▪ Amélioration des programmes de promotion et de distribution de préservatifs (masculins, féminins et gels) pour les populations clés ▪ Monitoring des interventions en faveur des populations clés ▪ Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif ▪ Mise en œuvre de la stratégie « All In » en faveur des jeunes non-scolarisés et déscolarisés ▪ Intégration d'un programme d'éducation sexuelle, intégrant le VIH dans les programmes scolaires ▪ Renforcement des programmes de SR/PF/VIH auprès des jeunes/adolescents ▪ Intégration de la SR/PF/VIH dans le paquet d'activités des centres de PVVIH et sites de prise en charge médicale des PVVIH
1.3 90% des personnes à haut risque d'exposition au VIH et éligibles reçoivent une Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) d'ici à fin 2023	<p>1.3.1 La PrEP fait l'objet d'une promotion active dans les populations clés comme outil de prévention combiné complémentaire</p> <p>1.3.2 100% des sites de référence pour la prévention et la prise en charge du VIH offrent la PrEP aux personnes cibles qui peuvent / devraient en bénéficier</p> <p>1.3.3 100% des structures offrant le PrEP sont cartographiées et connues par les publics concernés</p> <p>1.3.4 La PrEP est dispensée gratuitement aux personnes cibles qui peuvent / devraient en bénéficier</p> <p>1.3.5 100% des sites de prise en charge disposent d'intrants PrEP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration d'un guide / recommandations pour la mise en œuvre et l'opérationnalisation de la PrEP ▪ Promotion et mise en œuvre de la prophylaxie préexposition (PrEP) au sein des groupes clés (HSH, PS, personnes à risque) et des couples séro-dissidents ▪ Mise en place de l'offre de la prophylaxie préexposition (PrEP) dans les principaux sites de prévention et de prise en charge du VIH, publics, privés, confessionnels et communautaires ▪ Sensibilisation et information sur la disponibilité de la PrEP auprès des acteurs de mise en œuvre des services de prévention et de soins du VIH et des hépatites ▪ Formation de formateurs sur la PrEP et formation des professionnels des principaux sites de prévention et de prise en charge du VIH, publics, privés, confessionnels et communautaires
1.4 100% des victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge holistique (sanitaire, juridique et psychologique) et d'une Prophylaxie Post Exposition (PEP) d'ici à fin 2023	<p>1.4.1 100% des sites de prévention et des sites de prise en charge offrant les ARV appliquent les procédures standards en cas d'AES et de violence sexuelle</p> <p>1.4.2 100% des sites de prise en charge disposent d'intrants PPE</p> <p>1.4.3 Les forces de sécurité orientent 100% des victimes de violences sexuelles vers les sites de prévention et de prise en charge</p> <p>1.4.4 100% des victimes de VBG, dont le viol et la stigmatisation / discrimination, bénéficient d'un appui juridique approprié</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques, à travers les recommandations nationales correspondantes ▪ Formation de formateurs et formation des professionnels de santé des principaux sites de prévention et de prise en charge du VIH, publics, privés, confessionnels et communautaires pour l'application des recommandations nationales sur la prise en charge des AES ▪ Promotion de l'information auprès des victimes de violences sexuelles pour le recours à la PPE ▪ Formation / renforcement de la collaboration avec les centres sociaux pour la prise en charge des VBG ▪ Formation / renforcement de la collaboration avec les forces de sécurité pour la prise en charge adéquate des victimes de VBG ▪ Renforcement de la sensibilisation, de l'engagement et de la

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.	
Résultat d'impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.	
Résultat d'effet	Résultat produit	Priorités d'intervention et Stratégies
		<p>mobilisation communautaire contre les VBG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de l'environnement légal et des dispositifs de soutien juridiques aux populations victimes de VBG, dont le viol et la stigmatisation / discrimination ▪ Renforcement des capacités de prise en charge des victimes de VBG en milieu communautaire, juridique et sanitaire
1.5 100% des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de ces femmes reçoivent le paquet de services pour éliminer la transmission du VIH d'ici à fin 2023	<p>1.5.1 90% des femmes vivant avec le VIH utilisent la PF et évitent les grossesses non désirées</p> <p>1.5.2 100% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage précoce du VIH en consultation prénatale</p> <p>1.5.3 100% des femmes dépistées VIH+ bénéficient immédiatement d'un traitement ARV durant leur grossesse</p> <p>1.5.4 100% des nouveau-nés bénéficient d'une prophylaxie ARV appropriée à la naissance</p> <p>1.5.5 100% des enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un dépistage de l'infection selon les recommandations de l'OMS</p> <p>1.5.6 Approvisionner les sites de prise en charge des femmes enceintes en intrants pour l'eTME</p> <p>1.5.7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des associations de PVVIH en SR/PF ▪ Intégration de la SR/PF dans le paquet d'activités des centres de PVVIH et sites de prise en charge médicale des PVVIH ▪ Approvisionnement des centres de PVVIH et sites de prise en charge médicale des PVVIH en produits contraceptifs ▪ Intégration du dépistage VIH dans le paquet de service de la CPN ▪ Renforcement de l'efficacité du dépistage du VIH pendant la CPN chez les femmes enceintes et leurs conjoints ▪ Suivi rapproché des grossesses chez les femmes VIH+ et renforcement du suivi des couples mère-enfant ▪ Renforcement de la délégation des tâches dans les interventions d'eTME ▪ Formation et recyclage des professionnels de santé des sites de suivi des grossesses et d'accouchement publics, privés, confessionnels et communautaires pour l'application des recommandations nationales sur l'eTME, au profit des femmes et des nouveau-nés ▪ Equipements en POC des principaux sites de prise en charge des couples mère-enfant dépistés positifs pour le diagnostic précoce des infections des nouveau-nés ▪ Renforcement des programmes de promotion et de distribution de préservatifs (masculins, féminins et gels) ▪ Monitoring actif des résultats et performances de la PTME au niveau central et décentralisé.
1.6 La transmission sanguine du VIH est éliminée (risque=0%) pendant la période 2018-2023	<p>1.6.1 100% des dons de sang sont sécurisés</p> <p>1.6.2 100% des structures assurant la transfusion sanguine respectent les recommandations nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des stratégies de réduction du risque de transmission du VIH chez les donneurs bénévoles de sang ▪ Amélioration de la disponibilité et la sécurité des produits sanguins ▪ Renforcement des mesures de prévention et des dispositifs de prise en charge des cas d'exposition au VIH en milieu de soins et milieux professionnels liés au VIH
1.7 90% des cas d'IST sont dépistés sur une base étiologique et traités selon les normes	<p>1.7.1 90% des cas d'IST font l'objet d'un diagnostic étiologique d'ici 2023</p> <p>1.7.2 90% des IST diagnostiquées bénéficient d'un traitement conforme aux normes nationales d'ici 2023</p> <p>1.7.3 100% des femmes enceintes fréquentant les Cliniques Périnatales sont testées pour la syphilis et les IST les plus fréquentes et prises en charge d'ici à fin 2023</p> <p>1.7.4 100% des populations clés présentant une IST bénéficient d'une prise en charge de qualité</p> <p>1.7.5 100% des sites de prévention et prise en charge du VIH disposent de façon continue des intrants pour le diagnostic et le traitement des IST</p> <p>1.7.6 Le dépistage des hépatites B et C est intégré au dépistage des IST et les personnes atteintes sont orientées vers l'offre de soins adaptée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des stratégies, de l'offre et de l'utilisation des services de prise en charge des IST ▪ Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST notamment chez les jeunes ▪ Actualisation des normes et recommandations nationales sur la prise en charge des IST et diffusion de ces normes / recommandations ▪ Renforcement des capacités des structures de santé et des organisations communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST, y compris l'approche services conviviaux aux adolescents ▪ Renforcement des laboratoires pour le dépistage des IST sur une base étiologique ▪ Inclusion dans le paquet de dépistage systématique des femmes enceintes réalisé dans les Cliniques Périnatales des tests de syphilis et des IST les plus fréquentes ▪ Renforcement des capacités de prise en charge de la syphilis et des IST au niveau des Cliniques Périnatales ▪ Développement de mécanismes pour la relance des femmes enceintes testées positives pour la syphilis et de leurs partenaires ▪ Renforcement de l'éducation et la formation sur les IST des populations clés ▪ Dépistage étiologique par les tests rapides chez les PS et HSH ▪ Dépistage sérologique de la syphilis intégré dans le paquet SR ▪ Prise en charge étiologique précoce et correcte des cas IST (intégrant la PEC des partenaires) ▪ Approvisionnement des structures de santé en intrants de diagnostic et de prise en charge des IST (kits de prise en charge des IST, kits de diagnostic étiologique par les tests rapides, spéculum, anuscope...) ▪ Renforcement des capacités des prestataires de soins dans les sites de prise en charge des IST

Priorité 1	Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.	
Résultat d'impact 1	Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.	
Résultat d'effet	Résultat produit	Priorités d'intervention et Stratégies
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la surveillance épidémiologique des IST ▪ Renforcement de la sensibilisation communautaire, en impliquant les agents de santé communautaire polyvalents dans la recherche des patients et des partenaires ▪ Mise en place d'un dispositif national de couverture et d'accès universel aux médicaments contre les IST prioritaires. ▪ Développement de la mise en réseau des laboratoires des centres d'excellences avec les laboratoires de moindre capacité des autres sites pour étendre le diagnostic étiologique et améliorer la qualité des tests ▪ Développement et mise en œuvre d'un plan de surveillance des IST, y compris les Hépatites B et C (la DERL). ▪ Référence des personnes issues des populations cibles atteintes par le VHB et le VHC vers les sites de prise en charge ▪ Réalisation d'une étude de prévalence de la syphilis et des IST les plus courants y compris les hépatites B et C et la syphilis congénitale.
1.8 100% des cas d'Hépatites B et C dépistés dans les cliniques de référence sont pris en charge d'ici à fin 2023.	1.8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du système d'information et de surveillance relatif aux hépatites B et C. ▪ Développement des capacités institutionnelles de prise en charge des cas diagnostiqués d'hépatites B et C. ▪ Renforcement du réseau de laboratoire institutionnel de dépistage des hépatites B et C. ▪ Renforcement de la gouvernance et du financement de la lutte contre les hépatites B et C en vue de leur élimination. ▪ Appui à la vaccination contre les hépatites chez les enfants de 0-5 ans.

