

**PROGRAMME DE FORMATION EN MANAGEMENT ET GESTION  
DES SERVICES DE SANTÉ EN HAÏTI**

**(DESS-MGSS)**

**TRAVAIL DE FIN PROGRAMME**

**OFFRE DE SOINS AUX PVVIH : PLAN STRATÉGIQUE**

Présenté par:

Marie Lourdes BALTHAZAR  
Nancy Rachel LABBE  
Nika Nola LAMOTHE  
Marc-Aurèle TELFORT

Juillet 2003  
Promotion 2002-2003

## Remerciements

Nos premiers propos de remerciement vont à l'endroit du grand Dieu Créateur sans l'aide de qui tout effort serait vain.

Puis à nos conjoints qui ont été d'un apport inestimable par leur compréhension, leur patience et leurs conseils.

L'élaboration d'un travail aussi laborieux n'aurait été possible sans l'encadrement de notre tuteur en l'occurrence le Docteur Paul ADRIEN et la généreuse contribution de nos informateurs clés.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à:

- < l'équipe médicale des centres GHESKIO, Dr. Rose VERDIEU, Dr. Patrice SEVERE, Dr. Patrice JOSEPH, Dr. Francine NOEL, Dr. NERETTE, Dr. GRAND PIERRE, Dr. BARBOT,
- < la coordination nationale de lutte contre les IST / SIDA, Dr. Jean Ronel JOSEPH,
- < la représentation de L'UNICEF, le Dr. Ralph MIDY,
- < la représentation de l'Onu Sida, Dr. Ralph MELON,
- < la représentation de la CARE-Haïti à Port-au-Prince Dr. Gracia DESFORGES; à Jérémie Dr. Patrick DIMANCHE et à Port de Paix Dr. Kelly BASTIEN,
- < la représentation du Global Fund, D. Glenn BOCHARD, Dr. Fadoul, Dr. SIMEON,
- < aux PVVIH, Mme. Esther BOUCICAULT (Fondation Esther BOUCICAULT),
- < M. Saurel BEAUSEJOUR (ASON)

Nous adressons des remerciements spéciaux à l'endroit de Madame Rosmonde, Monsieur Desma et particulièrement madame Thélusma la coordonnatrice du cours.

En fin, nous exprimons généralement nos remerciements à tous ceux et celles qui par leurs soutien et conseil ont participé à la conception ou la réalisation de ce travail.

**Marie Lourdes BALHAZAR**  
**Nancy Rachel LABBE**  
**Nika Nola LAMOTHE**  
**Marc-Aurèle TELFORT**

## Sommaire

- 1. Contexte général**
- 2. Historique du SIDA: À travers le monde, en Haïti**
- 3. Épidémiologie du VIH/SIDA**
- 4. Méthodologie**
- 5. Bilan de l'offre des services: À travers le monde, en Haïti**
- 6. Analyse de la prise en charge des PVVIH (Problématique):**
  - Capacité fonctionnelle des établissements de santé
  - Régulation du Système
  - Volonté politique
- 7. Les Enjeux:**
  - Viabilité financière
  - Régulation de l'offre des services
  - Protection du droit des PVVIH
  - Support nutritionnel
  - Prise en charge Psychosociale
  - L'accès aux ARV
  - La prise en charge des orphelins du SIDA
- 8. Le Plan directeur:**
  - Justification
  - Diagnostic stratégique
  - Vision, principes directeurs et valeurs
  - But
  - Objectif général
  - Stratégie de base
    - Renforcement de la régulation du système:
      - Renforcement du leadership public
      - Amélioration de la coordination intra et inter sectorielle
      - Renforcement normatif de l'organisation des services
    - Renforcement de la capacité institutionnelle:
      - Mise à niveau des structures de prestation
      - Amélioration du processus de prise en charge
    - Développement d'une filière communautaire de prise en charge
      - Mobilisation communautaire
      - Standardisation de la prise en charge à domicile
      - Prise en charge des orphelins du SIDA
      - Réinsertion du PVVIH dans le milieu social et du travail
    - Protection des droits des PVVIH
- 9. Considérations liées à la mise en oeuvre:**
  - Renforcement de la régulation du système de soins
  - Renforcement de la capacité institutionnelle
  - Renforcement et extension de la filière communautaire de prise en charge
  - Les contraintes:
    - Viabilité financière
    - Culture
- 10. Suivi / Évaluation**
- 11. Conclusion**
- 12. Bibliographie**
- 13. Annexe**

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ASON :Association de solidarité Nationale
- ARV :Antirétroviraux
- AZT :Zidovudine
- CARICOM :Caribbean community
- CCC :Communication pour le changement de Comportement
- CCI :Coordination inter agence
- CCM :Comite de coordination
- CDC :Center for Disease control
- CD4 :Compte des lymphocytes T4
- CDS :Centres pour le Développement et la Santé
- CECOSIDA :Cellule de communication sur le SIDA
- CNP :Caraïbe Network PVVIH
- EMMUS III :Enquête morbidité, mortalité, utilisation des services, 3<sup>e</sup> version
- FNUAP :Fond des Nation Unis pour la Population
- GHESKIO :Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des infections opportunistes
- GIPA :Greater involment of people living with AIDS
- HAART :Highly Active Antiretroviral
- HAS :Hôpital Albert Scheitzer
- HIV :Human Immunodeficiency Virus
- IEC :Information, Education et Communication
- IHE :Institut Haïtien de l'Enfance
- IST :Infection Sexuellement Transmissible
- LAV :Lymphadenopathy Associated Virus
- MAST : Ministère des Affaires Sociales et du Travail
- MSPP :Ministère de la santé Publique et de la Population
- ONG :Organisme Non Gouvernemental
- ONUSIDA :Programme commun des Nations Unis sur le SIDA
- OPS / OMS :Organisation Panaméricaine de la santé / Organisation mondiale de la santé
- PIB :Produit Intérieur Brut
- PNH :Police Nationale d'Haïti
- PNUD :Programme des Nations Unis pour le Développement
- PROMESS :Programme de Médicaments Essentiels
- PTME :Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- PVVIH :Personne vivant avec le VIH
- SIDA :Syndrome Immunodéficitaire Acquis
- TASO :The AIDS Support Organisation

- TB :Tuberculose
- UCS :Unité Communale de Santé
- USAID :Agence des Nations Unis pour le Développement international
- UNICEP :Programme des Nations Unis pour l'Enfance
- VCT :Voluntary des Nations Unis pour l'enfance
- VIH :Virus de l'Immuno déficience Humaine

## LISTE DES ANNEXES

- < Annexe I :Questionnaires
- < Annexe II :Tableau des indicateurs
- < Annexe III :Filière de prise en charge et de soutien en matière de VIH
- < Annexe IV :Schémas de développement des centres VCT (GHESKIO)
- < Annexe V :Résumé des facteurs environnementaux internes et externes
- < Annexe VI :Structure de gestion nationale proposée par le plan 2002-2006
- < Annexe VII :Filière de coordination proposée par la charte de partenariat
- < Annexe VIII :Tableaux synthétiques des stratégies de renforcement de l'offre des services
- < Annexe IX :Bibliographie

## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La lutte contre le VIH/SIDA pose dans le monde entier d'énormes problèmes qui font craindre que la réussite sera difficile voir même impossible.

En Haïti, la situation n'est pas très différente, car cette maladie représente la deuxième cause de décès et à cause de la gravité de son profil épidémiologique, le pays est classé au 24<sup>e</sup> rang mondial. Depuis ces deux dernières décennies, divers plans ont été proposés dans le cadre de cette lutte dont le dernier en date remonte à 2002-2006; diverses interventions ont également eu lieu mais avec très peu d'impact sur la séroprévalence, l'incidence, et le taux de mortalité lié à la pathologie;

Alors, nous autres gestionnaires, proposons un plan directeur pour une prise en charge globale des PVVIH. Les préalables à ce plan ont été; le bilan de l'offre des services, la recherche des modèles internationaux et nationaux de prise en charge, l'analyse de situation. Des considérations liées à la mise en oeuvre de ce plan ont été identifiées et des ébauchés de solutions proposées.

Enfin, nous espérons que ce travail, bien que limité, contribue à la lutte contre le SIDA, car, il est plus que temps d'agir sinon, comme dit Jacques Généreux: "si un jour l'horreur frappe à notre porte, que répondrons nous à nos enfants s'ils nous disent; vous êtes les sentinelles et vous vous êtes endormis; pire encore vous ne dormiez pas, vous avez reconnu l'ennemi et vous n'avez rien dit, vous n'avez rien fait".

## 1- Contexte Général

*Géographiquement*, la République d'Haïti partage avec la république dominicaine l'île d'Haïti ou Hispaniola située dans les Caraïbes. C'est un pays essentiellement montagneux avec 2/3 de sa surface occupée par les montagnes dont 95% sont dénudés. Elle a une superficie de 27.750 km<sup>2</sup>. Au point de vue *démographique*, elle est habitée par une population de 7,978.964 d'habitants avec une densité de 292 habitants par km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement annuel de 1.08%. La population haïtienne est extrêmement jeune, 55% ont moins de 15 ans et l'âge médian est de 20 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 4.7 enfants par femme. D'autres *indicateurs socioéconomiques* ont été identifiés dont un taux d'analphabétisme de 65%, un taux de chômage de 65%, un seuil de pauvreté de 64.6%, d'extrême pauvreté de 18,5% et un PIB de 9721 gourdes par habitant (à prix constant). Seulement 5% de la population ont accès aux services de santé. (9)

*Les indicateurs sanitaires* suivants ont été notés: un taux de mortalité infantile 80,3 pour mille, de mortalité infanto-juvénile de 119 pour mille, de mortalité maternelle de 523 pour 10000 et une espérance de vie à la naissance de 58,9 ans, réduite de onze (11) ans avec le SIDA.

