MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)

UNITÉ DE CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)

Programme national de lutte contre les IST/VIH/sida (PNLS)

Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH (PSNM) 2018-2023

Rapport Evaluation à mi-parcours

Version Finale

Rédigé par :

Pierre Hugues Henry, Statisticien, MBA
***Investigateur* Principal**

Dr Nathaëlf HYPPOLITE, MD, MSHI
Investigateur secondaire

Avril 2022

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les cadres techniques issus des principaux partenaires techniques et financiers (PTF) du Programme VIH, tels que ceux de l'USGTEAM, du Fonds Mondial et des Agences des Nations Unies (OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF) qui ont participé à cet exercice d'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) 2018-2023, de leur disponibilité, de la qualité de leurs apports et surtout de leur volonté d'aider à améliorer les résultats obtenus dans le cadre de la mise en œuvre de ce dit Plan stratégique.

Nous adressons nos remerciements aux responsables des partenaires d'implémentation du programme VIH, aux associations de PVVIH, des populations clés (PC) et de la société civile (OSC), et aux personnels des points de prestations VIH ainsi qu'aux cadres techniques du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) qui nous ont accompagnés dans la réalisation de cet exercice. Les informations tirées des rencontres de discussions auprès des membres des associations de PVVIH, PC et OSC ont été d'une importance capitale pour appréhender la complexité de la prestation des soins et services de santé offerts aux populations marginalisées dans les établissements sanitaires.

Il est aussi important de signaler l'aide conséquente du comité technique de l'UCMIT/PNLS, chargé d'accompagner l'équipe d'évaluation, dans l'organisation et la coordination des travaux relatifs à la conduite de cet ouvrage. A ce titre, nous voulons remercier tout particulièrement les conseillers techniques de l'UCMIT/PNLS à savoir les Drs Gracia DESFORGES et Ermane ROBIN de leurs avis techniques sur la méthodologie poursuivie pour conduire cette évaluation et, leurs différents commentaires soumis à l'équipe d'évaluation tout au long de la rédaction de ce rapport.

Cette évaluation à mi-parcours a en outre bénéficié des conseils du Dr Middle FLEURANTIN dont les connaissances à l'égard du programme VIH haïtien ont été mises au profit de l'équipe d'évaluation.

L'équipe d'évaluation

TABLE DES MATIERES

ABBREVIATIONS 4
RESUME EXECUTIF 5
CHAPITRE I. INTRODUCTION 8
1.1. Contexte de l'évaluation 8
1.2. Objectifs de l'évaluation 9
CHAPITRE II. METHODOLOGIE 10
2.1 Approche méthodologique de l'évaluation 10
2.2 Les questions d'évaluations 10
2.3 Processus de l'évaluation (Etapes chronologiques) 12
2.4 Difficultés de l'évaluation et leçons apprises 15
CHAPITRE III. LE PROGRAMME VIH EN HAÏTI 17
3.1. Vision et Objectifs 17
3.2. Logique d'intervention 17
3.3. Cadre institutionnel, mécanismes de gestion du PSNM 21
CHAPITRE IV. PRINCIPAUX CONSTATS 22
A.- FIDELITE 22
B.- COUVERTURE 25
C. MISE EN ŒUVRE (PROCESSUS) 27
D. QUALITE DES SERVICES 33
E. EFFICACITE 43
CHAPITRE VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 62
ANNEXE 66
Liste des participants aux entretiens 66
Liste des points de prestations visités 67
Guides d'entretien 68
Matrice d'évaluation 77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Correspondance entre questions d'évaluation et critères d'évaluation 12

Tableau 2 : Chronologie des étapes de l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023 16

Tableau 3 : Priorité 1. Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants. 18

Tableau 4: Priorité 2. Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH. 18

Tableau 5 : 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 populations clés 19

Tableau 6: 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. 19

Tableau 7 : Effets 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 43

Tableau 8 : Effet 1.2 90% des populations clés et vulnérables adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023 44

Tableau 9: Effet 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 45

Tableau 10 : Effet 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 46

Tableau 11 : Effet 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 48

Tableau 12 : 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 51

Tableau 13: Effet 2.2 Le taux de décès chez les patients co infectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2023 52

Tableau 14: Effet 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 53

Tableau 15 : Critères d'analyse et recommandations 63

ABBREVIATIONS

ARV	Anti Rétroviral
ASCP	Agents de Santé Communautaire Polyvalents
CDC	Center Disease for Control and Prevention
CHARESS	Centre Haïtien d'Appui au Renforcement du Système de Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
DSF	Direction Santé de la Famille
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EMR	Electronic medical record (dossier médical électronique)
EPSSS	Evaluation de la Prestation des Soins et Services de Santé
EMR	Electronic Medical Record
ECP2	Contrôle Épidémiologique au sein de la population prioritaire
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études sur le Sarcome de Kaposi et les Infections opportunistes
HSH	Homme Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
LINKAGES	Liens à travers le continuum des services liés au VIH pour les PC affectées par le VIH
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MESI	Monitoring Évaluation et Surveillance Intégrée
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Relief
PEP	Prophylaxie Post Exposition
PC	Populations Clés
PCR	Polymerase Chain Reaction
PI	Partenaire d'Implémentation
PIH	Partner In Health
PLR	Patient Linkage and Retention
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPS	Points de Prestation de Service
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers du programme
PTME	Prévention transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PrEP	Prophylaxie Pré Exposition

REDES	Ressources et Dépenses relatives au VIH/SIDA
SAFE	Surveillance de la femme enceinte active
SALVH	Surveillance épidémiologique pour le VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement Antirétroviral
UCMIT	Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles

RESUME EXECUTIF

Après trois années de mise en œuvre du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) du VIH 2018-2023, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), par l'intermédiaire de l'Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles (UCMIT), et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), a jugé opportun de procéder à l'évaluation mi-parcours du PSNM 2018 – 2023.

Cette évaluation a une visée formative et explicative. Son but principal est d'effectuer un examen complet du PSNM 2018 – 2023 permettant de comparer les ressources mobilisées et leur organisation, le processus de production des services, les résultats obtenus à date par rapport à des normes et critères précis dans une perspective de réalignement du PSNM 2018-2023 en cours de mise en œuvre. L'Appréciation Normative a été utilisée comme approche méthodologique pour conduire l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023. Plusieurs critères d'analyses définis et validés ont permis de répondre aux questions d'évaluations avancées par les autorités sanitaires. La méthodologie adoptée consiste en dix (10) grandes étapes: (i) soumission du document de cadrage ; (ii) revue documentaire ; (iii) sélection des informateurs clés ; (iv) élaboration des techniques et outils de collecte de données; (v) réalisation des entretiens; (vi) visites des points de prestations VIH ; (vii) analyse des données ; (viii) élaboration du rapport final de l'évaluation; (ix) soumission du draft du rapport final et (x) restitution des résultats de l'évaluation aux acteurs clés et soumission du rapport final de l'évaluation. Cette évaluation a permis d'obtenir les résultats suivants présentés par rapport aux critères d'évaluation ci-dessous.

Fidélité ou l'adéquation avec ce qui était prévu par le PSNM 2018-2023

D'une manière générale, la Chaine des résultats du PSNM 2018-2023 est cohérente selon le modèle de la « Théorie de Changement » de programme. Les interventions mises en œuvre par les principales parties prenantes du Programme VIH haïtien s'alignent parfaitement sur les documents de politiques et stratégies nationales du pays définies dans le PSNM 2018-2023. Les objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA constituent le socle orientant les réflexions, projets, interventions et activités de tous les acteurs intervenant autour du Programme VIH haïtien. Toutefois, Il existe une faible cohérence entre les ressources financières programmées et celles effectivement mises au bénéfice du Programme VIH. Un grand nombre d'indicateurs de produits (résultats immédiats) définis dans le cadre de performance du PSNM 2018-2023 ne sont pas « SMART » donc difficile à mesurer par les autorités sanitaires.

Couverture ou l'atteinte de la population cible

La participation et l'implication des groupes cibles du programme VIH dans le développement du PSNM 2018-2023 ont été mises en avant pour montrer la prise en compte des besoins des groupes prioritaires dans ce dit Plan. Néanmoins, des acteurs affirment que certaines populations à risque ont été faiblement touchées dans les interventions proposées dans le PSNM 2018-2023. Ils avancent à juste titre : les adolescents, les jeunes, les enfants de rues, les populations mobiles (migrants internes), les leaders religieux et des transgenres. Alors que pour d'autres, leur participation à l'élaboration du PSNM était modeste et mitigée. Selon eux, les associations de Populations Clés (PC), de Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), et des OCB et ceux venant des autres secteurs non-santé n'ont pas eu le privilège de participer dans les différentes étapes d'élaboration du PSNM 2018-2023, la formulation, la planification et la budgétisation des priorités.

Mise en œuvre (Processus)

La Coordination technique du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) s'assure de la gouvernance de la riposte contre le VIH au niveau national. D'une manière générale, le système suivi-évaluation du Programme VIH est robuste pour assurer le suivi du programme VIH. Le système d'information est globalement unifié et est capable de produire de données de qualité pour la prise de décisions futures. Toutefois, l'action des coordinations VIH départementales, devant assurer la coordination départementale des interventions, est quasi inexistante. Leurs rôles et responsabilités sont quasiment dévolues aux partenaires d'implémentation. Le Plan Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023, devant servir de référentiel au suivi du programme VIH, n'est pas disponible à l'instar du Plan d'Action Annuel du PSNM. La participation des secteurs non-santé tels que les ministères de l'Education Nationale, à la Condition Féminine ou des Affaires sociales reste très limitée.