Priorité 2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH	
Résultat d'impact 2	D'ici à fin 2023, le taux de survie à 12 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%	
Résultats d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
2.1 90% des adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité d'ici à 2023	<p>2.1.1. 95% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont enrôlés dans les soins</p> <p>2.1.2. 100% des populations clés diagnostiqués positifs au VIH sont enrôlés dans les soins</p> <p>2.1.3. 100% des PVVIH adultes nouvellement dépistées bénéficient d'un bilan biologique</p> <p>2.1.4. 90% des PVVIH adultes et adolescents sous ARV sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement</p> <p>2.1.5. 100% des femmes séropositives et des enfants séropositifs nés de mères séropositives sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche systématique des patients index par la mise en œuvre de l'approche index testing ▪ Renforcement des capacités communautaires à offrir le dépistage en stratégies fixes, avancées et mobiles et à assurer le monitoring actif des performances pour augmenter la détection des cas positifs ▪ Renforcement de l'offre de prise en charge globale des PVVIH ▪ Adoption de l'approche « traiter tous » en matière de prise en charge, notamment chez les enfants et adolescents ▪ Renforcement de la disponibilité des ARV sur l'ensemble des sites de prise en charge ▪ Renforcement de l'implication des communautés pour la pair-navigation, l'aide à l'observance et la recherche des perdus de vue ; ▪ Intégration de la PEC par les ARV dans toutes les structures de santé ▪ Intégration de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge ▪ Renforcement de la stratégie communautaire de prise en charge du VIH, notamment à travers l'offre de services différenciés de traitement ARV ▪ Développement des approches différenciées de services de prise en charge (dispensation communautaire, dispensation pour 3 à 6 mois, etc.) ▪ Mise en œuvre effective de la délégation des tâches dans les services de prise en charge du VIH ▪ Adaptation des directives nationales aux recommandations internationales (intégrant les approches différenciées de services) ▪ Renforcement du suivi et évaluation des activités de prise en charge ▪ Renforcement des systèmes de traçage et de récupération des patients traités par ARV et perdus de vue, y compris par la géolocalisation ▪ Multiplier les opportunités d'offres de services de diagnostic du VIH chez les enfants et de prise en charge pédiatrique du VIH à toutes les portes d'entrée des établissements de santé ou des enfants sont accueillis. ▪ Soutenir les interventions communautaires de sensibilisation orientées sur le couple mère - enfants et adolescents et la recherche active des cas de VIH pédiatrique dans la communauté (dépistage intrafamilial et index testing) ▪ Renforcement des stratégies et de l'offre de dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés, par le recours aux POC pour la PCR diagnostique des enfants ▪ Renforcement du soutien nutritionnel aux PVVIH (capacités des acteurs, suivi nutritionnel, acquisition/distribution de kits nutritionnels...)

Priorité 2	Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH	
Résultat d'impact 2	D'ici à fin 2023, le taux de survie à 12 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%	
Résultats d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
		<ul style="list-style-type: none"> Mise en route immédiate du traitement précoce des enfants dépisté séropositifs (dépistage précoce dans la cadre de l'eTME ou index testing) Renforcement du suivi/ accompagnement et du soutien psychosocial aux enfants adolescents/jeunes vivant avec le VIH Renforcement de la qualité du traitement ARV, de l'observance et de la rétention dans les sites Renforcement de la décentralisation et de la délégation des tâches pour le traitement ARV pédiatrique et adulte Renforcement du suivi du traitement ARV dans la cohorte issue du dispositif d'eTME dans le cadre de la mise en œuvre de l'option B+ Renforcement des capacités des laboratoires pour le suivi biologique, notamment la charge virale
2.2 Le taux de décès chez les patients co-infectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2023	2.2.1 90% des PVVIH enrôlés dans les soins sont dépistés pour les principales infections et affections (TB, Hépatites Virales B et C, cancer du col de l'utérus) lors des visites de routine	<ul style="list-style-type: none"> Mis en place d'un dépistage systématique de la TB chez tous les PVVIH et assurer le traitement de la TB chez les PVVIH Mis en place d'un dépistage systématique des hépatites B et C chez tous les PVVIH Renforcement de la prophylaxie, de la détection et de la prise en charge des IO chez les PVVIH Mis en place d'un dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez toutes les femmes PVVIH Renforcement des mécanismes de collaboration et de la coordination entre les structures de prise en charge VIH et TB Disponibilité des médicaments ARV et anti-TB Renforcement de la notification de la prescription du cotrimoxazole Renforcement de capacités techniques des CDT/CAT pour le diagnostic des co-infections TB/VIH Renforcement des capacités des prestataires au diagnostic et à la prise en charge des co-infections TB/VIH Mise à disposition de l'INH pour la prophylaxie de la TB chez les PVVIH Harmonisation des outils de suivi-évaluation des co-infections TB/VIH Renforcement et extension de l'intégration du counseling et dépistage dans les activités des CDT Renforcement de la collaboration et de la coordination des interventions TB/VIH
	2.2.2 100% des PVVIH chez qui une TB a été diagnostiquée et des patients tuberculeux chez qui le VIH a été dépisté sont pris en charge selon les recommandations nationales, et reçoivent un traitement antiTB et un traitement ARV associés	
	2.2.3 70% des PVVIH enrôlés suspects d'hépatites virales B et C et/ou de lésions précancéreuses du col de l'utérus sont pris en charge selon les recommandations nationales	
	2.2.4 90% des PVVIH dont le dépistage de la TB est négatif bénéficient d'un traitement prophylactique par INH	
2.3 D'ici 2023, 90% des patients ayant démarré un traitement ARV le poursuivent après 12 mois, 85% après 24 mois et 90% des personnes traitées (adultes, adolescents et enfants) ont une suppression virale à 12 et 24 mois	2.3.1 95% des PVVIH sous ARV bénéficient du continuum de soins et d'un appui à l'observance 2.3.2 L'offre de charge virale est disponible dans 100% des régions sanitaires pour couvrir les besoins de tous les sites de prise en charge 2.3.3 D'ici 2023, 90% des patients traités par ARV (adulte et enfant, adolescent) bénéficient d'une charge virale annuellement, selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge Renforcement des systèmes de traçage et de récupération des patients sous traitement perdus de vue y compris la géolocalisation. Renforcement de la stratégie communautaire. Recherche systématique des patients index. Passage à l'échelle du déploiement des plateformes de charge virale au niveau national Organisation du réseautage des sites décentralisés vers les plateformes de charge virale Renforcement des capacités des prestataires de santé à l'utilisation de la charge virale

Priorité 3	Réduire significativement l'impact, le poids socioéconomique, la stigmatisation/ discrimination liés au VIH et promouvoir les droits humains en faveur des PVVIH et des populations clés	
Résultat d'impact 3	D'ici à fin 2023, dans un environnement légal défini et favorable aux droits des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés a baissé de 80%.	
Résultats d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
3.1 30% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation d'ici à 2023	3.1.1 90% des PVVIH économiquement faibles développent des activités de renforcement économique 3.1.2 60% des PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre 3.1.3 60% des PVVIH bénéficient d'un soutien social	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la capacité institutionnelle des réseaux des PVVIH pour la gestion des AGR Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socio-économique aux PVVIH Renforcement des dispositifs d'appui, d'encadrement et de soutien socio-économique en faveur des PVVIH Renforcement des mécanismes de soutien socio-économique (apprentissage des métiers, réinsertion socioprofessionnelle, alphabétisation fonctionnelle, etc.) aux PVVIH en partenariat avec les secteurs public et privé
3.2 Au moins 90% des enfants rendus	3.2.1 85% des OEV inscrits dans les établissements scolaires et	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une stratégie de prise en charge des OEV liés au VIH

Priorité 3	Réduire significativement l'impact, le poids socioéconomique, la stigmatisation/ discrimination liés au VIH et promouvoir les droits humains en faveur des PVVIH et des populations clés	
Résultat d'impact 3	D'ici à fin 2023, dans un environnement légal défini et favorable aux droits des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés a baissé de 80%.	
Résultats d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
orphelins par le VIH bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2023	<p>professionnels bénéficient de soutien scolaire et de mise en apprentissage</p> <p>3.2.2 80% des ménages avec OEV bénéficient d'un renforcement économique pour leur autonomisation</p> <p>3.2.3 85% des OEV et leurs familles bénéficient d'un appui pour mieux connaître et exercer leurs droits humains</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la prise en charge psychosociale des enfants orphelins et/ou de parents vivant avec le VIH Renforcement de l'offre de paquets de services et de protection en faveur des OEV liés au VIH Intensification de l'accès au paquet de services de soutien sanitaire pour les OEV liés au VIH Promotion de l'accès aux institutions de micro-crédits des OEV liés au VIH Education financière au profit des ménages OEV membres des micro-crédits Renforcement de l'environnement institutionnel et communautaire de prise en charge des OEV liés au VIH
3.3 Au moins 70% des adultes de 15-49 ans, y compris les prestataires de soins et de services, ont des attitudes non-stigmatisantes et non-discriminatoires à l'égard des PVVIH d'ici à fin 2023.	<p>3.3.1 Les décideurs, les leaders d'opinion, les prestataires de services et les populations impulsent la création d'un environnement favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH.</p> <p>3.3.2 100% des PVVIH en besoin d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains, en bénéficient</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du plaidoyer institutionnel et communautaire, ainsi que la sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés Promotion des droits des PVVIH (sensibilisation juridique et de masse, plaidoyer pour l'adaptation de certaines lois au contexte de la lutte contre le VIH) Renforcement de la protection juridique des droits et de lutte contre la stigmatisation/ discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables par le développement de dispositifs d'assistance juridique et judiciaire, ainsi que la formation sur les droits de ces personnes des juristes, acteurs du système judiciaire, forces de l'ordre et de sécurité et professionnels de santé Renforcement du paquet d'interventions en matière de promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH et populations clés Plaidoyer pour l'adoption de codes de conduites et éthiques en milieu professionnel (personnel soignant, monde de l'enseignement, entreprises manufacturières des zones franches et entreprises industrielles, forces de l'ordre et de sécurité)