**Sur le plan social**, la grande pauvreté des femmes et le maintien de certains stéréotypes accordent à l'homme le pouvoir de décision à tous les niveaux.

**Sur le plan politique**, l'absence de consensus de la part des différents acteurs politiques pour un projet de société a entretenu au cours de ces deux dernières décennies une instabilité politique avec des conséquences néfastes sur la gestion des affaires publiques et la situation socioéconomique du pays.

## 2- Historique du Sida

Le SIDA est actuellement l'un des plus grands fléaux qui frappe le monde entier; l'une des préoccupations de tout gouvernement car les conséquences de cette épidémie sont catastrophiques.

Les trois premiers cas de SIDA ont été répertoriés à Los Angeles au début de l'année 1981. Rétrospectivement, le virus a été identifié sur un spécimen de sang prélevé dans l'année 1959.(22) Les premières études ont montré qu'il s'agit d'une affection encore inconnue qui se transmet par voie sanguine et sexuelle. (10)

En 1982, les Centres de Contrôle des Maladies (CDC) aux Etats-Unis a dénommé cette pathologie "4H" (hémophile, héroïnomanie, homosexuel, en incluant faussement les haïtiens). (19)



En 1983, le professeur Luc Montagnier isola pour la première fois, le virus responsable du Sida auquel il donna le nom de L.A.V. (Lymphadenopathy associated virus). Durant cette même année, le premier document législatif relatif au VIH /SIDA a été aussi adopté en Suède par la direction nationale de la santé publique et de la prévoyance sociale. (12)

L'année 1985 verra le retrait des haïtiens du groupe "4H", la mise des tests de dépistage sur le marché et les premiers essais thérapeutiques à l'AZT aux Etats-Unis. (10)

En 1986, le sigle HIV a été adopté par la communauté scientifique pour désigner cette infection et la journée du premier décembre, retenue pour la commémorer mondialement. (10)

En 1989, des PVVIH ont participé pour la première fois à la conférence internationale sur le SIDA. (10)

A la VIIe conférence internationale sur le SIDA en 1991, il a été démontré l'expansion mondiale de l'épidémie et que 90% des personnes infectées vivent dans les pays du tiers monde dont près de la moitié sont infectées avant l'âge de vingt cinq ans; un cri d'alarme a été sonné (33).

En 1993, les premiers essais vaccinaux ont été expérimentés. (10)

En 1996, le HAART (High Active Anti retro viral) devient disponible. (10)

En 1998 une nouvelle souche a été découverte. (12)

En juin 2001, lors d'une session spéciale sur le VIH / SIDA, les états membres des

Nations Unies et la communauté internationale en général ont adopté une « déclaration d'engagement» dans la lutte contre le VIH SIDA .Ils ont exprimé pour le millénium le but d'arrêter et de commencer à inverser la progression du SIDA, d'ici 2015. (33)

**En Haïti**, le cas le plus ancien retracé rétrospectivement remonte à juillet 1978, alors que les premiers cas ont été observés au début des années 80. (19)

En 1988, une enquête des centres GHESKIO a rapporté une prévalence de 7% du sida chez les femmes enceintes et, en 1993 le centre de transfusion sanguine l'a estimée à 5% .

En 1994, une enquête menée par L'IHE au niveau de 5 sites du pays a révélé une séroprévalence de 10% en zone urbaine et de 4% en zone rurale. (19)

En 1998, une personne infectée, Mme Esther Bourcicault, a témoigné de sa séropositivité sur la télévision nationale bien qu'antérieurement un artiste-peintre bien connu, monsieur Jean-René Jérôme eut à le faire sur son lit de mort.

En 1999, le premier forum de solidarité avec les personnes vivant avec le VIH a été tenu. (41).

En 2000, les PVVIH ont participé à la VIIIe conférence internationale sur le SIDA. (41).

En juin 2003, au cours d'une activité réunissant entre autres: des hommes de lois, des responsables gouvernementaux et des PVVIH, la question des droits du PVVIH a été débattue.

De nos jours, Haïti et la Guyane sont les seuls pays de l'Amérique où l'épidémie du Sida est généralisée avec prévalence de plus de 5%. (32)

### 3- Epidémiologie du VIH / SIDA

L'ONUSIDA et l'OMS avaient estimé le nombre des personnes vivant avec le VIH / SIDA à la fin de 2000 à 36,1 millions, dépassant de 50% les projections faites en 1991; l'incidence était estimée en 2000 à 5.3 millions; les décès dûs au VIH / SIDA en 2000 à 3 millions, le nombre cumulatif de décès au VIH/SIDA à 21.8 millions. (32)

**En Haïti**, cette pandémie représente la première cause de décès soit 6.3% du total des décès. Elle touche particulièrement les couches productives de la société (25-49 ans), avec un sex-ratio de 1/1. (35) En dépit des problèmes de sous notification nationale, les données suivantes sont obtenues pour l'an 2000:

-	Personnes vivant avec le VIH / SIDA	: 300 000
-	Nouveaux cas d'infection au VIH / an	: 30 000
-	Nombre de décès par jour en 2000	: 125
-	Nombre cumulé de cas de décès	: 300 000
-	Nombre d'orphelins	: 200 000

La prévalence est passée de 6,2 en 1993 à 5,92 en 1996 et à 5,29% en 2001. (35)

*Trois facteurs contribuent à entretenir cette épidémie; il s'agit du risque, de la vulnérabilité et de l'impact. Ce sont des facteurs sur lesquels ne peut agir de façon isolée le ministère de la santé; d'où, l'importance de l'action multisectorielle dans la lutte contre le sida. (35)*

Le risque est fortement lié aux moeurs (multipartenariat, initiation sexuelle précoce), au comportement sexuel (non utilisation du condom), à la culture de la société, à la transmission verticale et la forte prévalence des IST.

La vulnérabilité est liée à des conditions socio-économiques précaires qui rendent certaines composantes de la population plus à risque que d'autres, notamment les femmes et les jeunes. De plus, une étude réalisée par L'IHE (EMMUS III) a montré qu'au point de vue social, la population n'était pas prête à assumer la prise en charge, à la maison, un tel patient et que ce dernier ne devrait pas continuer à travailler avec les autres. Cette vulnérabilité est aussi due au faible niveau de scolarisation et à l'ignorance de la population sur les modes de transmission du sida.

L'impact de cette pathologie est important tant sur l'individu qui est stigmatisé; sur la famille qui s'appauvrit (le coût annuel des médicaments pour la prise en charge d'un PV VIH est estimé entre 650 à 850 dollars US) que sur la société en général. L'espérance de vie est passée de 58,9 ans à 47 ans sous l'effet du sida; le taux de mortalité maternelle a augmenté de 20%; le taux de mortalité infantile s'empire et le nombre croissant d'orphelins liés au SIDA estimé à 200.000 constitue une menace pour la société. (19) De plus, le SIDA augmente considérablement la consommation des soins de santé et constitue des dépenses supplémentaires importantes pour le système sanitaire.

#### **4- Méthodologie**

Cette étude vise à présenter la problématique de l'offre des services aux patients vivant avec le sida et à proposer un plan directeur. Pour y parvenir, des observations dans les centres de soins, revue de la littérature (vis l'Internet, documents disponibles, certaines propositions techniques en oeuvre) ont été réalisées. Par ailleurs, des entrevues avec des prestataires de soins (médecins, infirmières, travailleurs sociaux), des gestionnaires, des patients atteints de VIH/SIDA isolés ou regroupés en association ont complété l'étude. Les questions portaient sur l'implication de la personne ou de l'institution dans la lutte contre le VIH/SIDA, les services et les soins offerts, leur perception de cette pandémie et le mode de financement des activités. Les patients étaient surtout questionnés sur le moyen par lequel ils ont contracté l'infection, l'acceptation de la maladie, la satisfaction par rapport aux soins reçus, le comportement de l'entourage à leur égard et leur implication dans la lutte contre le SIDA.

Les différentes institutions consultées dans le cadre de cette étude regroupent: ONUSIDA, OPS/OMS, GHESKIO, Zanmi la Santé de Cange, H.A.S (Hôpital Albert Schweitzer) CARE-Haiti, MSPP, Global Found, les centres pour le développement et la Santé, la Fondation Sogebank et quelques responsables de Médias (journalistes).