Qualité des soins et services VIH

Beaucoup d'efforts ont été consentis ces dernières années en vue d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients VIH et PC par le Programme VIH. Les soins et services VIH fournis aux bénéficiaires sont très critiques et semblent être en-deçà des normes de qualité du programme VIH. La satisfaction des services VIH reçus par le Programme VIH est controversée. La prestation des services dans les établissements sanitaires semble manquer d'humanité, de respect et de compassion. Les bénéficiaires se sentent stigmatiser en raison de leur statut VIH et leur orientation sexuelle. Pour un grand nombre de bénéficiaires, le paquet de services IST/VIH ne répondent pas à leurs besoins à savoir, les besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels. L'accessibilité géographique, financière et culturelle des clients aux services est compromise par des facteurs systémiques, structurels, sociaux et culturels.

Efficacité

L'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023 a permis d'observer des changements significatifs durant la mise en œuvre du dit Plan. L'offre de la charge virale s'est améliorée de manière significative passant de 17% en 2017 à 75% en 2021. Plus de 60% des patients actifs jouissent d'une suppression virale au 30 septembre de 2021. L'atteinte des objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA constitue l'indicateur prioritaire pour mesurer les performances du PSNM 2018-2023. Au 30 septembre 2021, eu égard aux personnes vivant avec le VIH estimées (154,000), 91% (139,726) des PVVIH connaissaient leur statut sérologique VIH ; 88% (128,072) des PVVIH sont placées sous Traitement Antirétroviral (TAR) et ; 63% (87,260) de ces personnes enrôlées en soins sous TAR ont présenté une suppression de leur charge virale.

Au terme de cette analyse et s'appuyant sur les résultats, les défis et leçons apprises, l'équipe d'évaluation propose aux autorités sanitaires, et cela en fonction des critères, les recommandations générales suivantes :

- Intensifier le plaidoyer auprès des instances concernées (Présidence, Sénat, MSPP, MEF, MPCE) pour augmenter l'apport du Trésor Public dans les dépenses liées au VIH/sida ;
- Actualiser le Plan de Contingence du PSNM 2018-2023 et doter les cadres stratégiques futurs de Plan d'Action de 2-3 ans en vue de s'assurer d'une meilleure coordination et d'un meilleur suivi des PSNM ;
- Financer et rendre opérationnel le Plan d'Action de Plaidoyer pour la participation du secteur privé des affaires dans la riposte contre le VIH/sida ;
- Renforcer le ciblage des adolescents, enfants de rues, les migrants externes, les transgenres dans la définition des interventions de prévention, de soins et de traitement des IST et VIH/sida
- Mettre à jour le Plan Suivi- Evaluation du PSNM 2018-2023 et le guide de PEC national des IST ;

- ❖ Plaidoyer pour l'extension et l'utilisation rapide de la base de données GAPREV dans les sites de prestations VIH et Conduire un diagnostic de situation sur la qualité des services VIH en Haïti ;
- ❖ Assurer la reprise des activités Healthqual et soutenir le PNLS au développement d'un curriculum de formation sur la réduction de la stigmatisation dans les points de prestations VIH ;
- ❖ Elaborer un Plan d'Action national pour la prévention et la réponse à la résistance aux TAR.

CHAPITRE I. INTRODUCTION

1.1. Contexte de l'évaluation

En Haïti, le VIH/sida reste l'une des préoccupations majeures 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 de l'année 2017 afin de disposer d'un plan stratégique de dernière génération couvrant la période 2018-2023. Le présent Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) de riposte au VIH/sida 2018-2023 a pour vision de : ***« faire en sorte que d'ici à 2023 qu'Haïti soit sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon de 2030 ».*** Ce plan vise à terme que : 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95% des personnes connaissant leur séropositivité reçoivent un traitement antirétroviral approprié et, 95% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

Ce plan stratégique, inspiré de la théorie de programme[1], explique les enjeux, identifie les groupes cibles prioritaires, indique les interventions à mettre en œuvre, les ressources à mobiliser, et définit la chaine causale qui sous-tend l'atteinte des résultats au cours de la durée de ce plan. Ce plan élaboré en 2017 a connu une mise à jour en 2019 sur sa cohérence et pour une meilleure prise en compte des stratégies à fort impact, avec un focus sur les populations clés et un changement de paradigme dans la prestation des soins du milieu institutionnel vers la communauté.

La mise en œuvre de ce plan s'est effectuée dans un contexte assez difficile, marqué notamment par des évènements socio-politiques tumultueux, de catastrophes naturelles et d'aléas sanitaires. Cette suite d'évènements itératifs a érodé la capacité des hautes autorités de l'État et des autres acteurs sociaux de la vie nationale à répondre aux besoins les plus urgents de la population. On peut citer :
A) Les émeutes urbaines des 06-07 juillet 2018 survenant après l'annonce de l'ajustement des prix à la pompe du carburant par le gouvernement haïtien ;
B) Une situation sécuritaire dégradante qui a atteint son point culminant avec :

- o Les troubles socio-politiques récurrents entrainant soulèvements populaires et épisodes de pays-lock tout au long des années 2018 et 2019 ;
- o La violence des gangs armés dans les quartiers défavorisés ayant conduit à des migrations massives de la population vers des cieux moins cléments. Les quatre départements géographiques du Grand Sud (Sud, Sud-est, Nippes et Grande-Anse) de même que plusieurs grandes villes du département de l'Ouest (Carrefour, Petit-Goave, Léogane) sont coupés du reste de la capitale de Port-au-Prince depuis la fin de 2020. Cette situation s'est exacerbée en juin 2021 à Martissant à la suite d'une rivalité entre deux bandes pour contrôler davantage de territoire ;

[1] Wholey Joseph S. Evaluability Assessment: Developing Program Theory. New Directions for Program Evaluation, n33 p77-92 Spr 1987

- Les enlèvements en masse contre rançons par les bandes armées dans la capitale qui ont pris de l'essor à la fin de 2020 affectant toutes les couches sociales de la population.

C) La tempête tropicale Laura du 28 août 2020, qui a touché les départements du Sud'est, du Sud, des Nippes et de l'Ouest, a provoqué la mort d'une trentaine de personnes et de plus d'une dizaine de personnes portées disparues et ayant endommagé des routes, ponts et les habitats de plus de 8,000 familles ;

D) La pandémie de COVID 19 dont le premier cas a été identifié le 19 mars 2020 en Haïti, a entrainé la fermeture de nos frontières, déstabilisé l'économie fébrile existante, causé à date le décès de plus de 2.500 personnes et, a mis à nu la faiblesse de nos infrastructures sanitaires pour face aux besoins urgents des personnes infectées par le virus ;

E) Et en dernier lieu, le séisme du 14 août 2021 dans la région Sud du Pays avec plus de 2.250 décès enregistrés, 53.000 maisons détruites et 83.000 autres endommagées sans oublier une trentaine de structures sanitaires détruites, a eu des impacts économiques et émotionnels importants affectant ainsi le système de santé haïtien pour ne citer que cela.

Après trois années de la mise en œuvre du PSNM, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), par l'intermédiaire de l'Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles (UCMIT), et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), a jugé opportun de procéder à l'évaluation mi-parcours du plan stratégique national de riposte contre le VIH/sida (PSNM) 2018 – 2023. Cette évaluation s'inscrit dans une perspective de réalignement du PSNM 2018-2023 en cours de mise en œuvre, en particulier dans l'analyse de la pertinence des actions prévues, des ressources déployées et de l'atteinte des résultats. En d'autres termes, elle vise à porter un jugement sur l'adéquation entre ce qui avait été prévu au départ, et ce qui a été réalisé ou ce qui s'est produit.

Les trouvailles issues de ce travail sont supposées permettre aux responsables nationaux et parties prenantes du Programme VIH de prendre de meilleures décisions relatives tant à la réorientation, l'amélioration des interventions en cours qu'à l'utilisation de ces dernières comme étant un référentiel dans le processus de conception et rédaction du futur plan stratégique national de riposte contre le VIH à l'horizon de 2030.

1.2. Objectifs de l'évaluation

Le but principal de cette évaluation à mi-parcours est d'effectuer un examen complet du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida (PSNM) 2018 – 2023 permettant de comparer les ressources mobilisées et leur organisation, le processus de production des services, les résultats obtenus à date par rapport à des normes et critères précis. Cette évaluation s'inscrit à la fois dans une visée formative et explicative. Les résultats de l'évaluation sont structurés de façon à fournir de l'information aux différentes parties prenantes, à travers des constats et recommandations, dans le but de pouvoir améliorer la mise en œuvre du Programme VIH.

CHAPITRE II. METHODOLOGIE

2.1 Approche méthodologique de l'évaluation

Etant donné que le PSNM 2018-2023 est inspiré de la théorie de programme, nous avons adopté ***« l'Appréciation Normative »*** comme approche méthodologique pour conduire l'évaluation à mi-parcours du plan cité en référence. L'appréciation normative consiste à porter un jugement de valeurs sur les **structures** (les ressources mises en œuvre et leur organisation), les **processus** (les services ou biens produits) et les **résultats obtenus** à date par rapport à des normes et critères précis. La logique de l'évaluation à mi-parcours couvre les trois composantes usuelles d'un programme (ou intervention) à savoir :

- **L'Appréciation de la structure**. Il s'agit de savoir dans quelle mesure les ressources sont employées de façon adéquate pour atteindre les résultats escomptés.
- **L'Appréciation du processus.** On évalue dans quelle mesure les services sont adéquats pour atteindre les résultats escomptés. Cette appréciation se fait en comparant les services offerts par le programme VIH avec des critères et des normes prédéterminés en fonction des résultats à atteindre.
- **L'Appréciation des résultats.** Cette étape consiste à se demander si les résultats observés correspondent à ceux attendus, c'est-à-dire aux objectifs que l'intervention ou le Programme VIH s'est proposé d'atteindre.