Priorité 4	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique.	
Résultat d'impact 4	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023	
Résultat d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
4.1 D'ici à fin 2023, la gouvernance du PNLS est pleinement opérationnelle et assure une multisectorialité et une redevabilité optimales	<p>4.1.1 Tous les organes de coordination (central et régional) sont fonctionnels</p> <p>4.1.2 Les interventions pour l'organisation de la riposte sont alignées sur le plan stratégique national 2018-2023</p> <p>4.1.3 La multisectorialité dans la riposte nationale est renforcée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités humaines, techniques et financières des structures de coordination et d'exécution des interventions de lutte contre le sida, au niveau national, régional, départemental et local. Plaidoyer pour un engagement plus fort des autorités politiques, administratives, coutumières et religieuses à tous les niveaux. Renforcement des capacités des acteurs des comités sectoriels Renforcement de l'engagement sectoriel par l'appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le VIH et des réponses locales au VIH (stratégie villes et VIH) en faveur de la riposte au VIH/sida Amélioration de la gouvernance stratégique et opérationnelle du PNLS en instituant un Comité de Pilotage National (CPN). Amélioration des compétences du personnel du PNLS Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux Renforcement du cadre normatif et légal relatif à la gestion des opérations de lutte contre le VIH/sida (inventaires des normes—procédures—protocoles—manuels d'organisations, plans, actualisation, archivage, validation, diffusion etc.) Renforcement de la coordination nationale des interventions de lutte contre le VIH par la création d'un comité national multisectoriel de coordination composé de 6 ministères clés dont : le MSPP, le MEF, le MENFP, le MJSPAC. MAST et le MCFDF. Mise en place d'une coordination nationale intégrant les autorités sanitaires, les ONG concernées et la Police Nationale Haïtienne (incluant l'administration pénitentiaire) pour le développement et

Priorité 4	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique.	
Résultat d'impact 4	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023	
Résultat d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
		<p>la mise en œuvre d'une gamme complète de services VIH/SIDA (préventifs (accès aux préservatifs etc.) et curatifs) dans les prisons et au niveau de la police nationale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la concertation avec le Ministère de la Justice pour une mise à jour et la vulgarisation de dispositifs législatifs et réglementaires en matière de prostitution et de VIH/SIDA. ▪ Renforcement du dialogue entre les groupes de TS, les HSH, le MSPP, le MCFDF et le MAST pour développer des politiques et des lois qui facilitent les interventions de lutte contre le VIH/SIDA. ▪ Formation des agents de la PNH en matière de VIH/SIDA, de violences sexuelles basées sur le genre et de stigmatisation/discrimination. ▪ Renforcement de la coordination avec le MAST pour la protection des orphelins et enfants des rues contre le VIH au travers d'interventions ciblées. ▪ Formation des professeurs en matière de VIH/sida, de violences sexuelles basées sur le genre et d'exploitation sexuelles en concertation avec le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle. ▪ Introduction dans le curriculum de formation des élèves d'un module d'éducation sexuelle incluant les informations sur les IST et le VIH. ▪ Développement par le MAST dans le cadre du VIH/sida en milieu du travail de politiques du personnel portant sur la gestion des personnes touchées par le VIH/sida et la lutte contre la stigmatisation. ▪ Renforcement de la coordination intra-sectorielle par l'animation d'un comité technique de coordination des interventions du MSPP contre le VIH/SIDA intégrant : la CT du PNLS, la DSF, le PNLT, la DPSPE, l'UEP, la DERL, le LNSP et l'UGP. ▪ Développement d'une stratégie à long terme de sécurité alimentaire pour les PVVIH en concertation avec le MADRN. ▪ Renforcement du dispositif de continuité des services de VIH/sida en cas d'urgences et de catastrophes naturelles avec le service pré-désastre du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales. ▪ Renforcement de l'engagement sectoriel et des réponses locales au sida (stratégie villes et VIH) en faveur de la riposte au VIH/sida ▪ Renforcement des mécanismes de coordination multisectorielle, de planification et de gestion des interventions à tous les niveaux. ▪ Renforcement du cadre normatif relatif à la gestion des opérations de lutte contre le VIH/sida. (Inventaires des normes – procédures – protocoles – manuels d'organisations, plans, actualisation, archivage, validation, diffusion etc.)
4.2 D'ici à fin 2023 le système communautaire (OSC) est pleinement mobilisé et participe efficacement à la réponse nationale à l'épidémie	<p>4.2.1 Le cadre de coordination du système communautaire est renforcé tant au niveau programmatique que de l'information stratégique</p> <p>4.2.2 80% des OSC offrent des services de qualité en matière de prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH et des comorbidités</p> <p>4.2.3 Des ressources financières accrues sont allouées aux OSC et aux réseaux de coordination du système communautaire, y compris les réseaux de PVVIH, pour renforcer le rôle des OSC dans l'accélération de la réponse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités des réseaux de coordinations et des OSC / OBC engagées dans la réponse au VIH ▪ Renforcement du système d'information stratégique communautaire ▪ Renforcement du cadre institutionnel de la plateforme des OSC ▪ Renforcement des capacités institutionnelles et managériales des acteurs communautaires avec les autres secteurs de la mise en œuvre. ▪ Développement de l'offre de service communautaire et renforcement des capacités fonctionnelles des services de santé communautaire en prestations de services de prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH ▪ Recrutement et intégration de ressources humaines appropriées, y compris des ASCP, dans les centres de prestations de services impliqués dans la prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH ▪ Renforcement des compétences des prestataires de santé communautaires, y compris les ASCP, en matière de VIH/sida ▪ Décentralisation des interventions du système communautaire ▪ Définition et application de normes et standards pour les services communautaires de qualité ▪ Formation/recyclage des prestataires de santé communautaire et des ASCP en général sur la base de module de formation appropriée. ▪ Mise en œuvre de stratégies innovantes de prise en charge du VIH/sida au niveau communautaire.

Priorité 4	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique.	
Résultat d'impact 4	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023	
Résultat d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la participation communautaire et des capacités des leaders et des réseaux communautaires pour une plus grande adhésion à la stratégie communautaire en matière de VIH/sida. Mise en place d'un cadre institutionnel et de mécanismes de coordination entre les ASCP et les structures de prestations de services. Renforcement des mécanismes de motivation des ASCP, y compris par la voie de l'extension de l'approche de contractualisation des activités de lutte contre le VIH/sida au niveau communautaire Définition et opérationnalisation d'un cadre de coordination de la stratégie communautaire Mobilisation des ressources pour le financement de l'approche communautaire en matière de VIH/sida. Conception et mise en place d'outils de gestion de la mise en œuvre de la stratégie communautaire en matière de VIH/sida. Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la supervision des services de santé à base communautaire destinés aux PVVIH
4.3 D'ici à fin 2023, le système national de suivi évaluation de la riposte est à même de produire tous les indicateurs avec une complétude et une promptitude supérieure à 95%	<p>4.3.1 Le Système de suivi-évaluation de routine est renforcé et opérationnel</p> <p>4.3.2 Les enquêtes et les recherches opérationnelles planifiées sont réalisées</p> <p>4.3.3 Les logiciels de gestion et la transmission des informations sont opérationnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>4.3.4 Le partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé</p> <p>4.3.5 L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, y compris la surveillance sentinelle, et de la surveillance des résistances aux ARV Réalisation d'études d'impact médico-économiques du VIH/sida Elaboration et mise en œuvre d'un agenda de recherche sur la coinfection TB/VIH et les autres coinfections, sur les IST et sur le VIH/sida Renforcement des cadres de concertation pour le traitement et la gestion de l'information Développement et installation de bases de données sur le VIH aux niveaux central et décentralisé Intégration des données communautaires dans le système de suivi évaluation nationale Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les IST et le VIH y compris les données communautaires Mise en place d'un système unique de suivi et d'évaluation en réseau de différents secteurs convergeant vers le CPN Mise en place un mécanisme institutionnel formel, unique et fonctionnel en charge de l'analyse des statistiques de la santé, de la synthèse des données provenant de différentes sources et de la validation des données collectées au sein de la population générale ou au sein des institutions de santé Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation des projets et programmes de riposte au sida Production régulière de l'information stratégique pour soutenir les réponses locales et sectorielles
4.4 D'ici à fin 2023, le taux d'exécution financier du PSN est supérieur à 85%.	<p>4.4.1 La contribution de l'Etat au financement de la lutte est augmentée.</p> <p>4.4.2 Un cadre de suivi des financements alloués à la lutte contre le VIH est mis en place et fonctionnel</p> <p>4.4.3 Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN sont utilisées de façon efficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plaidoyer auprès du premier ministre et du ministère de l'économie et des finances pour l'accroissement du budget de l'état alloué à la lutte contre le sida, aux IST et VIH Mise en place d'une rubrique spécifique lutte contre le VIH dans le budget national annuel et adoption de mesures administratives pour rendre les fonds effectivement disponibles pour les acteurs Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les plans de développement y compris avec une ligne budgétaire Renforcement du plaidoyer et du suivi des engagements et de la contribution de l'Etat au financement de la riposte au VIH Mise en place d'une cellule de mobilisation et de coordination des financements de la riposte au VIH Évaluation des opportunités des financements disponibles de la lutte contre le sida dans le secteur privé (état des lieux) Renforcement de l'implication du secteur privé Création de mécanismes de financement innovant Création d'un cadre de suivi de la mise en œuvre des financements
4.5 Le potentiel de résilience du système de santé est supérieur à	4.5.1 100% des laboratoires de biologie médicale des sites de prise en charge sont opérationnels et permettent un	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du système et de la fonctionnalité d'un réseau de laboratoires au niveau national sur la base d'un plan opérationnel

Priorité 4	Renforcer la gouvernance et la résilience de la riposte au sida pour des meilleures réponses locales et pour la disponibilité de l'information stratégique.	
Résultat d'impact 4	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023	
Résultat d'effet	Résultats produits	Priorités d'intervention et Stratégies
80%.	<p>suivi biologique adéquat des PVVIH</p> <p>4.5.2 100% des intrants pharmaceutiques (médicaments IO, ARV et réactifs de biologie) sont continuellement disponibles sur les sites de prévention, prise en charge et suivi du VIH</p> <p>4.5.3 Les professionnels de santé et psycho-sociaux indispensables sont disponibles, formés et recyclés pour mettre en œuvre l'offre de services de prévention, prise en charge et suivi du VIH dans l'ensemble du pays</p> <p>4.5.4 Les mécanismes de financement du système de santé intègrent le VIH dans leur prestation</p>	<p>laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un système unique de gestion de l'approvisionnement en intrants médicaux et médicaments VIH, incluant un plan d'approvisionnement ▪ Mise en place d'un système d'assurance et de contrôle de la qualité des médicaments et produits médicaux ▪ Elaboration et mise en œuvre d'un plan national de développement des ressources humaines pour la santé et la riposte au sida, y compris les aspects relatifs aux approvisionnements ▪ Intégration du paquet normatif préparé pour la riposte au sida dans le curriculum de toutes les écoles de santé et d'assistance sociale ▪ Renforcement des mécanismes de financement du système de santé

4.1 Stratégies de mise en œuvre

4.1.1 Le cadre institutionnel de mise en œuvre

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNM 2018-2023 vient en réponse aux problèmes de gouvernance du système de santé et du PNLS tel souligné dans les analyses de la réponse et de la situation. Il vise à encourager un changement de certains paradigmes de la part de la CT du PNLS qui devra assumer un rôle central dans le cadre de ce plan appuyé par un Comité de Pilotage National jouant le rôle de « conseil d'administration du programme ».