## 5- Bilan de l'offre des services dans le monde

De nos jours, selon l'estimation de UNAIDS et L'OPS/OMS, une personne sur deux cents du groupe d'âge quinze à quarante neuf (15-49) ans est infectée par le VIH en Amérique du nord. La prévalence est estimée à 0,56% en *Amérique Latine* et à 1,96% dans les *Caraïbes*. Dans cette zone, la répartition est très inégale. Guyana a une prévalence de 7,1% chez les femmes enceintes alors qu'elle est de moins de 1% à Sainte Lucie. En *Afrique*, plus spécialement en Afrique Subsaharienne, une personne sur douze (1/12) est infectée par le VIH. (33)

Dans les pays à revenu élevé de l'Amérique du Nord et de l'Europe, les polythérapies instituées depuis 1996 ont largement contribué à réduire les taux de mortalité et d'hospitalisation chez les patients sidéens sans pour autant entraîner une baisse appréciable de l'incidence et de la prévalence. En dépit de tout, la polythérapie demeure très importante dans la prise en charge des PVVIH. (33)

Face à ce constat, plusieurs interventions sont réalisées pour rendre accessible cette thérapie dans les pays à forte prévalence de l'Amérique Latine, des Caraïbes et de l'Afrique. Elles incluent: la création d'un cadre international, c'est-à-dire le *développement d'un large partenariat* des secteurs privé et public pour l'amélioration de l'accès aux médicaments, entre le système des Nations Unies (ONUSIDA, UNICEF, OMS, FNUAP) et des laboratoires pharmaceutiques; les efforts courageux de plaidoyer des PVVIH et de certaines ONG; la coopération Sud-Sud avec production et vente des médicaments entre les pays de moyen et faible revenus. Lors d'une session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies, une « Déclaration d'Engagement » a été adoptée par tous les gouvernements du monde où pour la première fois, le traitement et la prise en charge y compris l'accès aux médicaments antirétroviraux ont été spécifiquement reconnus comme élément essentiel de la riposte à la pandémie mondiale du VIH / SIDA. (35)

Cette prise en charge fait intervenir en plus *de la polythérapie* d'autres éléments tels:

- *La prévention et le traitement des infections opportunistes*
- *Des soins palliatifs*
- *La prévention et le traitement des IST*
- *La planification familiale*
- *Une bonne alimentation*
- *Un soutien psychosocial*
- *Le respect des droits de la personne humaine*
- *La réduction de la stigmatisation associée au SIDA*
- *La prise en charge de la transmission verticale (Mère- Enfant)*
- *Communication pour le changement de comportement (35)*

Si pour certains pays, la disponibilité des médicaments suffit à elle seule, pour assurer l'amélioration de la prise en charge des PVVIH, pour d'autres par contre, il faudra trouver d'autres alternatives ou moyens de renforcement du système conventionnel de prestation des services aux PVVIH.

En effet, ***l'Ouganda***, un des pays de l'Afrique les plus touchés par cette épidémie à cause de l'ignorance et de certaines pratiques culturelles, est arrivé à faire baisser de façon spectaculaire son taux de prévalence grâce à la mise en place de nouvelles stratégies axées sur les éléments sus-mentionnés. Leur riposte nationale consiste à prioriser la lutte contre le SIDA dans les programmes de développement nationaux, à étendre les partenariats, à renforcer les capacités institutionnelles de prestation de soins et de recherche de façon à pouvoir offrir une prise en charge globale aux PVVIH. Ces interventions portent sur l'éducation pour le changement de comportement (CCC), la prise en charge précoce des IST, l'amélioration de l'offre des services de transfusion sanguine et de soins, l'encadrement des PVVIH, la création d'un système de surveillance permettant de suivre l'évolution de la pathologie. Cette prise en charge qui se fait à tous les niveaux du système de soins inclut la prévention mère-enfant par la névirapine, la prise en charge des orphelins par la communauté et les liens familiaux. (28)

Ces stratégies ont aussi mis l'accent sur la participation accrue des PVVIH dans les programmes de prise en charge et de soutien. L'Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO) est devenue un leader national dans ce domaine; son club de jeunesse <Défi au SIDA> est un projet de prévention et de prise en charge du SIDA par les pairs. Ce modèle TASO fournit également une assistance alimentaire à ces patients. (33)

La surveillance, l'une des stratégies adoptées suppose des systèmes d'informations valides. Elle se réalise de façon passive et active à partir de la notification des cas et par le biais de sites sentinelles avec le dépistage des femmes enceintes et des patients atteints d'IST. Une analyse de la situation réalisée 10 ans après l'adoption de telles stratégies, a permis d'observer une nette diminution de l'incidence et de la prévalence du SIDA de même qu'une amélioration des indicateurs de prévention prioritaires et comportements essentiels. (28)

***Au Brésil***, le nombre de personnes infectées avait atteint 40 millions dont 26 millions de travailleurs avec 74.4% d'hommes, 25,6% de femmes et 500.000 nouveaux cas attendus annuellement. L'épidémie évoluait vers l'intériorisation, la paupérisation et la féminisation. (40)

Cette situation a pu être améliorée en offrant une meilleure qualité de vie aux PVVIH et à leur famille par le biais d'une initiative du gouvernement et d'un fort soutien de la société civile. Les grandes et moyennes entreprises du secteur privé y compris les compagnies d'assurances se sont impliquées dans la lutte contre le

SIDA. Cette stratégie a mis l'accent sur quatre éléments essentiels: prévention, traitement, financement et protection des droits de la personne. (40)

La prévention porte sur la mobilisation de la société civile en permettant un accès plus général aux préservatifs, en facilitant la discussion sur les sujets se rapportant au VIH/SIDA dans les programmes scolaires, en dispensant des soins aux groupes les plus vulnérables et à risque élevé, en favorisant les droits des femmes et en mettant sur pied un programme de prévention de la transmission mère-enfant. Cette prise en charge a mobilisé des ressources considérables de ce pays pour la dispensation équitable des soins aux PVVIH. (40)

Actuellement, l'infrastructure sanitaire en place est accessible, mêmes aux patients localisés dans les zones les plus reculées. Ce traitement universel gratuit qui porte les gens à vouloir déterminer leur état sérologique a un impact positif et important sur la prévention, le développement de l'estime de soi et du sens de responsabilité chez le PVVIH.

Le volet des droits de l'homme a beaucoup mis l'accent sur la stigmatisation dont sont souvent victimes les PVVIH et le droit à la thérapie qui est un droit fondamental de tout être humain. Par ailleurs, des actions ont été entreprises pour lutter contre la pauvreté.

Le Brésil a effectué un investissement considérable dans la lutte contre le SIDA et contracté deux (2) grands prêts auprès des bailleurs de fonds pour rendre accessibles les médicaments à la population. (32)

Sur une période de six ans (juin 1996 - décembre 2002) les résultats tant qualitatifs que quantitatifs se sont sensiblement améliorés avec une diminution de nombre de cas de décès et d'abandons. Les admissions hospitalières ont diminué de 99%, le coût de la prise en charge a diminué de 40% et 90% des patients sont redevenus actifs et asymptomatiques (32).

Ces patients, particulièrement les fonctionnaires qui bénéficient d'une meilleure qualité de vie, suite à une réinsertion sociale témoignent d'un grand degré de satisfaction.

**En Haïti**, de 1982 à 1986, les instances nationales ont manifesté un déni face à cette pandémie, probablement motivé par l'inclusion des haïtiens dans l'appellation 4H de la maladie par le DCC. Malgré cette attitude officielle, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a créé deux commissions techniques l'une en 1983 et l'autre en 1985. Par ailleurs, il faut signaler pendant cette époque l'entrée en scène de l'OPS/OMS et de trois équipes médicales impliquées dans la prévention. En 1986, le Sida devient une pathologie à déclaration obligatoire et la Croix Rouge Haïtienne est reconnue comme seule entité ayant le droit d'opérer des

transfusions et des dons de sang, lequel est désormais testé systématiquement pour le virus. (35)

En 1987, un programme national de lutte contre le sida avait élaboré priorisant la prévention et la prise en charge psychosociale. Ce programme à moyen terme, conçu avec l'assistance technique de l'OPS/OMS, était confié au Bureau national de lutte contre le Sida, assisté par la Commission Nationale de lutte contre le sida et couvrait la période allant de 1988 à 1992. Cependant avec les remous politiques, les actions programmées n'ont pu être entreprises dans leur intégralité.

Le volet de la prise en charge thérapeutique n'a pas été retenu comme une priorité en raison des connaissances à l'échelle mondiale sur les spécificités cliniques du Sida, de l'absence des antirétroviraux au niveau national et du peu d'intérêt des agences de financement pour l'approche thérapeutique. De 1991 à 1996, le MSPP dont les ressources budgétaires s'amenuisaient, n'a pu poursuivre ses activités; les agences internationales dont l'OPS/OMS, l'USAID, la Coopération Française, le FNUAP ont orienté l'appui technique et matériel vers les ONG. Ainsi, l'institut CORNELL-GHESKIO a assuré la formation de la plupart des cadres de toutes catégories tant de la capitale que de la province. Ces interventions s'inscrivaient dans le cadre de l'implantation du plan 1990 - 1995 du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). En 1991, le projet AIDSCAP émergea pour une période de cinq ans à travers un financement de l'USAID; les interventions ciblées étaient la formation et le CCC. En 2001, un plan national intérimaire de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA a été élaboré alors que le dernier en date, 1996-2000 n'a jamais pu véritablement être mis en oeuvre pour des raisons d'ordre structurel et conjoncturel. Ce plan intérimaire de 2001-2002 articule ses interventions autour des axes fondamentaux qui sont: la prévention de la transmission sexuelle sanguine et la transmission périnatale mère-enfant. Vu les difficultés rencontrées, le projet de dépistage des IST / SIDA et l'extension des services de conseils n'ont pu être réalisés comme prévu. Trois institutions, *les centres GHESKIO, l'Hôpital Albert Schweitzer et le centre Zami la Sante* de Cange assurent une prise en charge relativement globale des PVVIH. Le nombre de malades s'accroît de jour en jour et ces structures sont dépassées par la demande de services. Il faut rappeler que depuis plusieurs années, la trithérapie est expérimentée par certaines institutions dans la prise en charge des PVVIH. En 2002, un nouveau plan national stratégique a été élaboré dont l'un des principaux axes d'intervention, la réplique du modèle de prise en charge des centres GHESKIO constitués en centre VCT Voluntary Counseling and Testing Center est envisagée.

La dispensation des soins est assurée par les sous-secteur privé non lucratif (les ONG), lucratif (les cliniques privées) et le sous-secteur public.