2.2 Les questions d'évaluations

Dans l'approche d'évaluation normative, plusieurs critères permettent d'articuler les questions liées à la structure, aux processus et aux résultats d'une intervention. Il s'agit de : (i) ***la fidélité***, ou l'adéquation entre ce qui était prévu et ce que l'on fait ou ce qui a été obtenu ; (ii) ***la couverture,*** ou l'atteinte de la population cible (en quantité, mais aussi en qualité, en rapport au(x) type(s) de population ciblé(s)) ; (iii) ***la qualité***, dans ses multiples dimensions dont, la dimension technique, interpersonnelle, et organisationnelle de l'offre de soins [2]; (iv) ***la mise en œuvre du programme[3]***, ou les mécanismes de gouvernance et de gestion favorisant ou entravant la mise en œuvre du Programme VIH ; (v) ***l'efficacité*** ou l'atteinte des résultats attendus: ont-ils été atteints ? Sur la base de ces critères d'évaluation, nous avons défini l'ensemble des questions d'évaluation, telles qu'elles ont été validées par le Comité Technique de l'UCMIT/PNLS.

A.- Questions d'évaluation en fonction des critères de pertinence

Questions d'évaluation 1.- Quels sont les écarts observés à date dans la mise en œuvre des interventions du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ? Autrement écrit, est-ce que ce plan a été implanté tel que prévu ?

[2] Champagne F, Contandriopoulos A-P et coll (2011). L'évaluation : concepts et méthodes. *Les Presses de l'Université de Montréa*l, p.93-105.

[3] L'analyse des coûts (les coûts : respectent-ils les budgets prévisionnels) n'a pas été pris en compte dans le cadre de cette évaluation à mi-parcours.

Sous-question 1.1. Les interventions et résultats des projets des partenaires d'implémentation du PNLS sont-ils alignés aux stratégies prioritaires du PSNM 2018-2023 ?
Sous-question 1.2. Les ressources (humaines, financières, matérielles, techniques, informationnelles etc.) mises à la disposition du programme VIH sont-elles adéquates pour la réalisation des interventions prioritaires prévues dans le PSNM ?

B.-Questions d'évaluations en fonction des critères de la couverture

Questions d'évaluation 2.- Les interventions, telles que mises en œuvre, ont-elles rejoint les groupes cibles prioritaires identifiés par le plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ?

Sous-question 2.1. Les interventions proposées et définies dans le PSNM 2018-2023, de même que les services IST/VIH fournis aux bénéficiaires correspondent-ils aux besoins et attentes des groupes cibles ?
Sous-question 2.2. Les groupes cibles (PVVIH, PS, HSH, femmes, jeunes, migrants etc…) ont-ils été impliqués dans le processus de conception, de définition/programmation des interventions répondant à leurs besoins et attentes ?

C.- Questions d'évaluations en fonction de la qualité des services

Questions d'évaluation 3.- Les activités réalisées et les services délivrés à date sont-ils justifiés et bien exécutés ?

Sous-question 3.1. Est-ce que ceux qui fournissent les services le font de façon compétente ?
Sous-question 3.2. Les soins et services fournis aux bénéficiaires respectent-ils les normes de qualité du programme VIH ?
Sous-question 3.3. Les soins et services VIH sont-ils adéquats, globaux, suffisamment intégrés et accessibles aux groupes cibles du programme VIH ?

D.- Questions d'évaluations en fonction de l'atteinte des résultats

Questions d'évaluation 4.- Quel est le niveau de réalisation du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 à décembre 2021 ?

Sous-question 4.1. Quelles sont les contributions des réalisations obtenues par le programme VIH aux produits/résultats à court terme du PSNM ?
Sous-questions 4.2. Dans quelle mesure les résultats prévus du PSNM 2018-2023 ont-ils été atteints selon le cadre de performance planifié ?

E.- Questions d'évaluations en fonction de la mise en œuvre du programme

Questions d'évaluation 5.- Que peut-on penser du poids du contexte et de la configuration structurelle du Programme sur les résultats souhaités par le plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ?

Sous-question 5.1. Dans quelle mesure les mécanismes de coordination, de gestion et de suivi-évaluation des interventions du Programme VIH favorisent-ils la mise en œuvre du projet ?
Sous-question 5.2. Dans quelle mesure le contexte et la configuration structurelle du Programme VIH affectent-ils les résultats escomptés du PSNM 2018-2023 ?
Sous-question 5.3. Des évènements internes ou externes affectent-ils la mise en œuvre du programme VIH ?

La correspondance entre les questions d'évaluation (QE) et les critères d'évaluation est illustrée dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Correspondance entre questions d'évaluation et critères d'évaluation

	Pertinence	Couverture	Qualité des services	Atteinte des résultats	Mise en œuvre
QE 1	**X**	**X**			
QE 2		**X**			
QE3			**X**		**X**
QE4			**X**	**X**	
QE5				**X**	**X**

Les questions d'évaluations définissent en quelque sorte la trame du processus à mettre en branle pour atteindre les objectifs de cette évaluation à mi-parcours. Elles sont déclinées en critères de jugement, lesquels ont été informés par des indicateurs auxquels s'adjoignent également les sources d'information, les techniques et les outils de collecte d'information. L'ensemble constitue donc la **Matrice d'Evaluation** qui est présentée en annexe du document.

2.3 Processus de l'évaluation (Etapes chronologiques)

L'évaluation s'est déroulée sur une période de quatre (4) mois. Pour la réalisation de cette mission, la méthodologie adoptée est décomposée en dix (10) grandes étapes chronologiques à savoir : (i) soumission document de cadrage et réunion de démarrage; (ii) revue documentaire ; (iii) échantillonnage et sélection des informateurs clés ; (iv) élaboration des techniques et outils de collecte de données; (v) réalisation des entretiens avec les acteurs et les bénéficiaires du projet ; (vi) les visites des points de prestations VIH ; (vii) traitement et analyse des données ; (viii) élaboration du rapport de l'évaluation finale; (ix) soumission du draft du rapport final et (x) restitution des résultats de l'évaluation aux acteurs clés à la fin de la mission et soumission du rapport final de l'évaluation.

i. Réunion préparatoire ou de démarrage

Au terme de la signature du contrat avec le commanditaire, le consultant et son équipe a soumis un document de cadrage qui met en exergue la compréhension du mandat et la démarche méthodologique à poursuivre dans le cadre de cet ouvrage. Une réunion de démarrage s'est tenue entre le comité technique et le consultant afin que ce dernier puisse apporter des éclaircissements complémentaires sur sa démarche méthodologique et recueillir également les commentaires du comité technique. Au cours de cette séance, le plan de travail, le chronogramme de la mission et la démarche proposées ont été discutés. Au terme de la prise en compte des commentaires, le document final de cadrage a été soumis au comité technique pour validation.

ii. Revue documentaire

À l'issue de la rencontre préparatoire, le comité technique a partagé un ensemble de ressources documentaires avec le consultant sur le Programme VIH. L'équipe dévaluation a donc procédé à une analyse de la documentation existante afin de mieux prendre connaissance de la logique d'intervention

du Programme VIH, son contexte, sa mise en œuvre, ses interventions en cours ainsi que ses résultats obtenus. Celle-ci a porté sur les différents documents du Programme VIH : (a) Document du PSNM 2018-2023 ; (b) Rapports trimestriels et annuels du PNLS ; (c) Bilans programmatiques de la CT du PNLS ; (d) Rapport d'évaluation à mi-parcours 2008-2012 ; (e) Rapports de recherches opérationnelles du Programme VIH (IBBS, Rétention, REDES, Index Stigma etc…); (f) Directives cliniques et manuels de procédures de la prestation des services TB/VIH ; (g) Rapports de visites de terrain (focus group) conduits par différents Partenaires d'Implémentation (PI) pour ne citer que cela. Une grille de lecture conçue à cet effet a permis de tirer l'essentiel des informations nécessaires pour la triangulation des informations collectées.

iii. Echantillonnage et sélection des informateurs clés

Sur la base d'un échantillonnage raisonné, l'équipe de consultants a procédé à la sélection des informateurs clés et à un échantillonnage des sites d'interventions à visiter dans le cadre de la conduite des entretiens qualitatifs et des observations non participantes du processus de prestation des services VIH. Ce fut une étape essentielle du point de vue méthodologique pour s'assurer de la représentativité des parties prenantes à interviewer de même que les visites sur le terrain à réaliser. C'est ainsi que l'évaluation s'est concentrée sur cinq (5) types de parties prenantes :

- **Les partenaires techniques et financiers (PTF).** Ce sont les bailleurs de fonds bilatéraux (CDC, USAID), multilatéraux (le Fonds Mondial) et les agences du Système des Nations Unies (UNICEF, ONUSIDA, OMS, UNFPA) ;
- **Les partenaires d'implémentation (PI).** Ces sont les organismes privés/étatiques (UGP) ou organisations non-gouvernementales (CMMB, GHESKIO, PIH/Zanmi La Santé, SEROVie, CHARESS, ISPD etc…), Universités étrangères (Georgetown University etc…) qui assurent la mise en œuvre des interventions et prestations de services VIH à travers les structures sanitaires publiques, privées, mixtes et confessionnelles du pays.
- **Les acteurs institutionnels au niveau central.** Il s'agit des conseillers techniques et chefs de services de la Coordination technique de l'UCMIT/PNLS.
- **Les prestataires de services VIH** au niveau des points de prestation VIH des structures sanitaires.
- **Les acteurs de la société civile** partenaires de la mise en œuvre du Programme VIH à savoir les associations de populations clés (PVVIH, HARSAH, PS, Transgenres) et vulnérables (jeunes et femmes).

iv. Elaboration des techniques et outils de collecte de données

L'équipe d'évaluation a fait usage de différentes techniques et d'outils de collecte de données en fonction du type d'information à collecter. Une approche collaborative et inclusive a été mise en place afin d'assurer une participation active des parties prenantes tout au cours de la phase du recueil des informations. Le consultant a soumis au comité technique quatre (4) guides d'entretien et un guide de focus group visant chacun des informateurs clés identifiés plus haut. Ces guides d'entretien ont été élaborés en fonction des préoccupations et critères d'évaluation définis.