Trois niveaux institutionnels sont à considérer en ce qui concerne la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 à savoir :

➔ Le Niveau national

Le cadre général d'organisation de la gouvernance de l'état haïtien attribue au Ministère de la santé Publique et de la Population la responsabilité de développer et de coordonner l'action sanitaire dans le pays (décret-loi du 16 février 2005 portant sur l'organisation de l'administration centrale de l'Etat haïtien). Le ministère dispose donc de l'autonomie de décision et d'action nécessaire pour orienter et coordonner les autres secteurs dans le cadre de la riposte au sida. Son bras technique d'action sur le VIH, à savoir la Coordination Technique du PNLS, dispose par ainsi de toute la légitimité nécessaire pour réaliser la coordination nationale de tous les secteurs dans le cadre de la mise en œuvre du programme.

La structure de gouvernance nationale renforcée proposée pour la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 est la suivante :

- Un Comité National de Pilotage du programme. Cette entité sera composée des ministères suivants : MSPP, MENFP, MEF, MAST, MCFDF, MJSAC, MJSP, les principaux bailleurs de fonds du programme (Fonds Mondial et PEPFAR), l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, deux associations de LGBTI, deux représentants des ONG d'implémentation, deux représentants d'organisation de la société civile. Le Premier Ministre sera le coordonnateur et présidera le Comité de Pilotage National. Ce comité se réunira deux fois par année et aura pour mandat spécifique de faire la gestion stratégique et politique du PNLS : surveillance stratégique des tendances de l'épidémie, établissement de priorités, mobilisation et canalisation de ressources, connexion du PNLS avec les programmes sociaux et économiques en cours, prise de décisions stratégiques, mise en application de politiques publiques. Un point focal basé au sein de la CT du PNLS devrait assurer le travail de secrétariat, la coordination entre les différentes entités multisectorielles et la collecte des informations relatives au mandat du Comité de Pilotage National du PNLS.
- Une Coordination Technique du PNLS. La CT du PNLS qui est déjà en place au sein de l'UCMIT du MSPP nécessitera un renforcement qualitatif et quantitatif substantiel pour assumer réellement la gestion opérationnelle du PNLS : élaboration/révision de manuels, normes, procédures, d'organisation des services et de prise en charge, régulation, planification nationale des opérations, définition des schémas d'allocation des ressources, intégration des services, supervision des niveaux intermédiaires et locales de gestion et de prestation de services, renforcement du sous-système de suivi et d'évaluation, production des statistiques et informations nationales du PNLS, capacitation du personnel, renforcement du système d'approvisionnement en intrants, surveillance de l'utilisation des intrants, évaluation des performances individuelles et institutionnelles. La CT du PNLS au sein de l'UCMIT doit pleinement assumer son rôle de leadership en tant que principal coordonnateur de la mise en œuvre du Plan Stratégique National Multisectoriel de riposte au sida au nom du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ces mandats devront être formellement assignés à la CT du PNLS par la Haute Direction du MSPP de manière à légitimer son action future et conforter cette entité et ses cadres dans le rôle qu'ils ont à jouer dans la réponse au VIH en Haïti. Elle assurera par ailleurs la coordination intra sectorielle santé et, à l'intérieur même du MSPP, la coordination des entités centrales impliquées tel que la DSF, l'UEP, la DPSPE, le PNLT et la DERL. Ces directions centrales doivent être organisées de façon à tirer le meilleur parti de leurs compétences, de leurs capacités installées et de leurs mandats distinctifs dans le cadre de la riposte au sida. [1] [SEP]

→ Le Niveau intermédiaire

Dans le cadre de ce PSNM le niveau intermédiaire d'opérationnalisation et de gestion est constitué des directions sanitaires départementales du Ministère de la santé et des bureaux centraux des ONG gestionnaires des réseaux de soins. Leurs responsabilités sont les suivantes :

- Les Directions Sanitaires Départementales. Les DSD ont la responsabilité de coordination des interventions sur le terrain et participeront activement à la supervision des institutions de prestations de services. Leur rôle s'étendra au suivi des activités et la validation en seconde intention des données sur le VIH.
- Les Partenaires d'implémentation en VIH. Il en existe quatorze présentement dans le pays et sont gérés principalement par des ONG. Elles regroupent un nombre variable de points de prestation de services liés au VIH placés sous la tutelle (pour les activités VIH) d'une ONG, le plus souvent, à l'exception du réseau UGP-MSPP/PEPFAR. Les trois plus importants sont les réseaux de l'UGP-MSPP/PEPFAR (qui regroupe une trentaine de sites publics du MSPP), celui de GHESKIO et celui de PIH. Les bureaux centraux de ces réseaux auront la responsabilité d'assurer la mise en œuvre des interventions (formation du personnel, prise en charge des patients etc.), la collecte des données et le rapportage.

La bonne articulation de ces deux groupes d'entités institutionnelles devra être faite à l'initiative des DSD dont le mandat officiel inclut la coordination de toutes les activités de santé dans l'aire géographique administrative qui leur est assigné.

→ Le Niveau d'exécution

Il s'agit des structures suivantes :

- Les institutions de prestations de services et ONG d'exécution. Ce niveau est le niveau de réalisation des opérations de prise en charge et de prévention du VIH et du sida. Il s'agit des centres de prestations de services VIH assurant la fourniture de services aux patients (hôpitaux départementaux, hôpitaux communautaires de référence et centre de santé) mais également des institutions et organisations impliquées dans la fourniture de prestations de services de prévention primaire et/ou secondaire tel que des ONG ou des associations de PVVIH ou de LGBTI. La responsabilité de ces hôpitaux et centres de prestations de services VIH est d'assurer le dépistage volontaire, la prise en charge clinique des PVVIH, la prévention, le suivi biologique des patients, l'animation des groupes de support aux PVVIH, la gestion des activités communautaires (particulièrement dans le cadre des stratégies de rétention des patients), la mise en place de dispositif d'amélioration de la qualité des services à l'intérieur de l'institution ainsi qu'un rôle dans le rapportage des données.^[1]^[2]
- Les Associations de PVVIH et LGBTI. Les structures organisées des associations de PVVIH et LGBTI auront un rôle à jouer dans le cadre de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 sur le volet de prévention primaire. Elles nécessitent néanmoins un renforcement réel et une réorientation du leadership pour améliorer leur représentativité au sein des communautés qu'elles sont censées représenter. Leur apport sera également important dans le cadre de certaines interventions spécifiques tel que le soutien psychosocial et économique aux PVVIH et population cibles vulnérables. Des interventions spéciales devront adresser le groupe clé des PS pour augmenter leur niveau d'organisation toujours trop faible ce qui limite les possibilités d'intervention en son sein.

4.1.2 Le cadre opérationnel et sectoriel de mise en œuvre

D'une manière générale le PSNM 2018-2023 sera le document de référence et de cadrage de toutes les interventions de lutte contre le VIH/sida pour les six prochaines années. Sur cette base divers documents d'opérationnalisation découlent de sa préparation et sont essentiels pour sa réalisation. Il s'agit principalement de :

- Le Plan de Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023. Ce plan de suivi sert à monitorer les performances et la prise de décision objective pendant la mise en œuvre. Il précise le cadre de performance du PSNM, la description des indicateurs (les définitions opérationnelles, les rythmes de collecte, les modalités de collecte, les moyens de vérification et de validation), le système global de rapportage des résultats et de production de l'information, les modalités de collecte des données et les outils qui seront

utilisés ainsi que les ressources matérielles, informationnelles et humaines qui seront mobilisées pour la production de l'information nationale relative au VIH. ^[1]_[SEP]

- Le Plan de Financement du PSNM 2018-2023. Dans un contexte marqué par la réduction progressive du financement de la riposte au sida et de la forte dépendance aux financements extérieurs (98%), le plan de mobilisation des ressources sera essentiel. Il indiquera sur la base d'une analyse des gaps financiers les ressources disponibles, les mécanismes de leur mobilisation, les opportunités de financements additionnels (incluant un accroissement de la proportion de financement national) et les acteurs de financement supplémentaire du programme.
- Les Plans opérationnels nationaux du PNLS. Ces plans seront élaborés chaque deux ans et devront décrire de manière plus détaillée les interventions du PSNM qui seront mis en œuvre par la CT du PNLS, les Directions centrales du MSPP, les Directions sanitaires Départementales et les réseaux de soins.
- Les Plans Sectoriels. Tenant compte des difficultés rencontrées depuis plusieurs années dans l'intégration pleine et entière des secteurs non santé dans la réponse au VIH, il sera proposé une approche nouvelle en matière de planification basée sur l'approche de projet. Ces secteurs non santé seront appelés à élaborer un projet d'intervention sur deux à trois ans (avec l'appui du Point Focal Multisectoriel au sein de la CT du PNLS) pour lequel un financement sera recherché de manière conjointe avec le secteur santé. Ceci devrait permettre une meilleure ouverture du secteur santé dans la mise à disposition des ressources de la lutte contre le VIH aux autres secteurs qui souvent revendiquent leur volonté de participer à la lutte tout en soulignant le manque de ressources dont ils souffrent pour le faire concrètement.
- Les Plans d'Actions Annuels. ^[1]_[SEP] Les différents acteurs et secteurs concernés auront la possibilité d'élaborer leurs plans d'action annuels pour garantir une mise en œuvre et un suivi précis des interventions projetées. L'alignement avec le PSNM devra toujours être recherché.
- Le Plan de Gestion de l'Approvisionnement et des Achats (GAS). La question du médicament est essentielle dans la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 au regard des multiples contraintes et de la volonté de disposer des intrants nécessaires pour soutenir les stratégies dont celle de tester et traiter tous. L'élaboration de ce plan va de la sélection des produits jusqu'au suivi de l'utilisation en passant par la prévision, la quantification, l'achat, le stockage, la distribution. Le Plan GAS déterminera tous les besoins en intrants spécifiques de la riposte (médicaments, réactifs, autres consommables, matériels etc.) ainsi que les mécanismes d'acquisition, de stockage et distribution de ces intrants y compris les procédures de passation des marchés et les coûts y relatifs. Le renforcement en ressources humaines de la CT du PNLS devra tenir compte de ce besoin fondamental en ce qui concerne la gestion du programme.
-

4.2 Gestion des ressources et de l'information stratégique

4.2.1 La gestion des ressources financières et matérielles

➔ La gestion des ressources financières

Dans le cadre de ce PSNM 2018-2023, le Comité de Pilotage National du programme adoptera des mécanismes transparents de gestion des fonds quelles que soit leurs provenances. Ces mécanismes comprennent la mise en place de structures de contrôle rigoureux, la réalisation d'audits technique et financier annuels, l'adoption de procédures de gestion financière strictes, les réunions de coordination, la supervision externe régulière permettant de garantir une répartition efficiente des fonds entre les partenaires de mise en œuvre tout en favorisant l'émulation, une gestion transparente de l'allocation des ressources et des modalités de son utilisation. La coopération des bailleurs de fonds dont le Fonds Mondial et PEPFAR sera déterminante pour atteindre les résultats d'une gestion plus efficiente des fonds.