Dans la zone métropolitaine, la plus ancienne institution fournissant des services dans ce domaine est une institution privée en l'occurrence *les centres GHESKIO* (Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes). Créé en 1982, ce centre a trois objectifs principaux qui sont: les soins ambulatoires aux patients; la formation du personnel médical et des leaders de la communauté; la recherche opérationnelle. La plupart des connaissances sur la présentation clinique, l'épidémiologie, la transmission du SIDA en Haïti provient du travail accompli par GHESKIO. Actuellement, c'est le centre de référence du pays qui reçoit annuellement le plus grand nombre de patients pour le dépistage et la prise en charge. Les services offerts sont gratuits suivant un modèle intégré incluant l'assistance conseil pré et post test dans le cadre du dépistage, la prophylaxie, le traitement des infections opportunistes, la prise en charge des IST/TB, le HAART pour les patients qualifiés à partir des critères internationaux, la PTME, le support nutritionnel et psychosocial, les services de santé reproductive avec planning familial et les soins prénatals; l'IEC pour le changement de comportement, la prise en charge liée à l'exposition au sang contaminé et celle des femmes violées. (18)

Ce modèle de VCT doit être répliqué au niveau de vingt cinq institutions sanitaires privées et publiques du secteur sanitaire des neuf départements du pays. Cependant, tous les services ne sont pas encore disponibles. Actuellement, ils se limitent au counseling pré et post test, la prise en charge des infections opportunistes et à la PTME (prévention de la transmission mère enfant). En milieu rural, certaines institutions dont l'Hôpital Albert Schweitzer, Zanmi la Santé, Care se sont imposés dans certaines zones.

Dans le département de l'Artibonite, *l'Hôpital Albert Schweitzer (HAS)* dessert une population estimée à plus de 200 000 habitants et est l'un des pionniers dans la lutte contre le VIH / SIDA. Fondé en 1956 par un couple américain, le HAS offre des soins dans le domaine depuis environ 20 ans. Le premier cas documenté de SIDA avec neurotoxoplasmose chez un jeune homme y a reçu des soins en 1978. A l'époque, la pathologie était considérée comme un châtime, un mauvais sort. Des soins pas très efficaces, étaient offerts surtout en milieu hospitalier avec de fréquentes admissions à un coût élevé. Les efforts de prévention étaient basés à l'hôpital avec un focus sur l'éducation par des pairs. A la lumière des problèmes rencontrés, le HAS a développé une nouvelle approche pour aborder la problématique du VIH /SIDA. Cette prise en charge se fait dans un environnement d'offre de soins intégrant le traitement des IST et des infections opportunistes, le counseling, le PTME et un support à domicile par un groupe formé de leaders de la communauté et du personnel de l'hôpital. Des séances de CCC sont organisées par des équipes de la zone constituées de pasteurs, de professeurs, de prêtres vaudou, de PVVIH des zones avoisinantes, dans la communauté et dans leurs organisations respectives. Le rôle de l' HAS consiste à les encadrer et à coordonner leur démarche. Les résultats de ce projet ne sont pas encore disponibles.



Dans le département du centre, le premier cas de VIH a été diagnostiqué en 1986 par l'organisation *Partners in health (zanmi la santé)* basée à Cange, une petite localité en milieu rural où un programme de prévention et de traitement est établi. Depuis 1988, le dépistage était offert gratuitement par des programmes de prévention dont plusieurs existent encore aujourd'hui. En 1995, la thérapie à base d'AZT était introduite dans le protocole de prise en charge des femmes enceintes séropositives pour prévenir la transmission mère-enfant. De 1995 à 1999, les ARV sont achetés à prix fort et le coût est passé de 10000\$ à 1500(US) par année et par patient.

En 1999, avec l'arrivée du « *HIV equity initiative* » à la clinique Bon sauveur de Cange, le HAART a pu être offert aux PVVIH symptomatiques ne répondant plus aux traitements des infections opportunistes. A date, le projet s'est étendu à quatre autres sites du département du Centre et les médicaments (HAART) sont rendus accessibles à un plus grand nombre de patients grâce au financement du Global Fund et des accords avec certaines compagnies pharmaceutiques faisant ainsi passer le coût du traitement à environ 290\$ US par patient, par an. Outre le HAART, le traitement et la prévention des IST / Tuberculose, les soins pré et périnataux sont rendus disponibles. Le grand défi reste la réplique de ce projet au niveau des UCS du plateau central d'Haïti. (42)

Dans les Départements de la Grande Anse et du Nord-Ouest, la *Care-Haiti* intervient à travers un projet de soins et de support aux personnes affectées et infectées au VIH depuis 1999.

Les objectifs du projet sont:

- Augmenter le support communautaire au profit des PVVIH et leurs familles au niveau des UCS ciblées .
- Rendre disponibles les services de soins et d'assistance conseil à domicile à travers un réseau de volontaires communautaires et de travailleurs de santé des institutions publiques et privées de santé.
- Mettre en place une coalition multisectorielle pour un support durable aux PVVIH et leurs familles.
- Augmenter la capacité des familles à prendre en charge les besoins des enfants affectés par le VIH/SIDA par le biais de bourses d'études, de programme de développement de micro crédit pour les familles d'accueil .
- Renforcer la capacité du MSPP à proposer et à offrir des services de dépistage et de prise en charge du VIH/SIDA au niveau des UCS. (44)

D'autres acteurs (ONG), comme la *HHF (Haitian Health Fondation)* dans la Grande Anse, *les centres pour le Développement et la Santé (CDS)* dans le Département du Nord'est expérimentent une prise en charge sanitaire réunissant les principales composantes sus citées mais présentant chacune des spécificités locales.

## 6- Analyse situationnelle de la prise en charge des PVVIH

L'analyse situationnelle réalisée à partir de la revue de la littérature et d'entrevues a mis en évidence les composantes suivantes de la **problématique (24)**:

### a)- Faiblesses de la capacité fonctionnelle des établissements de santé

La structure des soins ne répond que très partiellement à la demande en soins et ne permet pas une prise en charge effective, conforme aux normes d'équité et de justice sociale. Le nombre réduit d'institutions sanitaires participant à l'offre de soins est réparti de manière inéquitable et accentue les problèmes d'accessibilité.

- L'infrastructure physique est peu adaptée aux exigences de confidentialité, d'intimité et de confort pour de tels patients. L'évaluation de l'ensemble des vingt cinq sites retenues pour l'implantation de centres de dépistage volontaire *Voluntary Counseling and Testing center* (VCT) à travers le pays, montre la nécessité d'un réaménagement de chacune d'elles.
- L'insuffisance en ressources humaines qualifiées constitue un handicap majeur à la prise en charge des PVVIH et explique le plus souvent la stigmatisation et la discrimination ; de plus, celles disponibles n'ont pas la formation requise.
- La prise en charge suppose un minimum d'équipements, de matériels, d'intrants et de médicaments en particulier des ARV qui font défaut dans la plupart des institutions sanitaires.
- La faiblesse des ressources financières découle de l'absence d'un budget de fonctionnement dans la plupart des institutions sanitaires.

Le processus d'organisation de soins devrait être conçu en fonction des besoins et de la demande de services intégrant adéquatement la prévention et la prise en charge.

- La vulnérabilité de ces patients impose une *approche humaniste* valorisant les aspects d'intimité, de confidentialité et de courtoisie au moment de l'accueil. En fait, les soins tels qu'offerts ne tiennent pas compte de cette approche et l'orientation de ce patient à travers une filière spéciale lors de sa prise en charge ne fait qu'augmenter la stigmatisation par les prestataires et les autres malades.
- *La continuité et la globalité* ne sont pas toujours prises en compte. En effet, il y a peu de structures de santé qui assurent le suivi des PVVIH référés. Ces derniers sont admis comme de nouveaux patients. De plus, la clientèle privée n'arrive pas toujours à continuer avec la trithérapie, vu le prix de cette dernière. L'approche pluridisciplinaire est très peu utilisée dans le processus de soins par manque de ressources humaines spécialisées et formées

- (médecin, infirmière, psychologue, psychiatre, laborantins, travailleurs sociaux). En outre, la gamme de services offerte prend en compte le PVVIH mais néglige la famille nucléaire et relègue au second plan d'autres pathologies non liées au SIDA. La limitation dans le volume et la gamme des services ne permet pas une couverture adéquate de la demande de services.
- Certaines carences (Laborantins formés, équipements, matériels et intrants) ne permettent pas d'établir les paramètres d'admission à la thérapie, d'assurer une surveillance du traitement, de la toxicité éventuelle des médicaments, et de mesurer l'efficacité du traitement.
  - La déficience du système d'informations à tous les niveaux rend difficile une gestion systématique de l'offre des soins.

Les résultats de l'offre des soins reflètent le manque d'équité et d'accessibilité dans la dispensation, particulièrement par rapport aux antirétroviraux. Par ailleurs, la rareté de certaines catégories de professionnels (psychologues, travailleurs sociaux...) oblige à des substitutions qui remettent en question la pertinence d'étapes cruciales de la prise en charge. Les entrevues avec les PVVIH ont fait ressortir les difficultés rencontrées pour intégrer le système de soins, la justesse s'impose tant dans le choix, les types de services que dans la façon de procéder. L'incompétence du système à établir la confiance en référence aux valeurs et à satisfaire les attentes individuelles, loin de permettre d'augmenter l'adhérence à la thérapie, tend plutôt à accentuer l'auto stigmatisation.

### ***b)- Le déficit de régulation du système***

Au niveau macro, il existe une incapacité de l'état à définir les principes organisateurs du système par une gouverne identifiant les ressources disponibles ou mobilisables, la gamme de services à fournir; la population à couvrir, les rôles et les responsabilités à fixer dans le sens d'une complémentarité. Cette faiblesse de gouverne favorise des interventions parcellaires en fonction de diverses philosophies des bailleurs ou des intervenants et variant d'un département à l'autre. La conséquence en est une duplication par endroit dans le financement des interventions pour une même population cible ou les mêmes composantes (PTME versus VCT) limitant d'une part, la possibilité d'étendre la gamme des services et d'autre part, favorisant le gaspillage de ressources.