Entretiens individuels avec des informateurs clés : Des entretiens individuels de type semi-structuré ont été conduits auprès des informateurs clés provenant des PTF, des PI, des responsables de l'UCMIT/PNLS et des prestataires de soins dans les sites de dispensation des soins VIH. Quatre (4) guides d'entretien semi-structurés et une fiche d'observation à utiliser lors des visites dans les points de prestations VIH ont

été rédigés en fonction du type d'informateurs à interviewer. Les guides d'entretiens et la fiche d'observation sont présentés en annexe du rapport.

Entretiens en groupes de discussions (Focus groupes) : Cette technique a été utilisée pour recueillir les informations auprès des bénéficiaires et des principaux groupes du programme VIH à l'aide de questions ouvertes. Il s'agissait des membres des associations des populations clés (HARSAH, PS, Transgenres, PVVIH) et vulnérables (jeunes, femmes). Un (1) seul focus group a été tenu dans le cadre de cette mission à Port-au-Prince. Toutefois, l'équipe de consultants a eu recours aux rapports de visites de terrain des différentes associations de manière à prendre connaissance de leur perception à l'égard de la qualité perçue de l'offre des services VIH, la pertinence des services VIH par rapport à leurs besoins incluant leurs attentes et les interventions prioritaires capables de réduire la stigmatisation auprès des populations clés et vulnérables face au VIH (Voir en annexe le guide de discussions en groupes).

Revue des indicateurs du PNSM 2018-2023 : Le recueil des données quantitatives consistait à l'extraction des données issues des différentes bases de données de rapportage et surveillance respectivement MESI et SALVH du Programme VIH haïtien, ceci pour répondre aux différents indicateurs proposés dans la matrice d'évaluation. Cette revue des indicateurs de Produits du Cadre de Performance du PSNM 2018-2023 visait à apprécier le niveau d'atteinte des résultats par le biais d'une analyse comparative entre les résultats obtenus par le Programme de 2018 au 30 septembre 2021 par rapport aux cibles à mi-parcours préalablement prévues pour la même période. L'équipe a fait usage d'un fichier Excel regroupant l'ensemble des « Indicateurs de Produits » pour recueillir les données quantitatives y afférentes.

(v) Réalisation des entretiens avec les informateurs clés

Les entretiens avec les parties prenantes se sont déroulés entre décembre 2021 et février 2022. Une quinzaine d'informateurs clés ont été interviewés. Compte tenu de la situation sécuritaire instable et la pandémie COVID 19 qui perduraient, l'équipe de consultants a organisé l'essentiel des entretiens à distance par le biais des nouvelles technologies de l'information (NTIC) en particulier Zoom. L'objet de ces entrevues avec les acteurs clés dont les partenaires de mise en œuvre, les autorités locales, les bénéficiaires, les acteurs gouvernementaux etc… était de recueillir leurs opinions sur la mise en œuvre du programme ainsi que les résultats obtenus. Toutefois, l'équipe de consultants a eu recours aux rapports de visites de terrain de la FEDHAP+ et de l'Observatoire des Communautés des services VIH pour mieux comprendre les défis relatifs à la qualité des services sur le terrain. La liste des informateurs clés interviewés sont présentées en annexe de ce rapport.

(vi) Visites de sites/points de prestations VIH

Eu égard au contexte sécuritaire du pays, l'équipe de consultants a visité dix (10) points de prestations VIH représentant 70% par rapport au plan de travail validé. Les sites visités étaient répartis comme suit : dans l'Ouest (6), dans l'Artibonite (2) et dans le Plateau central (2). Ces visites de terrain ont permis à la fois de conduire les entretiens auprès des prestataires de soins et de réaliser des observations non-participantes sur le processus mis en place pour la dispensation des services VIH et le respect des procédures cliniques et thérapeutiques par l'équipe sur le terrain. Une grille d'observation rédigée en conséquence a permis le recueil des informations correspondantes.

(vii) Traitement et analyse des données

Les données quantitatives provenant de la Revue des indicateurs du Programme VIH ont subi une analyse comparative, comparaison entre les cibles prévues entre 2018 et 2021 et les résultats atteints pour la

même période. Les données qualitatives provenant des entretiens (semi-structurés, focus-group, observation non-participante) avec les informateurs clés ont fait l'objet d'une analyse thématique. Nous avons effectué une lecture préliminaire, réaliser des retranscriptions pour ensuite dresser une liste de codification aux informations. La catégorisation a été effectuée selon les catégories ou thèmes prédéfinies dans le guide d'entretien et à travers d'autres thématiques qui ont émergé au cours de l'analyse. Chemin faisant, nous avons procédé à l'interprétation des résultats sur la base de nos trouvailles et de la revue de littérature par le biais de la triangulation des informations.

(viii) Rédaction du rapport préliminaire

Le rapport provisoire a été rédigé en fonction d'une structure de présentation du rapport qui a été validée par le comité technique.

(ix) Soumission du rapport préliminaire

Le rapport a été soumis au comité technique le 31 mars 2022.

(x) Restitution des résultats de l'évaluation et soumission du rapport final de l'évaluation

Suite à la soumission du draft du rapport, l'équipe d'évaluation a recueilli les commentaires préliminaires issus du comité technique. Au terme de ce processus d'intégration des recommandations, l'équipe de consultants a soumis son rapport final de l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023.

2.4 Difficultés de l'évaluation et leçons apprises

Cette évaluation n'échappe pas à un certain nombre de contraintes et de limites. L'équipe de consultants a rencontré de réelles difficultés lors du déroulement de la mission ayant eu un impact sur le respect des échéanciers validés dans le document de cadrage. Il s'agit de :

- La difficulté à pouvoir planifier et respecter une date retenue par les informateurs clés pour réaliser les entretiens prévus. La période de préparation des rapports techniques de fin d'année et leur participation au Country Operational Plan (COP) de PEPFAR a rendu difficile la disponibilité des participants à interviewer ;
- Le retard pris pour la non-objection de l'amendement du budget pour l'évaluation par le commanditaire. Les ressources de départ allouées à la conduite de l'évaluation ne permettaient pas de réaliser un examen exhaustif du PSNM 2018-2023. Ce retard a conduit à la non-réalisation des visites de terrain dans les délais (réalisées à la mi-mars) alors prévues depuis le début du mois de février ;
- La durée planifiée pour la réalisation de l'évaluation n'était pas cohérente en fonction de l'immensité du travail à effectuer ;
- Le comité technique n'était pas toujours en mesure de réagir dans l'immédiat sur les documents soumis, ce qui a ralenti l'équipe de consultants dans sa course. L'exemple concret est le temps pris par les différentes équipes de la CT du PNLS pour remplir le tableau d'indicateur Excel de recueil de données. Le tableau a été rempli et soumis toutefois certaines données manquent.

L'autre grand défi concerne la difficulté de mesurer les indicateurs de produits du cadre de performance du PSNM 2018-2023 à ce stade de mise en œuvre du Programme VIH. On a constaté qu'une grande majorité de ces indicateurs ne disposait pas de lignes de base ou présentait des difficultés de mesure par rapport aux cibles préalablement définies. L'équipe a eu de la difficulté pour définir certains construits de

mesure du Programme VIH. Par ex : 80% des ménages avec OEV bénéficient d'un renforcement économique pour leur autonomisation ou 85% des OEV et leurs familles bénéficient d'un appui pour mieux connaître et exercer leurs droits humains. Pour pallier ces observations, l'équipe de consultants a rencontré le comité technique de l'UCMIT/PNLS afin de pouvoir disposer d'une meilleure compréhension des indicateurs identifiés présentant des difficultés à mesurer. En dehors des contraintes, l'excellent niveau de collaboration entre l'équipe d'évaluation et les membres du comité d'évaluation de l'UCMIT/PNLS a permis de limiter d'autres contraintes opérationnelles.

Nous pouvons également tirer des leçons par rapport à la démarche méthodologique sélectionnée pour conduire cette évaluation à mi-parcours. La leçon principale à retenir de ce travail est qu'il permet surtout, avec plus de certitudes, de signaler les aspects du programme qui posent problème ou qui nécessitent des réajustements. Il permet également de mettre en évidence des résultats atteints à court terme non pas des résultats intermédiaires (effets) ou long terme (impact). Il est important de se rappeler à juste titre que l'appréciation normative a été utilisée comme approche méthodologique pour conduire cette évaluation à mi-parcours. De ce fait, l'équipe d'évaluation ne peut pas s'entretenir sur les mécanismes causaux sous-jacents, en termes de relations entre interventions et résultats, en termes d'influence du contexte et en termes de facteurs d'interférence, qui serait l'œuvre d'une recherche évaluative. Nous soulevons de nouvelles questions, nous émettons des hypothèses, sur la base de nos expériences et des trouvailles, mais elles doivent être prises pour ce qu'elles sont, c'est à dire un effort de réflexion pour accroître la probabilité de rendre le programme plus efficace dans l'avenir.