➔ La gestion des ressources humaines

La question des ressources humaines revêt une grande importance dans le cadre de ce plan. Les aspects relatifs à la gestion des ressources humaines seront inclus et/ou améliorés dans ceux existant, notamment au niveau du CT du PNLS. Les aspects suivants seront pris en compte :

- Le personnel des centres de prestation de services liés au VIH
- Les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) qui joueront un rôle majeur dans la mise en œuvre des activités de prévention et de CCC, d'accompagnement des PVVIH, de support psychosocial et de récupération des perdus de vue dans une optique d'intégration des tâches.
- Le personnel des structures de gestion, notamment la CT du PNLS

En plus de cela, un plan de développement des ressources humaines pour la riposte au VIH/sida sera développé et mise en œuvre. La rémunération du personnel des points de prestations de services et du personnel de gestion pourra se faire en se basant sur la stratégie formalisée de Financement Basé sur les Résultats dans la perspective d'améliorer leur niveau de motivation, la qualité des soins offerts, l'imputabilité et la redevabilité des institutions et organisations. Les prestations et indicateurs ciblés par le programme pourront faire l'objet d'une contractualisation, avec les PPS et les entités de gestion afin de motiver davantage les institutions à atteindre les objectifs annuels fixés.

➔ La gestion des ressources matérielles

La gestion des ressources matérielles du programme sera explicitée dans le cadre du plan d'approvisionnement du programme prévu dans le cadre d'opérationnalisation du PSNM.

4.2.2 La gestion de l'information stratégique

L'efficacité de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 dépend de la disponibilité des Informations Stratégiques qui doivent être collectées, synthétisées, analysées et utilisées de manière systématique. Ces Informations Stratégiques visent en plus des données épidémiologiques de base, les éléments d'accès aux services, de couverture, de qualité des services et leur acceptabilité. Elles permettront de suivre tous les éléments de la cascade de la réponse au VIH tout en apportant des informations supplémentaires sur le contexte de l'épidémie, dont la vulnérabilité de certains groupes de population, les risques auxquels sont exposées certaines personnes et certaines populations, ainsi que les actions possibles pour atténuer la charge de morbidité liée au VIH et les conséquences associées.

Le choix qui a été fait dans le cadre de ce PSNM de riposte au sida 2018-2023 est d'aller vers la collecte d'informations stratégiques pour monitorer les interventions de manière à savoir en permanence qui est affecté, comment les personnes ont été infectées et où se trouvent ces personnes. Le plan de suivi et évaluation du PSNM sera établi pour collecter ces informations stratégiques à même d'aider à la prise de décision en matière de politique et de programme.

Les indicateurs retenus dans le PSNM correspondent à des indicateurs existant déjà et suivis dans le cadre du PNLS et des précédents plans stratégiques. Les guides d'indicateurs de l'ONUSIDA, de l'OMS, de PEPFAR et du Fonds Mondial ont également été pris en compte dans le choix final de ces indicateurs. Les niveaux d'atteinte des cibles ont été établis en tenant compte du travail de reprogrammation des cibles réalisé par la CT du PNLS et ses partenaires qui lui-même se base sur la stratégie des trois 95 et sur les projections réalisées à partir de Spectrum. Le Cadre de performance est en annexe 2.

4.3 Système national de suivi évaluation du PSNM 2018-2023

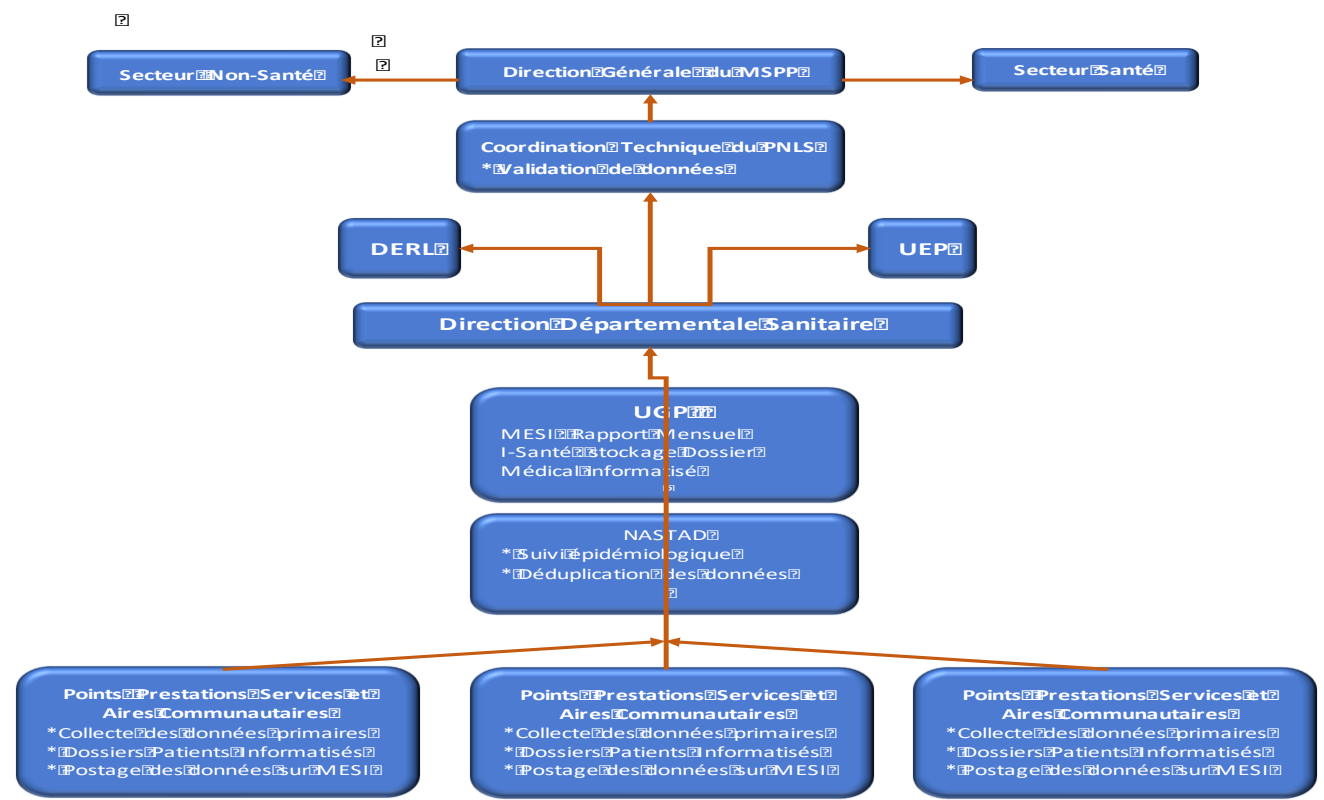
4.3.1 Le système national de suivi évaluation

Le système national de suivi et évaluation du PNLS est globalement unifié présentement avec : une plateforme informatique de rapportage des données mensuelles (MESI) utilisée par tous les points de prestation de services, des dossiers médicaux informatisés qui sont postés sur une plateforme de données primaires accessibles par internet (I-Santé), une base de données unique de notification des cas VIH+ (SALVH) qui offre la possibilité de déduplication pour éviter les doublons couplée à une identification par empreinte digitale, une liste standard d'indicateurs nationaux, un schéma national de collecte et de transmission de l'information et des procédures de suivi et évaluation en passe d'être totalement standardisées et harmonisées. A noter, SALVH regroupe les données disponibles sur MESI, I-Santé, GHESKIO et PIH.

Ce système est de plus en plus informatisé permettant un accès rapide aux données collectées et intègre tous les acteurs santé de la riposte contre le VIH. Les données produites font l'objet de vérification et de validation de première et de seconde intention et de démarche d'assurance de la qualité en cours de mise en œuvre par la CT du PNLS. La CT du PNLS au centre de la gouvernance du programme est également le pilote du système de suivi et évaluation avec la responsabilité de couvrir à cet égard le suivi de toutes les activités des secteurs santé

et non santé œuvrant dans le pays. Cette entité est le dernier niveau technique de validation de l'information nationale concernant le VIH en Haïti. Le circuit de l'information sera le VIH sera le suivant :

Graphique 8 : Schéma du circuit de l'information sur le VIH



4.3.2 Les recherches et évaluations

La connaissance de l'épidémie du VIH est au cœur des préoccupations des autorités étatiques du MSPP désireuses de mieux cerner les facteurs socioculturels, économiques, liés au système de soins etc. qui alimente et influence l'épidémie dans le pays. Dans cette perspective des enquêtes, recherches opérationnelles et études spécifiques sont prévues dans le cadre du PSNM 2018-2023 pour aider là une meilleure connaissance de la maladie et de l'efficacité de la riposte aidant ainsi à la prise de décision. Les résultats de ces études sont appelés à être traduits en directives claires visant l'amélioration de la planification et de l'implémentation des interventions.