Cependant, depuis quelques temps, le discours des décideurs politiques haïtiens rompt avec l'attitude de totale indifférence de jadis. Un comité de coordination, le CCM, présidé par la première dame, Mildred T. Aristide constitue la plate-forme des grandes orientations de la lutte au niveau national. La dynamique de la mobilisation de ressources est lancée. Il conviendra de tenir le difficile pari de traduire dans des réalisations concrètes, la volonté de rendre accessible le paquet de soins auquel a droit le PVVIH et en particulier les antirétroviraux.

*Au niveau méso*, l'organisation de l'offre de soins fait face à un vide normatif. Il devient dès lors difficile de préciser l'organisation et le degré d'intégration de la mise en charge et articuler celle-ci avec la répartition et l'utilisation des ressources, d'organiser l'information, la pratique professionnelle et déterminer le mode de paiement des services. L'absence de structure pour assurer la coordination des interventions empêche l'inventaire exhaustif nécessaire à une utilisation optimale des ressources et l'exercice du leadership susceptible d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du système.

Diverses institutions privées interviennent dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, certaines dans la prévention, d'autres dans le traitement en dehors du contrôle de l'état. L'absence de normes nationales résulte en une multiplication de procédures de prise en charge à travers le pays. Pour pallier à ce problème, un protocole national de prise en charge a été proposé en mars 2003. Cependant, lors des entrevues et des enquêtes, il ressort que, dans le privé, les associations d'antirétroviraux ne sont pas faites de façon adéquate, d'où possibilité de résistance. Ainsi l'articulation du privé et du public dans l'offre des services s'avère donc indispensable dans ce secteur et l'état devrait s'imposer comme régulateur. De plus, aucune législation n'est prévue quant aux droits des PV-VIH.

*Au niveau micro*, l'absence d'une codification systématisée de la démarche clinique et d'un système de contrôle expose le PVVIH aux improvisations à l'accueil, à l'étape du diagnostic, du suivi, du traitement et de la réinsertion sociale. La grande autonomie de fonctionnement revendiquée par une logique professionnelle dans l'interaction entre le prestataire et le patient tend à orienter l'issue vers les préoccupations techniques de celui-là négligeant des problèmes parmi les plus courants comme la malnutrition qui demande une attention particulière.

## **7- Les enjeux**

Les enjeux liés à l'offre des services sont nombreux. Cependant, tous ne sont pas considérés dans ce travail; certains jugés parmi les plus pertinents sont discutés ici:

### - La viabilité financière:

L'offre des soins est généralement orientée par la philosophie de celui qui le finance. La prise en charge des programmes a été supportée en tout temps par un financement externe provenant des bailleurs tels: l'UNICEF, l'OPS/OMS, l'USAID, ONUSIDA, FNUAP, le PNUD ... et actuellement le GLOBAL FUND. Le fait de la propension à l'exclusivisme de la plupart des bailleurs et de l'absence d'une coordination expose à des situations allant de l'incohérence à la duplication et au gaspillage de ressources. Si le financement public demeure le moyen le plus équitable de redistribuer des biens et services à la population, l'extrême pauvreté

alliée au manque de légitimité des représentants de l'état l'oblige à composer avec les caprices d'un financement externe souvent contraignant. Alors, pour éviter qu'à la faveur de changements ou retrait intempestif, les interventions ne deviennent fragiles et éphémères, une coordination du financement à travers la vision holistique et le leadership éclairé de dirigeants crédibles devra être mis en place.

- La régulation de l'offre des soins:

Plusieurs acteurs interviennent dans l'offre de services aux PVVIH au niveau de la prévention, du traitement, de la recherche. Ils se constituent en groupes agissant soit en fonction d'une logique professionnelle, marchande, technocratique ou démocratique. Chacun revendique une marge de plus en plus importante de manoeuvre en vue d'exercer un contrôle sur les ressources du système, d'assurer une place de leaders, source de légitimité, d'estime et de pouvoir.

Cependant, chaque partenaire définit en marge d'une gouverne ineffective et en fonction de son expertise, la gamme des services, la population à couvrir, le niveau et la répartition des ressources à mobiliser. Si ce libre jeu des quatre logiques semble rejoindre les intérêts personnels des acteurs, il est souvent, dans le système, source de chevauchement, de duplication et de contradictions que seule l'existence d'un cadre normatif et d'un état fort, légitime aidera à juguler.

-La faiblesse de la protection des droits des PVVIH (la notion d'Ethique):

La protection des droits du PVVIH peut devenir pour celui-ci une question vitale. Cet aspect dans la lutte contre le Sida, n'a été pris en compte au niveau national que récemment au cours d'un forum en juin 2001. Or, la quête de la protection légale pour les PVVIH est d'autant plus importante que dans le milieu haïtien, les droits de la personne humaine sont souvent ignorés, méconnus et non respectés. Comme ailleurs, le PVVIH a droit à la polythérapie, au support nutritionnel et à la prise en charge médicale complète en fonction de son état général. Dans le système de soins, certains comportements susceptibles de causer de graves préjudices aux patients comme le dépistage par des professionnels de la santé sans le consentement des patients, le manque de respect de la confidentialité des résultats du test sont souvent observés. La méfiance qui en résulte porte la personne infectée à cacher son statut sérologique, à adopter des comportements non responsables envers leurs partenaires et à favoriser la transmission de la maladie.

L'ignorance de leurs droits les plus élémentaires à la santé, à l'intimité et la confidentialité, à l'information et l'éducation, limite la possibilité de préserver leur autonomie, d'assurer durablement leur subsistance. Il existe un vide juridique vis-

à-vis de la protection des personnes non infectées et de la pénalisation en cas de transmission volontaire du VIH.

- La nutrition et le VIH:

Les grandes préoccupations suscitées par l'infection à VIH rendent secondaires beaucoup d'autres besoins et problèmes importants qui souvent constituent de véritables tueurs.

La malnutrition est depuis des décennies un problème endémique en Haïti, compliquée par divers facteurs et récemment par les conséquences du Sida. D'après les estimations, environ 60% des enfants de 0-5 ans souffrent d'une forme quelconque de malnutrition. La sécurité alimentaire constitue un dilemme pour environ trois millions d'haïtiens. Un lien inextricable existe entre le VIH/SIDA et la malnutrition. L'infection par le VIH affaiblit l'état nutritionnel des personnes infectées autant qu'un mauvais état nutritionnel affecte la progression de l'infection par le VIH, augmente la fatigue, diminue l'activité physique, la productivité et constitue l'une des causes de décès du PVVIH. Les données nutritionnelles existantes montrent que les interventions en vue d'augmenter les apports en énergies et en protéines chez les PVVIH pourraient les aider à reconstituer leurs réserves, diminuer leur vulnérabilité à la perte de poids et à l'émaciation qui accompagnent la diarrhée et d'autres infections opportunistes. Ces améliorations au niveau de l'apport nutritionnel pourraient aider à renforcer le système immunitaire, à diminuer les conséquences négatives du stress oxydant lié à l'infection et à prolonger la survie. De plus, l'insécurité alimentaire peut augmenter le risque d'exposition au VIH par la prostitution. D'où l'importance de la notion d'intersectorialité dans la lutte impliquant les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, du commerce et autres.

-La prise en charge psychosociale

Une infection au VIH représente dans toute sa complexité une lourde tâche pour les personnes touchées, leur entourage, le système de soins et déstabilise leur vie à différents égards. L'un des aspects à prendre en compte dans la prise en charge est le volet psychologique de manière à permettre aux PVVIH de se revaloriser, de retrouver l'estime de soi et de poursuivre le traitement. Leur implication est très importante pour assurer le soutien psychosocial et devrait faire partie intégrante des programmes de prise en charge. Malheureusement, ce volet n'est pas toujours offert au niveau de toutes les institutions, le plus souvent, par manque de personnel spécialisé, c'est -à-dire des travailleurs sociaux, des psychologues.

Les PVVIH et leurs familles sont confrontés au cours de l'évolution de la maladie à des problèmes sociaux qui sont liés directement ou indirectement à l'impact économique de la pathologie. Il est essentiel à toute intervention dans ce domaine

d'adopter des mesures visant à minimiser l'impact de ces problèmes par un encadrement des personnes affectées et infectées. Elle consiste à aider les personnes nécessiteuses, les familles, à développer ou à maintenir des ressources pouvant leur permettre de subvenir à leurs besoins et à ceux du malade. Elle prévoit l'organisation et la mise en place par la communauté des activités de soutien socio-économique répondant aux besoins des familles telles que; soutien nutritionnel, activités génératrices de revenu, organisation des groupes d'auto soutien et de soutien des orphelins. L'absence de guide de prise en charge pour la famille et la communauté a été notée et constitue une lacune à combler, bien que la pauvreté de la population tend à limiter sa contribution.

#### -Accès aux ARV

Améliorer l'accès aux médicaments antirétroviraux constitue une priorité mondiale à laquelle Haïti ne saurait échapper. L'augmentation de la disponibilité et de l'accès aux médicaments constitue un pilier important dans l'initiative de l'amélioration des systèmes de prestations des soins. L'expérience de la plupart des pays comme le Brésil par exemple a montré sa pertinence dans la réduction de la morbidité, de mortalité et du taux d'hospitalisation. De plus, le traitement de masse reste une arme redoutable dans la prévention de l'expansion de la pathologie. (40)

L'universalisation de l'accès aux ARV pour les PVVIH constitue pour un pays comme Haïti tant du point de vue technique, managérial que politique, un défi de taille. Cela passe par une réduction drastique des coûts, des habiletés étendues et beaucoup de rigueur dans la gestion de programme, une garantie de disponibilité permanente et pérenne des antirétroviraux et une volonté politique manifeste à dynamiser le processus.