En dernier lieu, nous sommes, convaincus que la méthodologie choisie permet de tirer des conclusions et de formuler des recommandations pertinentes pour la suite de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 et, au-delà, pour la prochaine phase du PSNM devant conduire à 2030.

Chronologie des étapes de l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023

Tableau 2 : Chronologie des étapes de l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023

Ref	*Activité*	*Date de réalisations*
1	Signature de contrat	Octobre 2021
2	Soumission du document de cadrage	02 novembre 2021
3	Réunion de démarrage	09 novembre 2021
4	Validation du document de cadrage	24 novembre 2021
5	Revue documentaire	De 24 novembre au 03 décembre 2021
6	Echantillonnage	
7	Elaboration des guides d'entretiens	03 au 08 décembre 2022
8	Demande de planification des entretiens aux informateurs clés	08 décembre 2022
9	Réalisation des entretiens et Focus Group	10 décembre 2021 au 26 février 2022
10	Retranscription et analyse des données	14 février au 04 mars 2022
11	Elaboration du rapport de l'évaluation à mi-parcours	07 mars 2022
12	Soumission du draft du rapport de l'évaluation à mi-parcours	31 mars 2022

CHAPITRE III. LE PROGRAMME VIH EN HAÏTI

3.1. Vision et Objectifs

Depuis plus de trois décennies, Haïti s'est doté de documents d'orientations stratégiques successifs guidant la lutte nationale contre l'épidémie du VIH/sida. Elaboré en 2017 et mis à jour en 2019, ce présent Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) du VIH 2018-2023 constitue le guide stratégique national de référence pour la riposte au VIH/sida en Haïti d'ici à 2023. 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 de 2030. Le PSNM 2018-2023 répond aux besoins des autorités sanitaires de pouvoir disposer d'un cadre unique de gouvernance et de suivi des résultats du Programme VIH en Haïti servant de référentiel pour la coordination des activités de tous les partenaires.

Le but du PSNM 2018-2023 est de faire en sorte que d'ici la fin de 2023 qu'Haïti soit sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon de 2030 grâce à la mise en œuvre de la stratégie dite de la voie accélérée à savoir « ***tester, traiter et maintenir les personnes vivant avec le VIH en soins »***. Le PSNM 2018-2023 vise à contribuer au développement du pays en maitrisant et stoppant la progression de l'épidémie de VIH au sein de la population haïtienne par des interventions de qualité, intégrées, universelles, centrées sur la personne et qui respectent les droits et la dignité humaine. Sa vision s'inscrit dans la continuité des principes directeurs édictés dans la Politique Nationale de Santé de 2012 à savoir : les principes d'Universalité, de Globalité, d'Equité, de Qualité, de Bonne gouvernance, de Décentralisation de la réponse, de Gratuité de la prise en charge, du Respect des droits humains, de la Multisectorialité/Intersectorialité, de l'Intégration des interventions, et de la Participation citoyenne pour ne citer que cela.

Les interventions prioritaires du PSNM touchent les populations à haut risque de contracter le VIH. Il s'agit des populations clés dont les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HHS) et leurs partenaires sexuels, les professionnelles du sexe (PS) et leurs clients, les PVVIH (adulte et enfant) et, les populations vulnérables (PV) face au risque de contracter le VIH telles que les jeunes des deux sexes (tranche d'âge 15-24 ans), la population féminine de 15-49 ans, les patients atteints de la TB, les détenus hommes, les orphelins et enfants vulnérables (OEV), les femmes enceintes et leurs partenaires sexuels, les donneurs de sang, les populations déplacées (migrants) et les travailleurs du secteur textile. Les priorités d'intervention du PSNM 2018-2023 décrites dans la chaine des résultats ci-dessous s'alignent avec les priorités nationales en matière de santé et de développement auxquels le pays a souscrit et qui sont relatifs : aux Objectifs de Développement Durables (ODD) ; à la couverture universelle en santé ; à l'accès universel aux services de prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH ; à l'objectif des «trois 95» de l'ONUSIDA et aux engagements du pays pour la triple élimination : VIH/Syphilis congénitale et Hépatites B et C par le pays.

3.2. Logique d'intervention

Ce plan stratégique, inspiré de la théorie de programme, est organisé autour de quatre (4) priorités stratégiques, avec des objectifs d'impact et d'effet, articulés dans une chaine de résultats. Chaque ligne d'action prioritaire du PSNM 2018-2023 est dotée à la fois de stratégies, d'activités et d'indicateurs

spécifiques définis et, d'un cadre institutionnel et de mécanismes de gestion permettant la mise en œuvre du Plan.

Tableau 3 : Priorité 1. Réduire très significativement les nouvelles infections parmi les jeunes filles, les jeunes femmes, les populations clés et éliminer celle chez les enfants.

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	D'ici à 2023, les nouvelles infections seront réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires définis par le programme d'ici 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*
	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.

Tableau 4: Priorité 2. Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH.

Priorité 2. Réduire de manière très significative la mortalité chez les PVVIH.

Impact	D'ici à fin 2023, le taux de survie à 12 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 coinfectés 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

Tableau 5 : 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 populations clés

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 populations clés.	
Impact	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.

Tableau 6: 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.

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	Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023
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 logique d'intervention du programme présentée ci-après schématise la chaine de résultats et les principaux liens de causalité entre les intrants, les processus et les résultats.

Modèle logique du PSNM 2018-2023

		Inputs	Outputs		Outcomes - Impact		
	Priorités		Activités	Cibles Prioritaires	Short Term	Medium Term	Long Term
Situations Couverture des soins VIH 60% 124 mille patients sous TAR 4400 personnes sous PreP Couverture des services de charge virale 82% Baisse du dépistage VIH des FE en CPN; Baisse de l'enrôlement sous ARV; Baisse de l'initiation à l'INH; Réduction de la couverture PTME; Baisse du diagnostic précoce par PCR; Stigmatisation et discrimination des clients dans les sites de PEC 40% Rétention en soins à 12 mois des patients sous TAR 72%	Rétention en soins des patients Réduction des perdus de vue Services VIH/TB/SR intégrés et universels Mise en réseau des institutions sanitaires Réduction de la stigmatisation et discrimination Extension des points de distribution communautaire Promotion et Renforcement de la PreP et ADA ; Index Texting ; Augmentation de la couverture de la charge virale ; Amélioration de la qualité des services ; Dépistage systématique des FE en soins ; Capacité accrue de dépistage de l'Hépatite B et C, et lésions précancéreuses du col de l'utérus	**Inputs** Engagement financier des PTF (USGTeam, FM, UN) Plateformes électroniques (MESI, EMR, SISNU, PLR) Exécution des Partenaires d'implémentation Objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA Engagement et motivation des prestataires de soins Implication des Associations PVVIH, LGBTi/Engagement communautaire dans la riposte contre le VIH Mécanismes de gestion des interventions (Clusters, Communautés de pratiques, audit de qualité des soins et données) Plan de contingence du Programme VIH	**Activités/Interventions** Intégration des programmes de SR/PF/VIH auprès des jeunes/adolescents/adultes Intégration de la SR/VIH dans le paquet de services VIH Promotion et mise en œuvre de la PrEP au sein des PC et couples séro-discordants PEC des cas d'AES et autres liquides biologiques PEC des victimes de VBG en milieu communautaire, juridique et sanitaire Capacitation des structures de santé sur le diagnostic et la PEC des IST Mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégrés et du système de transport des laboratoires institutionnels Dépistage intrafamilial et index testing Identification, traçage et de récupération en soins des patients sous TAR perdus de vue Dispensation d'ARV communautaire pour 6 mois Dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés Dépistage virologique à l'égard des PVVIH Dépistage systématique des hépatites B et C et de la TB chez tous les PVVIH et vice-versa Dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez toutes les femmes PVVIH PEC socio-économique et médicales des OEV liés au VIH Offre du paquet d'interventions en matière de promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH PVVIH et populations clés Renforcement des capacités des OSC / OBC engagées dans la réponse au VIH Participation communautaire et renforcement de capacités des leaders dans la réponse au VIH Développement de curriculum de formation	**Cibles Prioritaires** HARSAH et leurs partenaires sexuels, Professionnelles du sexe et leurs clients, PVVIH (adulte et enfant), Jeunes des deux sexes (tranche d'âge 15-24), Population féminine de 15-49 ans, Patients atteints de la TB, Détenus Hommes, Orphelins et enfants vulnérables (OEV), Femmes enceintes et leurs partenaires, Donneurs de sang, Populations déplacées (migrants) Travailleurs du secteur textile	**Produits/Résultats à court terme** Couverture des services VIH a 90% ; 90% des HSH sont sensibilisés sur l'utilisation correcte des préservatifs et gel lubrifiant ; 100% des sites de prévention et PEC du VIH offrent la PrEP ; 100% des sites de PEC disposent d'intrants PEP ; 100% des FE font le dépistage du VIH en CPN ; 100% des FE VIH+ bénéficient du TAR ; 100% des nouveau-nés bénéficient d'une prophylaxie ARV et d'un dépistage virologique ; 100% des dons de sang sont sécurisés ; 90% des cas d'IST ont diagnostic étiologique ; 95% des PVVIH sont enrôlés dans les soins ; 100% des PVVIH ont un bilan biologique ; 100% des PVVIH sont diagnostiqués pour la TB ; 90% des PVVIH sous ARV sont maintenus en soins 12 mois après l'initiation 80% des ménages avec OEV bénéficient d'un renforcement économique 100% des intrants sont disponibles en continu	**Effets/Résultats intermédiaires** 90% des PC et vulnérables adoptent des comportements sexuels responsables à 2023 90% des personnes à haut risque au VIH reçoivent la PrEP d'ici à fin 2023 100% des victimes de VS bénéficient d'une PEC médicale, juridique et psychologique 100% des FE VIH+ et nouveau-nés reçoivent les services pour éliminer la TME La transmission sanguine du VIH est éliminée 90% des cas d'IST sont dépistés et traités 90% des PVVIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale Le taux de décès chez les patients coinfectés TB/VIH est réduit de 70% 90% des OEV bénéficient du paquet de services sociaux 30% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé	**Impact/Résultats à long terme** D'ici à fin 2023, le taux d Les nouvelles infections sont réduites de 90% dans la population générale et dans les groupes cibles prioritaires D'ici à 2023 la survie à 12 mois des enfants et adultes traités par ARV atteint 90% 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%. Les systèmes de soutien, la coordination et la gouvernance de la réponse au VIH sont renforcés et résilients d'ici à fin 2023