Les priorités suivantes de recherche ont été retenues :

Tableau 6 : Priorités nationales de recherche sur le VIH2018-2023

Domaines	Thématiques
Socio-psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développement de programme visant le changement de comportement par l'évaluation du risque personnel ○ Comportement sexuel pour augmenter l'auto responsabilisation ○ Itinéraire thérapeutique ○ Obstacles à l'utilisation du condom par les femmes et la prise de décision en matière de sexualité ○ Culture du silence et du déni entourant le sida ○ Facteurs spécifiques de vulnérabilité des groupes à haut risque ○ Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)
Biomédical	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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^{[1][2]} ○ Adhérence au traitement des patients PVVIH ○ Utilisation des antirétroviraux en milieux non institutionnels dans le cadre de la PTME
Epidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Surveillance sentinelle pour le suivi de l'évolution des IST et du VIH ○ Niveaux et déterminants des IST et du VIH dans certains groupes spécifiques comme les jeunes, les femmes enceintes, les professionnels du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Socioéconomique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impact socioéconomique du sida ○ Approche pour l'intégration riposte au sida et lutte contre la pauvreté
Gestion	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analyse des couts de la prise en charge du VIH ○ Analyse coût/efficacité des interventions de riposte au sida ○ Analyse institutionnelle de la CT du PNLS dans la perspective de son renforcement

V. BUDGET ET FINANCEMENT DU PSNM 2018-2023

5.1 Méthodologie d'estimation et d'élaboration du budget

Le budget du PSNM a été établi en utilisant l'outil Ressource Needs Model (RNM) développé par l'ONUSIDA et Future Group International pour aider les pays dans la préparation de leur planification du budget des plans stratégiques.

Les hypothèses de base qui ont été employées sont les suivantes :

- La taille des populations clés (HARSAH, PS, jeunes, détenus, clients des PS, hommes femmes en uniformes etc.) établie par certaines études réalisées dans le pays et figurant dans le travail de re-ciblage réalisées par la CT du PNLS et ses partenaires au cours de l'année 2016 constitue le premier élément pour le calcul des couts. Les données de l'IHSI ont été utilisées également ainsi que celles d'autres études (dont SPECTRUM) apportant des informations spécifiques sur certains indicateurs et interventions.
- Les coûts unitaires adoptés sont ceux proposés par l'ONUSIDA dans le cadre du calcul des ressources nécessaires pour les différents pays dans le cadre de la stratégie des trois 95. Ces coûts unitaires ont été établis suite à une Meta analyse des études REDES réalisées dans différents pays ayant des similarités avec Haïti. Ces coûts unitaires couvrent l'intégralité des dépenses d'une intervention. Ainsi par exemple le coût de l'intervention de prise en charge ARV d'un patient inclut non seulement les médicaments mais également toutes les dépenses en rapport avec le suivi de laboratoire, la gestion des ressources humaines etc. de même l'intervention promotion du condom inclut en plus des activités promotionnelles, l'achat et la distribution de condoms.
- Les cibles pour les différents indicateurs, montrant le niveau d'effort à accomplir, ont été établis jusqu'en 2023 en tenant compte du travail de re-ciblage réalisé par la CT du PNLS et ses partenaires en 2016, de la stratégie de la voie accélérée et des trois 95 de l'ONUSIDA (tester et traiter) de manière à mettre Haïti sur la voie de l'élimination du VIH/SIDA à l'horizon 2030. Les nouvelles cibles de patients à mettre sous traitement ont été mis en conformité avec la stratégie des trois 95 ce qui a apporté un nombre supplémentaire de patients à dépister et mettre sous traitement et des couts supplémentaires qui restent néanmoins limités par rapport à la stratégie précédente des trois 90. La prise en charge des IST est un volet important qui a été pris en compte dans le cadre de l'établissement de ce budget. Les couts en matière de politique, administration, recherche, suivi et évaluation ont été administré dans le cadre des possibilités offertes par l'outil RNM. Ces couts avoisinent 22.49% du budget global.

Les différentes données ont été intégrées dans l'outil RNM ce qui a permis de dégager le budget du programme sur les 6 prochaines années. Le présent budget est exprimé en années civiles, en gourdes et dollars US et est basé sur un scénario qui tient compte des besoins de ressources additionnelles entraînés par la stratégie tester et traiter et des trois 95.

Le budget total pour le financement de ce plan est de \$1 059 897 742 dollars américains pour la période de six ans prévue pour son exécution. Le tableau ci-dessous montre la ventilation des dépenses prévisionnelles du PSNM.

Tableau 9 : Ventilation du budget du PSNM pour la période 2018-2023

Coûts des activités VIH/SIDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	TOTAL	%
Prévention	45 787 425	50 447 509	55 566 179	58 758 400	63 627 556	68 998 638	343 185 706	32,38%
Populations prioritaires	14 599 513	16 455 408	18 551 855	20 809 255	23 348 164	26 199 970	119 964 164	11,32%
Jeunes scolarisés ou non	4 524 200	4 905 694	5 312 391	5 742 865	6 202 731	6 688 583	33 376 463	3,15%
Professionnel(le)s de sexe	5 486 263	6 241 498	7 100 699	8 078 178	9 190 219	10 455 345	46 552 202	4,39%
Hommes et femmes en uniforme	592 240	718 739	869 239	992 850	1 134 039	1 295 306	5 602 413	0,53%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	3 404 570	3 873 961	4 408 066	5 015 809	5 707 340	6 494 213	28 903 960	2,73%
Population carcérale	592 240	715 516	861 460	979 553	1 113 834	1 266 523	5 529 126	0,52%
Prestation de services	27 153 790	29 741 507	32 500 706	33 193 583	35 230 006	37 441 618	195 261 210	18,42%
Fourniture de préservatifs	4 837 886	5 375 429	5 912 972	6 504 270	7 154 697	7 870 166	37 655 420	3,55%
Conseil dépistage	9 335 209	10 749 261	12 331 520	13 489 538	14 753 494	16 124 592	76 783 613	7,24%
Traitement des IST	2 582 285	2 645 773	2 711 330	2 778 511	2 847 357	2 917 909	16 483 166	1,56%
PTME	8 370 409	8 893 560	9 416 710	8 241 163	8 241 163	8 241 163	51 404 168	4,85%
Mass media	2 028 000	2 077 483	2 128 174	2 180 101	2 233 296	2 287 788	12 934 842	1,22%
Soins de santé	4 034 122	4 250 595	4 513 617	4 755 562	5 049 386	5 357 050	27 960 332	2,64%
Sécurité du sang	3 612 006	3 803 857	4 005 777	4 218 392	4 442 303	4 678 139	24 760 473	2,34%

Coûts des activités VIH/SIDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	TOTAL	%
Prophylaxie post exposition	230 552	213 797	195 241	175 653	156 766	135 339	1 107 348	0,10%
PrEP	191 564	232 942	312 599	361 517	450 318	543 572	2 092 511	0,20%
Services de soin et de traitement	67 863 774	73 106 408	78 632 987	82 239 089	86 292 068	90 242 437	478 376 764	45,13%
Poly chimiothérapie destinée aux adultes	36 395 342	39 206 967	42 170 871	44 104 824	46 278 436	48 397 019	256 553 458	24,21%
Suivi en laboratoire spécifique au VIH	13 504 891	14 548 175	15 647 965	16 365 579	17 172 122	17 958 245	95 196 976	8,98%
Soins ambulatoires	2 741 696	2 953 499	3 176 773	3 322 459	3 486 200	3 645 794	19 326 421	1,82%
Conseil et Test volontaire à l'initiative du prestataire	1 778 031	1 915 388	2 060 184	2 154 664	2 260 852	2 364 352	12 533 471	1,18%
Traitement et services d'accompagnement psychologique	257 882	277 804	298 805	312 509	327 910	342 921	1 817 832	0,17%
Soins et traitements non ventilés par type d'activités	9 134 464	9 840 123	10 584 000	11 069 381	11 614 912	12 146 632	64 389 512	6,08%
Poly chimiothérapie antirétrovirale pédiatrique	1 499 789	1 615 652	1 737 789	1 817 484	1 907 055	1 994 358	10 572 126	1,00%
Soins médicaux à domicile	1 744 099	1 878 835	2 020 868	2 113 545	2 217 706	2 319 231	12 294 283	1,16%
Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	807 579	869 966	935 733	978 645	1 026 876	1 073 885	5 692 683	0,54%
Sous-total	67 863 774	73 106 408	78 632 987	82 239 089	86 292 068	90 242 437	478 376 764	45,13%
Politique, administration, recherche, suivi et évaluation	32 970 213	35 842 991	38 931 178	40 903 372	43 491 683	46 195 836	238 335 272	22,49%
Total Unité de HTG	10 996 605 825	11 954 768 175	12 984 775 812	13 642 564 547	14 505 847 973	15 407 768 315	79 492 330 647	
Total Unité de USD	146 621 411	159 396 909	173 130 344	181 900 861	193 411 306	205 436 911	1 059 897 742	100,00%

Les besoins de financement de ce PSNM se situent très clairement et principalement au niveau de l'effort de prise en charge et de traitement de toute une cohorte de nouveaux patients attendus en raison de l'application de la stratégie de « tester et traiter ». L'annexe-3 présentera les besoins de financement par rubriques budgétaires.

5.2 Analyse des gaps de financement

Les deux principaux bailleurs de fonds du programme ont des cycles de planifications différents (annuels pour PEPFAR et triennal pour le Fonds Mondial). Sur un besoin de financement de 1.073 milliards USD, seulement 188.5 millions USD sont disponibles, soit un gap de financement de 884.5 millions USD. Le cycle de planification des principaux bailleurs étant annuel ainsi que leur engagement financier il est difficile d'établir un gap financier sur six ans. Néanmoins, le gap de l'année 2018 constitue une bonne référence pour l'estimation du gap annuel de financement dans le futur.