#### - La prise en charge des orphelins du SIDA

Actuellement, les orphelins du SIDA en Haïti sont au nombre de 200.000 environ quatre fois le nombre cumulé pour les Caraïbes. Ce phénomène grandissant constitue une menace sociale préoccupante, s'il faut considérer les conséquences telles que, la délinquance juvénile et le cycle vicieux de prostitution, drogues, HIV, violence et criminalité.

De nombreux besoins inhérents à un encadrement familial, un toit, au droit à l'éducation, à la santé doivent être considérés dans tout programme de prise en charge globale du PVVIH. Cette dernière requiert une société consciente de son rôle et fortement impliquée et une détermination des pouvoirs publics. Elle dépasse le cadre de simple volet de programme de prise en charge pour interpeller les acteurs de tous les secteurs à une mise en commun des ressources.

## **Le Plan Directeur**

### CONTEXTE ORGANISATIONNEL DU PROJET

Ce travail, réalisé dans un cadre académique consiste à élaborer un plan directeur stratégique portant sur l'offre des services aux PVVIH dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Une équipe de quatre experts s'est penchée sur le problème et des stratégies ont été retenues suite à une analyse de la situation. La stratégie retenue est de rendre accessible les services afin d'assurer une prise en charge globale. L'équipe a été divisée en trois groupes: l'un dans le Nord-Ouest, l'autre dans la Grand'Anse et le dernier à Port-au-Prince pour se renseigner sur la gamme des services offerts aux PVVIH et l'implication des intervenants dans le domaine.

#### **1) Justification du plan directeur**

Face à la généralisation de l'épidémie du VIH/SIDA en Haïti, les gouvernements passés ont élaboré de nombreux plans stratégiques nationaux dont le dernier en date couvre la période de 2002-2006. La grande faiblesse de ces plans a toujours été l'inadéquation de l'offre de soins aux PVVIH traités en parent pauvre.

L'expérience acquise dans la lutte contre le SIDA à travers le monde et dans notre pays a montré la nécessité de disposer d'un nouveau cadre d'intervention systémique et intégré d'offre de services.

L'analyse de *l'environnement externe* du système de santé haïtien a révélé durant ces deux (2) dernières années une nouvelle détermination mondiale dans la lutte contre le VIH/SIDA. L'engagement pris récemment par les Nations Unies à Durban, l'attention accordée aux PMAs dans le cadre de la lutte mondiale contre le SIDA en sont des exemples. Chez nous, le nouvel élan d'engagement politique des dirigeants haïtiens traduit par l'intérêt de certains dignitaires nationaux (femme du président), le début de conscientisation de la société civile, le co-parrainage de six des Agences de l'ONU dans le domaine, la mise en oeuvre du plan de la Caricom, le lancement du Global Fund et autres sont autant d'éléments qui matérialisent cette volonté d'action. Ils constituent de grandes *opportunités*.

Cependant certaines *menaces* ont été identifiées: l'effritement de la légitimité des pouvoirs publics ; la diminution globale de l'aide publique au développement qui touchent des interventions au niveau de certains déterminants liés au SIDA ; le blocage politique affectant l'aide économique des dernières années ; le faible revenu per capita aggravé par l'arrêt de la croissance économique des dernières années ; la féminisation de la pauvreté ; le fort niveau d'analphabétisme et la mauvaise répartition des ressources du secteur de la santé .



Par rapport à l'environnement interne, l'expertise acquise par beaucoup d'institutions du secteur dans divers domaines de la prévention, de la prise en charge et de la recherche sur les IST/SIDA, les perspectives de ressources considérables à mobiliser par le secteur de la santé constituent des *forces* appréciables.

Parallèlement, certaines faiblesses ont été relevées dont le faible engagement des pouvoirs publics, (diminution du budget de la santé) la faible implication des PVVIH et le nombre restreint d'institutions offrant des services de prise en charge.

## ***II) Vision, principes directeurs et valeurs***

La *vision* de ce plan directeur est d'améliorer l'accès du PVVIH à des soins globaux, continus et de qualité, valeurs véhiculées par la politique de santé du MSPP.

*Les principes directeurs* de ce plan s'articulent autour du développement d'un leadership de l'état haïtien dans la lutte, de la recherche d'un large consensus et d'un fort engagement social, du respect du droit à la vie, de l'implication active des PVVIH, de l'universalisation de l'accès aux méthodes préventives et curatives disponibles.

*Les valeurs fondamentales* restent l'équité, la justice sociale, la solidarité et la promotion de la santé. Elles s'apprécient à travers l'offre de soins de qualité, l'accès discriminé à l'information et aux services de base, la priorité aux groupes vulnérables, la mise en place d'un système de support psychosocial et socio-économique institutionnel, communautaire et l'adoption d'une approche holistique.

## ***III) But:***

***Assurer aux PVVIH l'accès à une prise en charge globale***

## ***IV) Objectif Général:***

D'ici à 2009, 50% des PVVIH bénéficieront d'une prise en charge globale.

## ***V) Stratégies de base***

Trois champs ont été priorisés en vue d'améliorer l'offre de soins aux PVVIH: le renforcement de la régulation du système, de la capacité institutionnelle et de la filière communautaire de prise en charge

### ***a) Le renforcement de la régulation du système de soins***

Cet axe stratégique doit être perçu dans la perspective de la réforme sectorielle et vise à conceptualiser les éléments stratégiques de la réponse nationale à l'épidémie

du SIDA et la cristallisation des acquis de cette prise en charge dans la culture organisationnelle du secteur sanitaire.

*Trois domaines prioritaires ont été identifiés en vue de ce renforcement; le renforcement du leadership et l'engagement des pouvoirs publics, l'amélioration de la coordination inter et intra sectorielle et le renforcement normatif de l'organisation de la prise en charge.*

*a.1- Le renforcement du leadership et de l'engagement des pouvoirs publics*

L'objectif poursuivi est de dynamiser le rôle de l'état à assumer le leadership de la lutte en dépit de la gravité de la crise socio-économique actuelle. Il porte sur les plaidoyers à poursuivre auprès des représentants des pouvoirs publics à tous les niveaux en vue de les sensibiliser à la lutte contre la SIDA.

*Atouts:*

- L'existence d'un partenariat Caraïbéen dans la lutte contre le VIH / SIDA (14 février 2001) et l'intégration d'Haïti à la CARICOM.
- L'adhésion du gouvernement haïtien à la déclaration d'engagement sur le VIH / SIDA de la session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH / SIDA des 25-27 juin 2001.

*a.2- L'amélioration de la coordination inter et intra sectorielle*

L'objectif visé est d'habiliter toutes les composantes du MSPP à travers le développement d'un leadership éclairé et l'implication des autres secteurs de la communauté, à assurer une coordination efficace de la lutte.

Elle passe par: - Le renforcement du partenariat intersectoriel

- Globalisation et normalisation des modalités de financement
- Formalisation et réglementation du partenariat privé - public

*Atouts:* - Elaboration récente d'un plan stratégique national de la lutte contre le SIDA (2002-2006).

- L'existence d'un outil de coordination, la proposition d'une « charte nationale de partenariat ».

*a.3- Le renforcement normatif de l'organisation de la prise en charge*

La centralisation des pouvoirs décisionnels au niveau hiérarchique du système nécessaire à la production de service déresponsabilise le gestionnaire des autres échelons. Cette lacune empêche l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Il importe de renforcer la capacité et l'autonomie de décision par la normalisation des processus de gestion et la production de services globaux, continus et intégrés. De plus, le respect des droits de la personne et en particulier des PVVIH s'en trouvera garanti par leur implication à la gestion du système.

Il consiste : - A renforcer des habiletés managériales du secteur

- La normalisation des processus de prestation de services aux PVVIH
- Amélioration du processus de planification par niveau et par entité
- Mise en place d'une filière de suivi des plans
- Développement de structure de gestion impliquant la communauté

*Atouts :*

- Le contexte institutionnel de réforme sectorielle.
- Initiative du cycle de planification sectorielle par le MSPP
- Perspective d'amélioration de la disponibilité des ressources compte tenu de l'engagement des bailleurs de fonds à supporter le processus.

### ***b)- Le Renforcement de la capacité institutionnelle***

Cet axe stratégique vise à créer les conditions nécessaires à l'amélioration de la prise en charge médicale, psychosociale et à l'élaboration d'une législation en faveur des PVVIH.

#### ***b1- Mise à niveau de la structure de prestation de services***

- Fournir aux institutions des équipements, matériels et intrants nécessaires à la prise en charge des PVVIH
- Construction et réaménagement des structures physiques appropriées.
- Pourvoir les institutions de tous les échelons en ressources humaines qualifiées et en quantité suffisante.
- Mobilisation et gestion efficace des ressources financières.

#### ***b2- Amélioration du processus de prise en charge***

- S'assurer de l'application du nouveau protocole de prise en charge par tous les prestataires
- Mettre en place un système d'ACQ (Amélioration continue de la qualité).
- Mettre en place un système d'orientation recours entre les services de VCT, les hôpitaux de référence, les centres de santé et les services de soins à domicile.
- Créer un système d'incitatifs pour le personnel.
- Renforcer les mécanismes de prise en charge des IST, IO, TB, PTME et du volet psycho social.
- Extension progressive de la PTME à toutes les formations sanitaires offrant les soins prénataux.
- Garantir la disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments particulièrement les antirétroviraux.

- Renforcer et étendre la filière de prise en charge médicale des enfants infectés par le VIH.
- Formuler des algorithmes pour la prise en charge des PVVIH (VIH/SIDA et Nutrition)
- Renforcer le système d'information sanitaire.