3.3. Cadre institutionnel, mécanismes de gestion du PSNM

Globalement, la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 est assurée par trois (3) niveaux institutionnels :

A. ***Un niveau de régulation et de mobilisation de ressources*** organisé autour deux entités que sont : (i) la Coordination Technique du PNLS coiffée par l'Unité de contrôle des maladies infectieuses et transmissibles (UCMIT) du MSPP. Cette entité qui est le bras technique central normatif et de régulation du Programme VIH dispose de toute la légitimité nécessaire pour réaliser la coordination nationale de tous les secteurs de la vie nationale dans le cadre de la mise en œuvre du Programme VIH ; (ii) les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du Programme VIH constitués de l'USGTeam, du Fonds Mondial et des Agences des Nations-Unies qui apportent à la fois, la majeure partie des ressources financières allouées à la mise en œuvre du PSNM et, le support technique nécessaire pour la gestion opérationnelle du Programme VIH.

B. ***Un niveau d'intermédiaire d'opérationnalisation et de gestion*** constitué des directions sanitaires départementales du MSPP et partenaires d'implémentation (PI): (iii) les Directions Sanitaires Départementales dont le mandat officiel inclut la coordination de toutes les activités de santé dans l'aire géographique administrative qui leur est assignée; (iv) les Partenaires d'implémentation (PI) en VIH qui ont la responsabilité d'assurer la mise en œuvre des interventions telles que la prévention, la prise en charge clinique et psychosociale des patients, la collecte et le rapportage des données aux différents points de prestation de services liés au VIH placés sous leur tutelle. Ces PI apportent leur support technique à plus de 172 sites ARV et plus de 400 sites CDV répartis sur tout le territoire national. Ce niveau regroupe également certaines entités d'appui technique qui interviennent à certains processus d'opérationnalisation spécifiques de la lutte contre le VIH tel que la gestion des plateformes électroniques comme SOLUTIONS, CHARESS.

C. ***Un niveau d'exécution composé d'institutions publiques/privées de prestations de services VIH et des associations de la société civile*** **:** (v) les institutions de prestations de services, il s'agit des centres de prestations de services VIH assurant la fourniture de services de santé aux patients tels que 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 ; (vi) les Associations de PVVIH, de LGBTI et de la société civile, elles sont impliquées dans la fourniture de prestations de services de prévention primaire et/ou secondaire aux populations clés et vulnérables et, assument certaines interventions spécifiques tel que le soutien psychosocial et économique aux PVVIH et population cibles vulnérables.

En étant le document de référence et de cadrage de toutes les interventions de lutte contre le VIH/sida d'ici à 2023, le PSNM 2018-2023, pour sa mise en œuvre, nécessite l'usage de divers documents d'opérationnalisation**.** Il s'agit principalement : (a) du Plan de Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023 qui représente un cadre d'action unique pour assurer le suivi des interventions prévues et à monitorer les performances du Programme VIH; (b) le Plan de Financement du PSNM 2018-2023 pour indiquer les gaps financiers, les ressources disponibles et les mécanismes de leur mobilisation, les opportunités de financements additionnels et les acteurs de financement susceptibles d'apporter des ressources additionnelles au Programme VIH ; (c) les Plans opérationnels nationaux du PNLS qui 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 partenaires d'implémentation ; (d) les Plans d'Actions Annuels des PI avec pour objectifs une mise en œuvre et un suivi précis des interventions exécutées et financées par les bailleurs de fonds.

CHAPITRE IV. PRINCIPAUX CONSTATS

La réponse aux questions évaluatives est présentée dans les paragraphes subséquents en fonction des différents critères d'évaluation retenus. Les constatations avancées ci-dessous sont le fruit de la triangulation des informations issues de plusieurs techniques de collecte de données dont la revue documentaire, les entretiens semi-structurés, les observations non-participantes et les focus group conduits auprès des membres des associations de PC et PV.

A.- FIDELITE

4.1. Le cadre des résultats du PSNM 2018-2023 est cohérent selon le modèle de la « Théorie de Changement »

Les résultats de l'analyse documentaire dénotent que la Chaine des Résultats du PSNM 2018-2023 permet de vérifier le bien-fondé du modèle d'intervention quant aux mécanismes qui sous-tendent les résultats attendus du Plan. Ce cadre de résultats ou « la logique du programme » définit la séquence des événements (extrants, résultats immédiats (produits), résultats intermédiaires (effets), résultats finaux (impact) qui devraient avoir lieu conséquemment à la mise en œuvre des diverses interventions. Les résultats directs, les interventions et les objectifs sont articulés clairement. Quoiqu'aucune représentation graphique du modèle logique n'ait pas été mis en évidence, cette chaîne de résultats permet de dégager de quelle façon le programme devrait produire ses résultats prévus.

Toutefois, plusieurs faiblesses sortent de l'analyse du cadre de résultats du Programme VIH haïtien. Certaines conditions clés ou hypothèses ont été formulées pour assurer le succès du PSNM 2018-2023 dans sa mise en œuvre sans toutefois faire mention des risques, c'est-à-dire les influences ou les événements externes au programme qui peuvent inhiber la manifestation du lien de causalité autour de cette chaine de résultats. Ces facteurs externes désignent les circonstances indépendantes au contrôle du programme (p. ex., le contexte social, politique ou économique) qui pourraient avoir un effet sur la capacité du programme à atteindre les objectifs prévus. Le plan ne considère pas les risques auxquels le programme pourrait faire face, ni les stratégies de mitigation de ces risques.

De plus, un grand nombre d'indicateurs de produits (résultats immédiats) définis dans le cadre de performance du PSNM 2018-2023 ne sont pas spécifiques, réalistes et difficilement mesurables, c'est-à-dire non « SMART « (p. ex., *3.2.2 80% des ménages avec OEV bénéficient d'un renforcement économique pour leur autonomisation)*, d'autres sont trop littéraires et difficiles à suivre (p. ex., *4.3.4 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)*. Les indicateurs des Priorités 3 et 4 du PSNM sont les plus concernées à juste titre. De surcroit, ces indicateurs n'ont pas bénéficié d'une définition opérationnelle dans le document du Plan Suivi-Evaluation du PSNM 2018-2023.

Au regard de ces observations, nous recommandons ce qui suit :

- Le futur Plan stratégique national multisectoriel pour la riposte contre le VIH en Haïti doit bénéficier d'une Analyse d'évaluabilité lors de sa phase d'élaboration. Elle permettra de mettre à jour les besoins des groupes prioritaires du programme, l'identification de nouveaux défis auxquels sont confrontés le programme et pour lesquels des interventions sont jugées nécessaires. Le plus important est que cette analyse d'évaluabilité du programme facilitera essentiellement de rendre explicite la théorie du programme et son modèle logique ;
- Une mise à jour du Cadre de Performance et de la Chaine des résultats du futur PSNM à la lumière des trouvailles tirées de l'analyse des besoins et des risques citées ci-dessus s'avère nécessaire étant donné que celui-ci constitue un véritable outil de gestion et de suivi du Programme VIH ;
- Définir des indicateurs SMART dans le futur plan stratégique afin de répondre aux difficultés de mesure des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs définis ;
- Identifier les risques susceptibles d'entraver la mise en œuvre du PSNM et définir un Plan de Mitigation des risques par rapport à ceux-là identifiés. La définition des risques susceptibles d'entraver la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 et le Plan de Mitigation des risques y affèrent s'avèrent être un élément clé pour l'atteinte des objectifs prévus du Plan ;
- Mettre à jour et actualiser le Plan de Contingence 2019-2020 du PSNM 2018-2023 en fonction des aléas contextuels, sanitaires et naturels susceptibles d'entraver la mise en œuvre du futur plan stratégique.

4.2. Il existe une certaine cohérence entre les ressources financières programmées et celles effectivement mises au bénéfice du Programme VIH haïtien

Le financement des activités de lutte contre le VIH-sida en Haïti est assuré par deux principaux bailleurs de fonds. Il s'agit de l'USGTEAM (PEPFAR/USAID) à hauteur de 65%, et du Fonds Mondial (FM) à un niveau moyen de 30%[4]. Le reste est partagé entre le support d'autres organismes multilatéraux tels que les Agences des NU, des Fondations privées. Les ressources financières mises au profit du Programme VIH haïtien par ses PTF restent en deçà des besoins du programme si l'on tient compte des analyses issues des six (6) précédents rapports REDES (2011 à 2017). Le programme souffre d'insuffisance de fonds par rapport aux besoins à combler. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour justifier cet état de fait. Les ressources financières endogènes en provenance du Trésor Public au bénéfice de la riposte contre le VIH/sida sont quasi nulles. Elles s'élèvent entre 1 et 2% et regroupent les allocations relatives aux ressources humaines et aux infrastructures sanitaires dédiées à la prise en charge du VIH.