Tableau 10 : Gap de financement du PSNM VIH/SIDA 2018-2023

	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	Total
Besoins de financement	146 621 411	159 396 909	173 130 344	181 900 861	193 411 306	205 436 911	1 059 897 742
Financement disponible PSNM	127 287 291	25 659 791	25 784 141	3 689 481	3 458 830	2 654 406	188 533 940
Gouvernement Haïtien	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	2 654 406	15 926 436
USG	101 500 000	95 000 000	-	-	-	-	196 500 000
Fonds mondial	22 072 285	22 072 285	22 072 285				66 216 855
ONUSIDA	350 000	250 000	300 000	300 000	225 000		1 425 000
UNICEF	100 000	50 000	50 000	-	-		200 000
UNFPA	235 600	235 600	235 600	235 600	-		942 400
UNESCO	150 000	150 000	200 000	200 000	250 000		950 000
HTW	225 000	247 500	271 850	299 475	329 424		1 373 249
Gap de financement	19 334 120	13 077 327	147 346 203	178 211 380	189 952 476	202 782 505	871 363 802

5.3 Mécanismes de financement du PSNM 2018-2023

Il est clair que les niveaux de financement prévus pour les prochaines années mettent en avant la prise en charge et le traitement avec 47,5% du budget total. La prévention primaire et secondaire totalise 30% du budget et les coûts administratifs et de renforcement du système 22,5%. Le principal enjeu sera de mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan et assurer une coordination réelle du financement qui ne peut être fait qu'au plus haut niveau (le CPN) de la gouvernance du programme. Compte tenu du fait que la quasi-totalité du financement actuel dépende de la coopération externe, la mobilisation de ressources internes par le trésor public devrait atteindre jusqu'à 1.5% des montants du budget global ce qui constituera un progrès significatif par rapport aux années antérieures en chiffre absolu ce qui doublerait ainsi le niveau actuel de financement

équivalent à 2%. L'opérationnalisation de cette contribution étatique régulièrement mentionnée mais insuffisamment mise en œuvre devrait contribuer à une plus grande crédibilisation sur cet aspect des décideurs publics.

La gouvernance stratégique unifiée du programme devrait avoir un impact positif sur la coordination et l'allocation des ressources avec le CPN en faisant du PSNM pour tous les bailleurs et les opérateurs le guide ultime pour la définition des activités durant les 6 prochaines années.

Les modalités actuelles de financement ne seront pas modifiées avec des bailleurs (partenaire financier externe ou l'Etat haïtien) octroyant directement des fonds à des partenaires d'implémentation sur la base de l'alignement des interventions avec le Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA 2018-2023.

Pour un meilleur suivi du programme, les audits techniques et financiers de tous ces programmes/projets issus du PSNM seront réalisés et transmis au secrétariat du CPN.

5.4 Financement basé sur les résultats

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est engagé depuis plus de 5 ans dans la stratégie de financement basé sur les résultats pour potentialiser les efforts des institutions et des programmes prioritaires en matière de prestations de services à la population. Le concept de FBR est un concept qui se base sur plusieurs interventions visant à réorganiser de manière plus efficace les systèmes nationaux de santé pour une performance améliorée. Le FBR peut être considéré comme une approche qui consiste en plusieurs interventions ayant pour but l'amélioration de la performance du système de santé qui comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui se consacrent à la réalisation d'activités dont l'objectif premier est la protection et l'amélioration de la santé.

Le financement basé sur la performance (ou Approche Contractuelle) tel qu'appliqué en Haïti est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité de soins de santé préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes, à travers « l'achat des soins ». Le modèle d'Haïti se base sur des contrats à prix fixe et l'attribution de primes aux entités qui participent à cette approche. Des indicateurs sont retenus pour évaluer la performance institutionnelle associant des indicateurs de prestations de services (cinq indicateurs randomisés) et des indicateurs de gestion comme la soumission de plans de travail annuels et des rapports mensuels. Les organisations (ONG ou autres) qui atteignent toutes les cibles reçoivent une prime de 6%, soit un montant total de 106% du budget initialement négocié.

L'achat de soins et services est ainsi effectué sur la base d'un contrat entre le financeur de l'intervention (Bailleurs, MSPP ou autres etc.) et l'institution qui développe et vend les services et soins. Les fonds dérivés de cet achat sont utilisés pour (i) la motivation du personnel de santé, en payant des primes liées à leur performance individuelle, (ii) la formation du personnel, (iii) le fonctionnement des structures de santé, et (iv) le financement de stratégies visant à l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins.

L'utilisation de la stratégie de Performance Basée sur les Résultats (FBR) dans la réponse au VIH en Haïti est de nature à aider le PNLS dans l'atteinte de nouveaux paliers de réalisation et de progrès en ce qui concerne la capacité des institutions de prestations de services à répondre aux besoins des populations et des groupes cibles.

Le programme VIH en Haïti reste un moyen efficace de renforcement de l'ensemble du système de santé en augmentant l'accès aux services de santé d'une manière générale et en créant des systèmes de gestion de production de services et de soins sur lesquels peuvent se greffer d'autres programmes et intervention prioritaire pour le MSPP.

VI. CONDITIONS DE SUCCES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNM 2018-2023

Les constats effectués lors de l'analyse du degré de mise en œuvre et de l'efficacité du dernier plan stratégique de lutte contre le VIH montre que de nombreux axes d'intervention tel que la lutte contre la discrimination et la stigmatisation n'ont fait l'objet d'aucune mise en action. Les raisons sont multiples allant de la volonté politique des autorités sanitaires à la disponibilité des ressources en passant par le manque de leadership dans la conduite et le pilotage du PSNM.

Certaines conditions critiques doivent donc être satisfaites pour assurer le succès du présent Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA 2018-2023 dont les suivantes :

- Un engagement politique fort des hautes instances du MSPP leader de fait de la gouvernance de la réponse au VIH. Au-delà de l'expression de la volonté politique des hautes instances du MSPP, celle-ci doit se concrétiser dans les faits par un engagement dans la mise en œuvre en mettant en place un dispositif de pilotage réel du PSNM et en mettant tout en place pour assurer le leadership des différents secteurs et la mobilisation des ressources.
- Une gestion opérationnelle et efficace du programme. L'efficacité de la gestion du PSNM 2018-2023 dépendra de la répartition des rôles qui sera fait entre les différents et nombreux acteurs qui officient dans la réponse au VIH et du respect par chaque acteur de ses responsabilités et des engagements pris.
- La responsabilisation affirmée du CT du PNLS au sein de l'UCMIT comme la seule entité opérationnelle de coordination de la mise en œuvre du PSNM par les autorités sanitaires. Il est fondamental que la mise en œuvre du PSNM soit coordonnée par la Coordination Technique du PNLS entité centrale du Ministère qui devra être renforcée dans cette perspective en clarifiant le cadre politique, normatif, procédural de ses actions et en lui adjoignant les ressources humaines et matérielles nécessaires pour pouvoir pleinement assumer sa mission de leadership national. Il est donc nécessaire d'avoir sans ambiguïté une entité étatique aux commandes de la coordination de la mise en œuvre du PSNM.
- Un financement adéquat. La décision de la gratuité de la prise en charge du VIH et du sida implique une nécessaire mobilisation conséquente des ressources appropriées et pérennes. Dans le double contexte actuel de réduction du financement et d'adoption de « la voie accélérée » vers l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, la question du financement de l'actuel plan stratégique est fondamentale et réellement une condition critique pour l'atteinte des impacts espérés. L'élaboration d'un plan clair de mobilisation des ressources par les autorités sanitaires de concert avec les partenaires financiers du programme est absolument nécessaire dans un tel contexte.
- Une gestion renforcée et rigoureuse. Il s'agit en priorité de réaliser (i) l'élaboration et la mise en place de procédures générales de gestion et de suivi des décisions au sein du CT du PNLS, et (ii) le renforcement du leadership de la CT du PNLS par des mesures concrètes de légitimation et de soutien de la haute direction du MSPP.
- Une opérationnalisation efficace du PSNM. Celle-ci passe par l'élaboration d'un plan tactique d'allocation des ressources et de plans opérationnels annuels nationaux en concertation avec les partenaires du programme. Une analyse des ressources disponibles, des gaps de financement et des moyens d'y répondre sera nécessaire pour assurer l'opérationnalisation du PSNM.
- Une approche de gestion de la qualité des services et du management. Cette approche mettra l'accent sur (i) la qualité de la prestation de services VIH de manière selon les normes scientifiques et techniques, et (ii) la qualité de la gestion du programme sur le plan programmatique, administratif, financier ainsi que sur les aspects de Suivi et d'évaluation.
- Un Plan de Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023. Le cadre de performance du PSNM 2018-2023 est défini et sera l'élément central du Plan de S&E dont la vocation est de rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre du programme ainsi que des changements généraux dans l'environnement du programme permettant ainsi aux instances concernées de prendre les décisions appropriées pour maintenir le cap vers les objectifs fixés.

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre de performance du PSNM VIH 2018-2023

Indicateurs		Données de base	Source et Année	Cibles					
				2018	2019	2020	2021	2022	2023
Indicateurs d'impact									
Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.									
	Prévalence du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	12,90%	PSI-Haïti, IBBS 2014	10%		8, %		6%	
	Prévalence VIH chez les professionnelles du sexe	8,70%	PSI-Haïti, IBBS 2014	7%		6, %		5%	
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	0,90%	EMMUS V, 2012	0,70%			0,6%		
	Taux de positivité au VIH chez les détenus	6,4%	Rapport HTW, 2016	5,96	5,74	5,53	5,32	5,13	5,00
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	1%	Bulletin épidémiologique, 2015	0,62%			0,35%		0,24%
	Prévalence VIH chez les adultes de 15-49 ans	2,20%	EMMUS V, 2012	2%			1,40%		
	Prévalence des IST	ND		AD			AD		AD
	Prévalence de la syphilis parmi les femmes qui ont consulté dans les Cliniques Périnatales	3,69%	MESI, 2017	2,8%			1,40%		0,70%
	Prévalence des Hépatites B et C	VHB : 3,26% VHC : 0,68%	Croix-Rouge Haïtienne, 2016	VHB : 2,2% VHC : 0,6%			VHB : 1,8% VHC : 0,4%		VHB : 1,2% VHC : 0,2%
Prévalence de la syphilis congénitale	0,76%	HHF, 2009	0,6%			0,4%		0,1%	
Impact 2 : D'ici à fin 2023, le taux de survie à 60 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%									
	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	5,4%	Bulletin épidémiologique n 13	<5			<5		<5
	Décès liés au VIH	3,100	Spectrum, 2018	2700	2605	2242	1946	1734	1582
	Taux de mortalité des patients coi-infectés TB/VIH	14%	PNLT, 2012		7%				
Impact 4 : Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023									
	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 habitants	547	Annuaire statistique, 2016, MSPP	211	195	180	166	153	142
Indicateurs d'effets									
Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023									
	Pourcentage de cas d'IST hommes et femmes traités selon les normes	ND		AD	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de femmes enceintes recevant des services prénatals testées et traitées pour la syphilis et les autres IST les plus fréquentes	ND		AD	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de cas d'Hépatites B et C traitées	ND		AD	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de victimes de violences sexuelles recevant une Prophylaxie Post Exposition (PEP)	ND		AD	100%	100%	100%	100%	100%