Atouts :

- Réforme du secteur sanitaire en cours
- Expérience du centre GHESKIO dans la formation sur la prise en charge des PVVIH
- Intérêt de la communauté internationale

### **c- Renforcement et l'extension d'une filière communautaire de soins aux PVVIH**

Cet axe stratégique vise à améliorer la continuité et la globalité des services. Cinq domaines prioritaires ont été ciblés: la mobilisation communautaire; la standardisation de la prise en charge domicile; la prise en charge des orphelins affectés et infectés du Sida; la réinsertion des PVVIH dans le milieu de travail et dans la vie sociale; la protection des PVVIH.

#### *c1- Mobilisation communautaire*

- Création d'un comité de santé
- Campagne de CCC axée sur les modalités de contamination au VIH, la stigmatisation, la discrimination dans la communauté.
- Renforcement de l'organisation des groupes de soutien existant et leur implication dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA
- Création et mis en réseau de groupe de support communautaire capable d'aider les familles des PVVIH
- Développement de partenariat entre les acteurs sociaux et les pouvoirs publics pour la mise en place d'activités génératrices de revenus.

Atouts :

- Accord de partenariat avec le CAD, Foyer Maurice Sixto, Lakay, la PNH pour la prise en charge des enfants infectés par le VIH-SIDA.
- Association de PVVIH militant dans le milieu (Fondation Esther Beaucicault)
- Disponibilité de certains matériels de CCC sur le VIH/SIDA

#### *c2- Standardisation de la prise en charge à domicile*

- Elaboration d'un guide de soins à domicile et d'un guide de soin psychosocial.
- Formation de personnel devant encadrer les familles.
- Formation théorique et pratique des familles et des PVVIH impliqués dans la prise en charge.

Atouts

- Disponibilité du personnel dans certaines zones
- Groupe des soutiens existant dans le milieu

*c3- Soutien aux orphelins affectés / infectés du SIDA*

- Promotion sur le respect et la protection des droits de l'enfant.
- Sensibilisation de la communauté pour la création des familles d'accueil pour les orphelins.
- Encadrement des familles élargies en facilitant l'accès aux aliments et la gratuité aux soins de santé et d'éducation (subventions pour les frais de scolarités, au micro crédit et autres formes de soutien financier).
- Appui technique à la réalisation des activités génératrices de revenu (micro entreprise).
- Supports aux organisations déjà existantes pour la prise en charge des orphelins

**Atouts**

- Accord de partenariat avec le CAD, Foyer Maurice Sixto, Lakay, la PNH pour la prise en charge des enfants vulnérables.
- Accord de partenariat avec la maison Arc-en-ciel pour la prise en charge des enfants infectés par la VIH-SIDA
- Interventions déjà existantes d'activités génératrices de revenus (Care).

*c4- Réinsertion des PV-VIH dans le milieu de travail et dans la vie sociale*

- Promotion de l'orientation des PVVIH vers des activités professionnelles moins contraignantes.
- Participation des PV-VIH dans la planification, la mise en oeuvre et le suivi des programmes de lutte contre le SIDA.
- Information et sensibilisation des PVVIH sur leur droit et l'application du principe GIPA

**Atouts :**

Très peu d'atouts identifiés

*c5- Garantir la protection des droits des PVVIH*

Plaidoyer auprès des associations de juristes en vue de constituer un front devant assurer la promotion et la défense des droits des PVVIH.

## **9.- CONSIDERATIONS LIEES A LA MISE EN ŒUVRE**

Un comité sera constitué pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan opérationnel découlant du plan directeur. L'accent sera porté sur les trois axes stratégiques préalablement mentionnés et les contraintes liées à la mise en oeuvre:

- *Renforcement de la régulation du système de soins*

Diverses activités nécessaires à cette démarche devront être priorisées et entreprises: un plaidoyer initié sera poursuivi auprès de toutes les composantes des pouvoirs publics en vue de leur implication et du renforcement du leadership de

l'état; un comité sera mis en place, une base consensuelle convenue pour l'allocation des ressources du secteur et l'assignation à chaque intervenant de mandat d'accompagnement des institutions par niveau et par entité; un cadre normatif de prise en charge globale par le MSPP sera élaboré. Pour accompagner le processus de décentralisation sectorielle, un diagnostic de situation suivi d'élaboration de plan d'action opérationnel et d'un cadre de suivi sera réalisé par niveau et par entité de prestation. Cf annexe.

*- Renforcement de la capacité institutionnelle*

Pour y parvenir, divers éléments devraient être mis en place au niveau de la structure et du processus d'organisation des soins. Dans un premier temps, il s'agira de rendre fonctionnels les vingt cinq VCT prévus, les doter d'un personnel qualifié, leur fournir les intrants nécessaires à la fourniture de paquet de soins intermédiaires et de services de laboratoire pour le contrôle de l'état de santé et des réactions au traitement. L'accessibilité aux soins devra être un souci constant particulièrement, celle aux ARV et autres. Les expériences d'outre mer, notamment celle de l'Ouganda, pourraient être appliquées telles des négociations avec de grandes agences pharmaceutiques pour l'obtention de prix préférentiels aux pays à faible et moyen revenus, des contacts avec certains fabricants. En effet, Boehringer Ingelheim fournit gratuitement la névirapine à ces pays, dans le cadre de la PTME, et la compagnie pharmaceutique Pfizer donne les antifongiques (fluconazole). Dans un second temps, on procédera au renforcement des infrastructures hospitalières et à l'extension de la PTME à tous les hôpitaux. Un système d'orientation recours sera mis en place en vue d'assurer la continuité des soins. Un volet d'amélioration continue de la qualité sera établi en tenant compte de la satisfaction des clients et des activités de supervision programmées.

*- Renforcement et extension de la filière communautaire de prise en charge*

Des activités génératrices de revenus seront développées en partenariat avec les acteurs sociaux et les pouvoirs publics telles que proposées par l'institut François Xavier, Begnoud en Ouganda, et la Care en Haïti; le secteur des affaires aura un rôle déterminant à jouer dans l'organisation de la riposte élargie de la prévention et de la prise en charge en milieu de travail comme au Brésil. Une campagne de sensibilisation sera menée auprès de la communauté en vue de l'implication des familles dans la prise en charge à domicile des PVVIH et de la création de familles d'accueil aux orphelins, à l'instar du modèle TASO en Ouganda. Celles-ci devront être assistées par des initiatives de micro assurance du type STEP de l'OIT (stratégies et outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté). Les PVVIH devront s'organiser en association pour alimenter le plaidoyer en faveur de la défense de leurs droits et de leur réinsertion sociale.

Certaines **contraintes** relatives à la mise en oeuvre du plan directeur devront être identifiées:

- *Viabilité financière*

Outre les bailleurs habituels, d'autres partenaires devront être recherchés pour le financement des activités dont l'initiative Bush pour la lutte contre le Sida, les fondations Clinton, Bill et Belinda Gates, Rockefeller, Marie Stopes, Kaiser et l'Open Society Institute. Des tables rondes sur le Sida au cours desquelles seront présentés le plan stratégique national d'offre de services aux PVVIH et le plan opérationnel aux éventuels donateurs internationaux, nationaux en vue de débloquer des fonds. Des initiatives nationales de financement devront être proposées dont la constitution d'un fonds social, l'augmentation du budget national au secteur santé pour obvier si possible au retrait de financement international.

- *Pauvreté*

Pour une riposte adéquate à la problématique du Sida, il est crucial de s'attaquer aux autres déterminants (logement, travail, nutrition, éducation) pouvant augmenter la vulnérabilité du PVVIH. Les défis consistent donc à contribuer à la réduction de la pauvreté et de l'impact socio économique du VIH/SIDA; à intégrer la lutte dans le cadre plus large de celle contre la pauvreté. D'où l'importance de l'implication des autres secteurs.

- *Culture*

La stigmatisation, la croyance en un mode surnaturel de transmission et le déni sont autant de facteurs influençant le comportement de la population face à la maladie. Le défi consiste à véhiculer d'autres valeurs et normes permettant au PVVIH à assumer sa maladie et à rompre avec la stigmatisation.

## **10.- Suivi / Evaluation**

La réussite de l'implantation du plan stratégique national des services dépend de la mise en oeuvre des plans opérationnels des niveaux départemental et communautaire. Des évaluations à mi- parcours seront réalisées en vue d'analyser les résultats et de modifier les stratégies si nécessaires. Des outils de gestion devront être mis en place en vue d'assurer le suivi. Ce dernier sera mené tout au cours de l'exécution du plan en vue de fournir des informations sur la disponibilité des intrants, les activités réalisées, les problèmes rencontrés et les solutions à apporter. Le comité de coordination devra veiller à la mise en place effective du plan de suivi et d'évaluation.

## **11.- CONCLUSION**

Malgré toutes les interventions sur la prévention, le Sida continue à suivre une courbe ascendante et à poser de sérieux problèmes de santé publique en frappant les couches productives de la société. L'arrivée de la polythérapie a certes fait baisser l'incidence et la prévalence mais ne suffit pas pour mener la lutte contre cette pandémie. Pour y parvenir, il faut percevoir cette lutte comme une intervention multisectorielle devant intégrer les programmes de développement national. La décentralisation, le développement d'un partenariat entre les différents intervenants et les communautés particulièrement celle des PVVIH doivent être des éléments clés comme en témoignent les exemples de l'Ouganda et du Brésil.