De plus, la programmation budgétaire du PSNM n'est pas prise en compte par les bailleurs lors des élaborations des Plans Opérationnels Pays (COP). Dans la plupart des cas, les bailleurs de fonds tentent de financer les interventions qui leur semble répondre aux besoins du Programme en fonction des données programmatiques et épidémiologiques dont ils disposent. Cette analyse de l'allocation budgétaire est conduite par le bailleur selon ses priorités. C'est pour cela, qu'on peut observer une certaine discordance entre la planification budgétaire dans le PSNM et celle des bailleurs. Des financements plus élevés peuvent être alloués par le bailleur à un domaine d'interventions jugés moins prioritaires par les autorités nationales (p.ex., le cas des jeunes). Ceci dénote une faible cohérence entre

[4] MSPP/PNLS (2019). Rapport Ressources et Dépenses relatives au VIH/sida (REDES) 2017. Haïti.

les ressources financières programmées et celles effectivement mises au bénéfice du Programme VIH haïtien. En revanche, certaines parties prenantes croient que les intervenants du Programme VIH n'arrivent pas absorber annuellement l'ensemble des fonds alloués aux interventions/activités du programme. Cela met en exergue l'inefficience dans l'utilisation des ressources financières mises au profit du programme VIH.

Les ressources financières allouées aux OSC et aux réseaux de coordination du système communautaire, y compris les associations de PVVIH, pour renforcer le rôle des OSC dans l'accélération de la réponse restent faibles. A l'exception de certaines OSC/OCB telles que la Fédération Esther Boucicaut, la grande majorité des OCS/OCB peinent à pouvoir mobiliser les ressources financières nécessaires auprès des PTF pour assurer le financement de leurs projets respectifs.

En se basant sur ces constatations, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Intensifier le plaidoyer auprès des instances concernées (Présidence, Sénat, MSPP, MEF, MPCE) pour augmenter l'apport du Trésor Public dans les dépenses liées au VIH/sida de manière significative au-delà de 5% ;
- Conduire une analyse du Cadre d'Investissement du Programme VIH en Haïti dans le but de répondre au décalage existant entre investissements et besoins et afin d'identifier les domaines d'interventions qui nécessiteraient davantage d'allocations de ressources pour une meilleure efficience du programme. Pour optimiser la riposte au VIH, les pays et leurs partenaires internationaux doivent adopter une approche plus stratégique des investissements ;
- Assurer une meilleure harmonisation et répartition des fonds alloués par les principaux bailleurs de fonds au programme VIH. La tendance à la baisse du financement international exige non seulement une répartition plus rationnelle du financement pour en potentialiser les bénéfices mais aussi en appelle aux autorités nationales de prouver leur engagement et leur responsabilisation face aux besoins de santé de la population ;
- Continuer à sensibiliser les partenaires du programme VIH sur l'importance du PSNM et sur l'impact qu'une répartition plus rationnelle des fonds pourrait avoir sur la lutte contre le VIH en Haïti ;
- Plaidoyer pour une utilisation plus rationnelle et efficiente des ressources allouées aux diverses parties prenantes du Programme VIH ;
- Financer et rendre opérationnel le Plan d'Action de Plaidoyer pour la participation du secteur privé des affaires dans la riposte contre le VIH/sida en Haïti.

4.3. Les interventions mises en œuvre par les principales parties prenantes du Programme VIH haïtien sont alignées aux objectifs, et stratégies prioritaires définies dans le PSNM 2018-2023.

Le PSNM 2018-2023 représente le cadre unique d'intervention servant de référentiel pour la formulation, la planification et la coordination des activités de toutes les parties prenantes, acteurs étatiques et non étatiques, intervenant dans la mise en œuvre du Programme VIH à travers tout le pays. D'une manière générale, les projets et interventions des principaux acteurs du Programme VIH mis en œuvre à mi-parcours dans ce dit plan s'alignent aux objectifs et priorités stratégiques définies dans le PSNM 2018-2023. Par ailleurs, les objectifs des trois 95[5] de l'ONUSIDA constituent les principales cibles orientant les

[5] En vue d'atteindre l'objectif de mettre fin au VIH/sida en tant que problème de santé publique en 2030, le pays (Haïti) devrait faire en sorte que d'ici 2023 : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique

réflexions, projets, interventions et activités de toutes les parties prenantes intervenant autour du Programme VIH. Toutefois, il apparait que les PI accordent une grande attention aux objectifs déterminés par les principaux PTF dans le cadre de leurs interventions. Leur niveau d'efficacité au Programme VIH est évalué à l'aune du niveau d'atteinte des objectifs du bailleur en guise de ceux définis dans le PSNM.

C'est la raison pour laquelle nous recommandons au PNLS de :

- S'assurer que les projets et interventions/activités supportées par les PTF soient définies sur la base des priorités nationales formulées dans les politiques nationales de riposte contre le VIH/sida à savoir les PSNM. A cet égard, les autorités sanitaires doivent être parties prenantes lors des réflexions/discussions relatives aux demandes de subvention et financement des projets conduites par les PTF à savoir lors du Plan Opérationnel Pays (COP) conduit par PEPFAR et de la Note Conceptuelle Pays TB/VIH/Malaria piloté par le FM ;
- Encourager une participation active de toutes les parties prenantes dans toutes les étapes d'élaboration des futurs plans stratégiques.

B.- COUVERTURE

4.4. Les interventions proposées dans le PSNM 2018-2023 sont cohérentes aux besoins et attentes des groupes prioritaires du Programme VIH.

D'une manière générale, les interventions définies dans le PSNM 2018-2023 jouissent d'une grande cohérence en lien aux besoins des populations cibles prioritaires[6] du Programme VIH. Elaboré de manière participative et inclusive, le PSNM 2018-2023 est rédigé à la fois sur la base des besoins des groupes cibles, des données éprouvées et des leçons apprises du précédent cadre stratégique. Néanmoins, les résultats des entretiens auprès des intervenants du Programme VIH et de l'analyse documentaire révèlent deux déficiences majeures à cet effet. Des acteurs affirment que certaines populations à risque ont été faiblement touchées dans les interventions proposées dans le PSNM 2018-2023. Ils avancent à juste titre, des adolescents, des jeunes, des enfants de rues, des populations mobiles (migrants internes), des leaders religieux et des transgenres. Alors que pour d'autres, leur participation à l'élaboration du PSNM était modeste et mitigée. Selon eux, les associations des PC, de PVVIH, et de la société civile et ceux venant des autres secteurs non-santé n'ont pas eu le privilège de participer dans les différentes étapes d'élaboration du PSNM 2018-2023, dans la formulation, la planification et la budgétisation des stratégies prioritaires. Celles-ci pour attester que les PC et les PVVIH estiment qu'elles étaient faiblement consultées dans le processus de planification stratégique de la riposte contre le VIH/sida en Haïti.

(objectif 1) ; 95 % des personnes connaissant leur statut sérologique soient placées sous TAR (objectif 2) et ; 95 % des personnes qui reçoivent un traitement suppriment leur charge virale (objectif 3).

[6] Une analyse de besoins lors de l'élaboration du PSNM 2018-2023 a permis d'identifier les groupes cibles prioritaires du Programme VIH en tenant compte de deux paramètres : l'ampleur du problème dans le groupe et les possibilités d'intervention. A ce titre, le Programme VIH a défini, d'une part, les populations clés ou moteurs de l'épidémie que sont les PS, HSH, PVVIH, Détenus et, d'autre part, les populations vulnérables regroupant les femmes enceintes, les migrants, les OEV, les jeunes non-scolarisés et déscolarisés, les femmes et enfants victimes de violences sexuelles, les hommes et femmes en uniformes incluant les partenaires/clients des PS de même que les partenaires masculins/féminins des HSH et des personnes vivant avec le VIH.

En revanche, les résultats des Focus Group auprès des membres des associations de PVVIH, de PC et de la société civile (jeunes et femmes) montrent que les besoins de ces derniers n'ont pas été satisfaits. Selon ces derniers, les besoins des groupes cibles du Programme VIH sont multiples. Ils sont d'ordre médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels. Les patients ne reçoivent plus de suppléments vitaminiques. A l'exception des ARV et de certains OI et examens de labo couverts par le Programme, les PVVIH doivent payer de leurs poches les autres médicaments prescrits dans le cadre du suivi de leur prise en charge, situation qui accélère leur vulnérabilité socio-économique. Ils ne bénéficient plus de supports nutritionnels comme autrefois alors que beaucoup d'entre eux s'accrochaient à ce support pour survivre en raison de leur forte précarité. Les soutiens en matière de protection sociale et d'activité génératrices de revenus restent très limités. Le « Shopping Medical » en une de ses conséquences. Ce dernier s'est exacerbé par la vente de médicaments ARV en tant que « Suppléments vitaminiques » dans le système de ventes informelles de médicaments.

Pour d'autres, l'offre de soins est concentrée sur leurs infections à VIH mais non sur leur problème de santé en général. Le traitement des autres IST (gonorrhée, chlamydia etc…), la prise en charge des comorbidités telles que le diabète, l'HTA représentent un manquement majeur dans leur prise en charge. Le dépistage du cancer du col auprès des femmes vivant avec le VIH et des PS constitue un souci majeur pour les responsables des associations de PVVIH. S'agissant des PC, l'accompagnement psychologique fait défaut en particulier au bénéfice des transgenres lorsqu'ils sont dans la phase de transition. Plus d'un affirment que des améliorations doivent être portées au paquet de services mis à leur profit.