Indicateurs		Données de base	Source et Année	Cibles					
				2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Pourcentage de personnes évaluées à risques recevant une Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)	ND		AD	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de PS ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	89,1%	IBSS, PNLS/PSI 2014	91,7%		93,0%		94,3%	
	Pourcentage d’hommes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	76,7%	IBSS, PNLS/PSI 2014	82,6%		85,6%		88,5%	
	Pourcentage de jeunes âgés de 15- 24 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH	H : 30%	EMMUS 5, 2012	60,0%			75,0%		
		F : 36%		60,0%			72,0%		
	Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu plus d’un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	H : 60,8%	EMMUS 5, 2012	79,5%			88,8%		
		F : 51,6%		65,5%			80,2%		
	Pourcentage des femmes et hommes de 10-24 ans ayant eu plus d’un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	H : ND		H : TBD			H : TBD		
F : ND		F : TBD		F : TBD					
Impact 2 : D’ici à fin 2023, le taux de survie à 60 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%									
	Pourcentage d’adultes et enfants présentant une infection à VIH qui reçoivent des ARV.	H : 27,6%	EMMUS V, 2012	95%			95%		
		F : 34,6%		95%			95%		
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous ARV encore actives à 6 mois et 12 mois (Taux de rétention).	6 mois : 79,4% 12 mois : 69,3%	Etude de cohorte 2016	6 mois : 81% 12 mois : 76,6%	6 mois : 84% 12 mois : 80,3%	6 mois : 87% 12 mois : 84,0%	6 mois : 90% 12 mois : 87,7%	6 mois : 93% 12 mois : 91,3%	6 mois : 95,0% 12 mois : 93%
	Pourcentage de patients qui ont une charge virale indétectable à 6 et 12 mois	37,0%	COP 17, 2016	73,6%	76,9%	80,1%	85%	90%	95,0%
Impact 3 : D’ici à fin 2023, dans un environnement légal défini et favorable aux droits des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés a baissé de 80%.									
	Pourcentage d’OEV recevant au moins un élément du paquet de services sociaux de base	ND		40,0%			45,0%		50,0%
	Taux actuel de fréquentation scolaire chez les OEV lie au VIH	ND		24,0%			27,0%		30,0%
	Pourcentage d'adultes de 15-49 ans exprimant les quatre attitudes de tolérance à l’égard des personnes vivant avec le VIH	H : 22,7%	EMMUS V, 2012	48,5%			61,4%		
		F : 11,6%		43,5%			59,4%		
Impact 4 : Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d’ici à fin 2023									
	Pourcentage de financement de la lutte contre le VIH attribuable à l’état haïtien	2,0%	REDES, 2015	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
	Le Comité de Pilotage national du PNLS est mise en place et fonctionnel	NA		1 CPN du PNLS en fonction					
	Nombre et Pourcentage de femmes enceintes ayant eu un suivi pré natal selon les normes	60,0%	2012		75,0%			80,0%	
	Nombre et pourcentage de rapports d’audits financiers satisfaisants soumis par rapport aux dépenses du SIDA	ND		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de sites de prise en charge de VIH/SIDA disposant d’un réseau communautaire intégré	ND		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Annexe 2 : Cibles annuelles du cadre de performance du PSNM VIH 2018-2023

Indicateurs	Données de base	Source et Année	Cibles annuelles					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Impact-1 : Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires d'ici à 2023.								
Nombre de jeunes non-scolarisés et jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH	ND		452 498	478 962	506 223	534 303	563 221	592 998
Nombre de condoms masculins distribués à la population générale	58 176 000	PEPFAR, 2015	69 360 379	76 296 417	83 926 059	92 318 665	101 550 531	111 705 584
Nombre de personnes (HARSAH, PS, Pop carcérale, Jeunes, Personnes en uniformes) qui ont fait le test de dépistage du VIH et retiré les résultats	ND		501 970	562 715	601 910	643 473	687 604	734 525
Nombre de HARSAH touchés par la CCC	48 024	GARPR, 2016	32 300	35 889	39 876	44 307	49 230	54 700
Nombre de PS touchés par la CCC	38 909	PEPFAR, 2015	66 135	73 483	81 648	90 720	100 800	112 000
Nombre d'Hommes/Femmes en uniforme touchés par la CCC	3 528	GARPR	9 478	11 189	12 476	13 910	15 510	17 294
Nombre de détenus touchés par des activités de CCC	ND		9 435	11 089	12 309	13 663	15 166	16 834
Nombre de gels/Lubrifiants pour PS et HARSAH	ND		15 933 265	17 703 628	19 670 698	21 856 331	24 284 813	26 983 125
Nombre de condoms masculins distribués aux PS	ND		47 986 908	53 318 787	59 243 096	65 825 663	73 139 625	81 266 250
Nombre de condoms masculins distribués aux HARSAH	ND		15 746 154	17 495 727	19 439 696	21 599 663	23 999 625	26 666 250
Nombre des professionnelles du sexe qui ont fait le test de dépistage et qui connaissent leur résultat	42 389	PUDR, 2016	34 863	43 775	54 238	66 485	80 784	97 440
Nombre de HARSAH qui ont fait le test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	15 097	PUDR, 2016	16 104	20 559	25 805	31 964	39 173	47 589
Nombre de Jeunes 15-24 ans qui ont fait le test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	6 117	PUDR, 2016	148 678	192 953	241 541	294 630	352 415	415 098
Nombre de détenus qui ont fait le test de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	10 599	Rapport HTW, 2016	9 058	10 645	11 816	13 116	14 559	16 160
Nombre de femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage du VIH	192 830	MESI, 2017	208 845	221 130	218 700	218 700	218 700	218 700
Nombre d'unités de sang sécurisées, testées pour les marqueurs de maladies transmissibles produits.	25 234	PNTS, 2015	66 822	68 693	70 616	72 593	74 626	76 716
Nombre de cas d'exposition au VIH en milieu de soins ayant bénéficié d'une prophylaxie post-exposition au VIH.	471	MESI, 2016	198	180	162	156	140	124
Nombre de femmes enceintes couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME	251 802	Rapport statistique annuel 2015 PNLS	245 700	245 700	243 000	243 000	243 000	243 000
Nombre de femmes et jeunes filles victimes de violence sexuelle basée qui ont bénéficié d'une Prophylaxie Post-exposition (PEP)	935	MESI, 2017	1 358	1 207	1 056	905	755	604
Nombre de cas d'IST hommes et femmes de 15-64 ans dépistés sur une base étiologique (Syphilis, autres IST, Hépatites B et C) et traités suivant les normes	ND		103 291	103 310	103348	103 386	103 424	103 462
Nombre de personnes (couples discordants, populations clés et à risques) qui ont bénéficié d'une Prophylaxie Pré Exposition	ND		1 494	1 876	2 042	2 417	2 787	3 149
Impact-2 : D'ici à fin 2023, le taux de survie à 60 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90%								
Nombre total (adulte et enfant) de PVVIH	158 344	Spectrum, 2018	158 700	161 471	164 521	167 161	169 385	171 079
Nombre total (adulte et enfant) connaissant leur statuts sérologiques	114 130	MESI, 2017	150 765	153 397	156 295	158 803	160 916	162 525
Nombre total (adulte et enfant) de patients VIH+ placés sous ARV	101 558	MESI, 2017	126 960	137 250	148 069	152 117	157 528	162 525
Nombre total (adulte et enfant) de patients VIH+ placés sous ARV qui ont une charge virale indétectable	10 311	MESI, 2017	120 612	130 388	140 665	144 511	149 652	154 399
Nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH recevant le CTX comme prophylaxie	21 784	MESI, 2015	135 296	135 561	135 560	135 327	134 826	134 325
Nombre de patients TB qui ont effectué un test de dépistage du VIH	14 315	Rapport PNLT, 2016	15 208	15 197	15 168	15 225	15 267	15 293
Nombre de patients co-infectés VIH-Tuberculose qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	739	MESI, 2017	1 636	1 598	1 566	1 544	1 526	1 509
Nombre de patients VIH positive qui ont reçu la prophylaxie à l'INH	18 449	MESI	116 254	113 547	111 236	109 724	108 417	107192

Indicateurs	Données de base	Source et Année	Cibles annuelles					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des ARV	4 342	MESI, 2017	4 563	4 832	4 155	4 155	4 155	4 155
Nombre de bébés exposés au VIH ont eu le test PCR entre 4 et 6 semaines	1606	MESI, 2017	3 651	4 349	3 740	3 740	3 740	3 740
Pourcentage de sites de traitement n'ont pas connu de rupture d'ARV au cours des 12 derniers mois	3%	PUDR, 2016	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%
Pourcentage de sites de traitement qui n'ont pas connu de rupture d'intrants de labo au cours de la période de rapportage	ND		<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%
Impact-3 : D'ici à fin 2023, dans un environnement légal défini et favorable aux droits des PVVIH, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés a baissé de 80%								
Nombre de PVVIH, HARSAH, TS qui ont bénéficié d'un appui juridique en cas de discrimination ou stigmatisation	ND		100	100	100	100	100	100
Nombre d'OEVI qui ont bénéficié d'un soutien socio-économique.	43 013	PNUD	76 349	80 167	84 175	85 859	87 576	89 327
	55 632	PEPFAR						
Nombre de PVVIH qui ont bénéficié d'un appui nutritionnel	ND		2 030	2 140	2 231	2 225	2 222	2 220
Impact-4 : Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023								
Pourcentage du financement de l'état haïtien à la lutte contre le VIH	2%	REDES, 2015	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Nombre de rapports annuels de mise en œuvre du PSNM réalisé	1	PNLS, 2016	1	1	1	1	1	1
Nombre de bulletin épidémiologique de surveillance édité par an	2	PNLS, 2016	4	4	4	4	4	4
Nombre et pourcentage de plan d'approvisionnement annuel produit et mis en œuvre par la CT PNLS	ND		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre d'Agents Communautaires Polyvalents impliqués dans la prise en charge communautaire des PVVIH	ND		3 500	4 000	4 500	5 000	5 500	6 000

AD : A Déterminer
NA : Non Applicable
ND : Non Disponible