En effet, il est possible d'obtenir des victoires sur le VIH/Sida, comme l'ont si bien montré les succès remportés à travers le monde en matière de prévention et de traitement de ceux qui sont infectés. Cependant, pour vaincre cette épidémie, il faut d'avantage d'engagement politique et d'action et surtout, mobiliser des ressources.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Alex ADRIEN, méd. et Al: Le SIDA en Haïti: Connaissances, attitudes, croyances et comportement de la pop. Jan. 1999*
2. *Angela Amondi Wasunna May-June 2002, The Hastings Center Report*
3. *Anne Christine Dadesky: IAVI Report Haiti scaling the mountains*
4. *Caribbean Epidemiologic Center, Reducing Mother To Child transmission of VIH in the Caribbean. Guidelines for National Health Authorities and Policy Makers.*  
Coverage of Selected Health Services for VIH/ AIDS prevention and care in less developed countries in 2001
5. *Daniel W. Fitzgerald MD and Al. Telling the story of people with AIDS in rural Haiti*
6. **Ellen J. Piwoz, Elizabeth A. Preble, Juillet 2001 Un examen de la littérature et des recommandations pour les soins et le soutien nutritionnel en Afrique subsaharienne.**
7. **Elements of succes in HIV clinical Care: Multiple interventions that promote adherence**
8. *ERIC m. Gaillard, Impact du SIDA - Mise à Jour des projections épidémiologiques du VIH et du SIDA en Haïti.*
9. *George Buego and Al. Dimension of the emergency orphan crisis in sub-Saharan Africa*
10. *Haiti 2000, Enquête Mortalité, Morbidité et utilisation des services*
11. *Historique, [www.chez.com/fmsida/historique.html](http://www.chez.com/fmsida/historique.html) 8k*
12. **Historique du VIH / SIDA au Cameroun,**  
*[wwwafro.who.int/oms.cam.Sidahisthtml](http://wwwafro.who.int/oms.cam.Sidahisthtml)*
13. **Historique du CPA VIH - [wwwcoe.org/wcc/news/press\\_01/44prf.html](http://wwwcoe.org/wcc/news/press_01/44prf.html)**
14. *HSI, Centres GHESKIO, P A P-Haiti Dec. 2000. Etude sur la séroprévalence par méthode sentinelle à la prévalence du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez les femmes enceintes en Haïti, 1999-2000*

15. **INAVAC - MSPP, le SIDA en Haïti et le moyens de prévention**
16. *Jean W. Pape and Al.* **Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti.**
17. *F. Leandre and Al.* **Integrating HIV Prevention and Care improves overall quality of primary Health Care in central Haiti.**
18. **Le VIH/SIDA et les Droits de l'homme, Directives Internationales. ONUSIDA**
19. *Les Centres GHESKIO, Avril 2003.* **History and Developpement of GHESKIO Centers**
20. Les droits de la personne. [www.aids law ca / français/couleur/themes/gars lesbiennes.rpport/final/GLLI to cfhtml\\_16k](http://www.aidslaw.ca/français/couleur/themes/garslesbiennes.rpport/final/GLLI%20to%20cfhtml_16k)
21. Les Jeunes et le VIH/SIDA, Une solution à la crise. OMS/ONUSIDA/UNICEF.
22. Les Orphelins et les autres enfants touchés par le VIH/SIDA. [www.unicef.org/french/pubsgen/hw-orphansand/hiv-orphansand-fr.pdf](http://www.unicef.org/french/pubsgen/hw-orphansand/hiv-orphansand-fr.pdf)
23. Les systèmes de santé mdiSenegal search <http://www.google.com>  
<http://www.Caricom.com.org>
23. *Linkages, mai 2001* **Allaitement maternel et VIH / SIDA. Questions pose fréquemment. Mie Marclle Deschamps MD and Al - Heterosexual Transmission of HIV in Haiti.**
24. *MSPP, nov. 1999,* **Analyse situationnelle de la prise en charge des IST/SIDA**
25. **Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Juin 2001**
26. Nos pages sur le VIH/SIDA, aide [ressy.org/sida.html\\_43khiv\\_aidstreatment.htm](http://ressy.org/sida.html_43khiv_aidstreatment.htm)
27. *OMS, Avril 2002.* **Améliorer l'accès aux traitements antiretroviraux dans les pays à ressources limitées - recommandations pour une approche de la santé publique**
28. *OMS 2002 -* **Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé - La revue internationale de santé publique, Recueil d'article No 6**

29. **OMS. Guide pour la prise en charge des malades à domicile**  
*World Health Organization nov. 2002.*
30. **ONUSIDA. Le réseau asiatique de Réduction des risques (AHRN). Août 2001.**
31. **UNSAID. VIH and AIDS in the Americas an epidemic with many faces.**
32. **ONUSIDA août 2001, Etude de cas, le réseau Asiatique de réduction des risques (AHRN). Soutien contre le VIH et la consommation de drogue injectables en Asie.**
33. **Paul Farmer. SIDA en Haïti, la victime accusée**
34. **Plan stratégique national 2002 - 2006, Pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti, MSPP**
35. **Reducing Mother-to-child Transmission of HIV in the Carribean, Guidelines for National Health Authorities and Policy Makers. Carribean Epidemiology Center.**
36. République algérienne démocratique et populaire.  
<http://www.ands.dz.systeme> de sante.htm  
Ministère de la santé et de la population Développement du système national de santé
37. **Salle de situation de santé - Haïti 2002, MSPP / OPS**
38. Special Sida 2002, [www\\_paris.msf.org/.../news.nsf/d2687e7eea08ab74125675b00364294/3e23a7c029c1256c7b005833d3 ?open document\\_18k](http://www.paris.msf.org/.../news.nsf/d2687e7eea08ab74125675b00364294/3e23a7c029c1256c7b005833d3?open=document_18k)
39. Stratégie de lutte contre le Sida au Brésil. <http://www.un.org/news/fr-press-docs/2002/pop818.doc.htm>
40. Stratégie et Perspective. <http://www.panosmet.org/cecosida/guide/Sida4f>  
.Synergie aids.com  
[www.chat.aids.ch](http://www.chat.aids.ch)  
<http://www.aids.ch/f/hwpositiv/medezin/index.ph>
41. Test du serodg du VIHco  
[www.aidslow.ca/français/contenu/themes/test/ootocf.html](http://www.aidslow.ca/français/contenu/themes/test/ootocf.html)\_15k  
shtml.\_ceco sida.
42. **Tools for evaluating, HIV voluntary counseling and testing (UNSAID)**

## **ANNEXES**

36

## **ANNEXES 1**

### **Questionnaires**

#### **Questionnaire pour les Patients VIH**

**Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un devoir portant sur les patients HIV. Les noms ne seront pas portés sur le questionnaire. La confidentialité est de rigueur.**

Destinataire	Sexe
Lieu ou adresse	Age
Profession	Etat civil

- Avez-vous été informé de l'existence de cette pathologie? Et comment?
- Que pensez-vous de la maladie, quelle est votre perception de cette maladie?
- Comment êtes-vous venu à ce centre?
- Pourquoi y êtes-vous venu?
- Etes-vous reçu par le même personnel à chaque visite (médecin, prestataire, psychologue)?
- Comment jugez-vous les soins?
- Connaissez-vous les différentes modes de transmission ou êtes-vous au courant des différents moyens qu'une personne peut attraper la maladie?
- Par quel moyen avez-vous été infecté?
- Depuis combien de temps l'avez-vous été?
- Quelle a été votre réaction première quand vous avez su que vous êtes infecté?
- Avez-vous informé votre famille?
- Quelle a été la réaction de votre entourage quand il a été mis au courant?
- Si la famille n'a pas été encore mise au courant, quand et comment comptez-vous le faire?

- Bénéficiez-vous d'une prise en charge? Si oui, pouvez-vous nous décrire les grandes lignes?
- Depuis combien de temps avez-vous commencé une thérapie, si vous en recevez une?
- Comment jugez-vous le comportement des prestataires de soins du service fréquenté vis-à-vis de vous?
- Etes-vous prêt à recommander ce centre à un ami ou allié qui serait également malade?
- Vous sentez-vous en confiance au moment de la consultation?
- Qu'est-ce qui vous déplaît le plus dans la prise en charge?
- Aurez-vous été invité à intégrer une association de PVVIH?
- Comptez-vous participer, vous impliquer dans la lutte contre le SIDA? Si oui, comment?
- Nous vous remercions pour votre collaboration

## Questionnaire pour les Gestionnaires

**Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un devoir portant sur les soins offerts aux patients vivant avec le HIV en Haïti. La confidentialité est de rigueur.**

- Quelle est la mission de l'institution?
- En quoi est-elle impliquée dans la lutte contre le Sida?
- Quelle est sa philosophie d'action
- Cette dernière répond-elle aux grandes lignes d'orientation du programme national?
- Jugez-vous pertinentes vos différentes interventions dans ce domaine c'est-à-dire avez-vous obtenu les résultats escomptés?
- Y a-t-il d'autres organisations non gouvernementales qui interviennent dans ce domaine au niveau de votre sphère d'action?
- Si oui, comment jugez-vous les relations qui existent entre vous?
- Tenez-vous compte des actions déjà menées par les autres intervenants?
- Aimerez-vous apporter des modifications à votre intervention? Si oui, lesquelles?

**ANNEXES 2**  
**Tableau des indicateurs**

**ANNEXE 3**  
**Filière de prise en charge et de soutien  
en matière de VIH**

**ANNEXE 4**  
**Shéma de développement des centres  
VCT (GHESKIO)**

**ANNEXE 5**  
**Résumé des facteurs internes et externes**

**ANNEXE 6**  
**Structure de gestion nationale proposée par le plan 2002 - 2006**

**ANNEXE 7**  
**Filière de coordination proposée par la charte de partenariat**

**ANNEXE 8**  
**Tableaux synthétiques des stratégies de  
renforcement de l'offre des services**