Par ailleurs, le contexte de mise en œuvre du Programme VIH a imposé aux parties prenantes de nouvelles orientations stratégiques au cours de ces quatre (4) années de mise en œuvre du PSNM de manière à pouvoir répondre aux besoins des groupes laissés à la marge. A ce titre, il y a le projet DREAMS qui vise à autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes à la création d'actifs socio-économiques et à réduire leurs risques face aux IST/VIH. Le projet de prise en charge des OEV de son côté garantit un accès adéquat à un large éventail de services de prévention, de soins et de traitement et à une variété de services de soutien communautaires, y compris la santé, la nutrition, l'éducation, la protection, le soutien psychosocial, le renforcement économique et autres services sociaux. A ceux-là s'ajoutent, l'initiative des communautés de foi (stratégie FCIA Base community) où les leaders religieux sont touchés par le biais de messages adaptés et, les projets LINKAGES et ECP2 visant un accès équitable aux services de prévention, de soins et de traitement à toute la communauté LGBTQI et les PS.

Dans l'ensemble, la forte implication des populations cibles du Programme VIH à toutes les étapes du dialogue national dans le cadre de l'élaboration de la Note Conceptuelle TB/VIH/Malaria 2021-2023 est la preuve que les parties prenantes reconnaissent l'importance des groupes cibles dans la planification stratégique. **Nous recommandons, aux partenaires et autorités sanitaires pour un meilleur ciblage des besoins et attentes des groupes prioritaires du programme VIH, ce qui suit** :

- Les autorités sanitaires devront s'assurer de la participation de toutes les parties prenantes de la riposte contre le VIH en Haïti, en particulier les associations de PVVIH, de PC et de la société civile (jeunes, femmes à toutes les phases d'élaboration du futur plan stratégique national de lutte contre le VIH. Cette représentation se doit être à la fois qualitative et quantitative et, conduite selon une démarche inclusive afin de faciliter une participation effective des groupes cibles. Dès lors, ils se reconnaîtront à travers les interventions programmées dans ce plan ;

- La définition du paquet de services VIH à l'égard des PC et PV doit tenir compte des résultats de l'analyse des besoins des groupes cibles du programme. Des interventions adaptées et innovantes basée sur des données probantes au bénéfice des transgenres, des adolescents, des jeunes, des migrants, des leaders religieux et des autres PC et populations vulnérables constituent une priorité pour le programme pour mettre le pays sur la voie de l'élimination du VIH à l'horizon de 2030 ;
- Les interventions psycho-sociales couplées avec le traitement hormonal permettront aux transgenres de mieux s'intégrer socialement. La dysphorie de genre aura un impact moindre chez les transgenres bénéficiant de ces interventions. Ainsi, les transgenres seront moins à risque de violences ciblées.

C. MISE EN ŒUVRE (PROCESSUS)

4.5. La gouvernance et le suivi de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 sont assurés

Selon, le PSNM 2018-2023, le Plan de Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023 représente le référentiel qui sert à monitorer les performances et la prise de décision objective pendant la mise en œuvre du plan. Le cadre de performance du PSNM, les procédures opérationnelles standard du suivi-évaluation, le système d'information ainsi que les ressources matérielles, informationnelles et humaines mobilisées constituent tout l'arsenal servant à assurer le suivi de la performance du PSNM 2018-2023. A date, ce nouveau Plan Suivi et Evaluation du PSNM 2018-2023 n'est pas disponible. En dépit du retard accumulé pour la mise à jour de ce nouveau Plan, le suivi du PSNM 2018-2023 semble être assuré. Les acteurs du programme font usage du Guide de référence des indicateurs MER version 2.5 (Monitoring, Evaluation and Reporting Indicators) pour assurer la continuité de leurs opérations en matière de S&E et des indicateurs de trois « 95 » de l'ONUSIDA pour évaluer la performance du Programme VIH.

D'une manière générale, le système suivi-évaluation du Programme VIH est robuste pour produire de données de qualité. En dehors de l'absence du Plan S&E 2018-2023, d'autres constats importants du système de suivi-évaluation du Programme VIH doivent être mis au jour. Certaines déficiences persistent en dépit des efforts et du soutien significatif dont il bénéficie de la part des PTF du Programme et des outils technologiques actuels disponibles. Il s'agit des constats suivants :

- Les directives nationales et orientations techniques en matière de S&E font défaut. D'une manière générale, ce sont les PTF qui impulsent les grands changements au système, la révision/mise à jour ou l'amélioration des mécanismes en matière de S&E. Les autorités sanitaires sont davantage réactives que proactives ;
- Il est prévu des revues annuelles, à mi-parcours, toutefois la périodicité des rapports programmatique n'est pas maintenu et respecté ;
- Un grand nombre d'indicateurs du PSNM 2018-2023 ne sont collectées que très partiellement par le système actuel de S&E. Le système de S&E renseigne très partiellement sur la performance du programme. Le cadre de performance n'est pas utilisé à cet effet ;
- La qualité des données est un enjeu majeur du système de S&E national. La majorité des acteurs reconnaissent des faiblesses à ce niveau que ce soit au niveau de la vérification des rapports institutionnels, de la validité de première et de seconde intention, de la fiabilité ou de la complétude ou la ponctualité des données ;

- L'absence d'un manuel de procédures S&E destiné à encadrer la réalisation des activités de S&E suivant des standards agréés. Le personnel ignore l'existence d'une méthodologie écrite pour assurer la validation des données, ni de démarche d'assurance de la qualité des données ;
- La validation des données est une préoccupation pour tous les acteurs. L'information remonte directement des points de prestations de services VIH vers le niveau national, où il est immédiatement disponible au grand public sur MESI, la base de rapportage des données agrégées du Programme VIH. Les données ne bénéficient pas d'une vérification interne et de validation du niveau départemental. A titre d'exemple, certaines données rapportées par le site de prestations sur MESI n'ont pas été approuvées par son réseau d'affiliation ;
- La faible implication de l'équipe des directions départementales sanitaires dans les différentes étapes du processus de suivi-évaluation. Une approche trop centralisée de la vérification et de la validation de données est priorisée au sein du PNLS ;
- Le sentiment d'un faible leadership de la CT du PNLS est partagé par les PI. A cet égard, certains acteurs avancent la démobilisation du Cluster S&E qui assurait autrefois le rôle de coordination des acteurs du système national de S&E, la discordance dans l'application des directives relatives aux messages en provenance du réseau de soins et du niveau central. La CT du PNLS doit pouvoir maintenir son rôle de 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 ;
- Un grand nombre d'acteurs interviennent actuellement dans les activités de suivi et évaluation du PNLS sans un réel cadre de partenariat qui définit les responsabilités des différents acteurs du système de S&E ;
- Un *staff turn-over* (migration des cadres vers l'étranger) accéléré du personnel dédié au S&E à travers tout le système de soins liée à la situation socio-sécuritaire chronique du pays. Cette situation entraine le recrutement de personnels nouveaux dépourvus de la formation adéquate pour maintenir le système de S&E à un haut niveau de qualité. A titre d'exemple, les visites de terrain ont mis en relief la mauvaise compréhension de certains indicateurs de services par un bon nombre de prestataires et de personnels dédiés au S&E dans les sites de prestations VIH ;
- Les secteurs non-santé impliqués dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti telle que le ministère de l'Education nationale, le ministère à la Condition Féminine ou le ministère des Affaires sociales, les points focaux quand ils existent ne transmettent quasiment aucune information au PNLS sur l'évolution des projets implémentés. En fait, la mise à l'écart de ces secteurs dans la préparation et la validation des plans stratégiques est mis en cause ;
- Très peu de PI communique leur rapport trimestriel/annuel d'activités au PNLS. Ce qui donne de la difficulté au PNLS d'élaborer son rapport annuel de mise en œuvre du Programme VIH. Les interventions/activités mises en cours ainsi que le niveau de performance des PI sont évalués directement par les bailleurs de fonds du Programme. Cette gestion non-harmonisée au niveau opérationnel affaiblit le programme ;
- Il n'existe pas de plan national de recherche. Cependant des activités de recherche sont menées par certaines ONG telles que les centres GHESKIO et PIH ainsi que par les agences des Nations Unies. Les rapports sont souvent rédigés en anglais et publiés à l'étranger. Les autorités nationales sont rarement tenues informées des trouvailles des recherches réalisées dans le pays. Ce qui conduit aux difficultés à exploiter les résultats des recherches pour des prises de décisions futures.

Au regard des faiblesses du S&E mis en exergue, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Mettre à jour le Plan de Suivi-Evaluation du PSNM 2018-2023 ;
- Renforcer le rôle et l'autorité de la Coordination Technique du PNLS en matière de suivi et évaluation de manière à mieux asseoir le leadership du PNLS dans le cadre de la gestion et du suivi du PSNM auprès des principales parties prenantes du Programme VIH par la remobilisation du Cluster S&E ;
- Faire un plaidoyer à ce que les indicateurs du Cadre de Performance du PSNM soient suivis et rapportés par les parties prenantes du Programme VIH selon la périodicité définie et la méthodologie retenue dans le Plan S&E ;
- Assurer le passage à l'échelle du système de SE& du Programme VIH vers un sous-système de suivi et évaluation TB/VIH national intégré au SIS national. Ce système national vise à couvrir les interventions/activités provenant des différents secteurs (santé, social, éducation) qui interviennent auprès du Programme VIH dans une approche d'une réelle multisectorialité ;
- Rendre disponible le manuel des procédures et standards (SOP) en S&E au bénéfice des parties prenantes du programme. A cet égard, il est indispensable à ce que les coordinations départementales sanitaires redeviennent un acteur clé dans le processus de validation des données du programme à la fois de manière à pouvoir s'assurer de la qualité des données mais également de leur appropriation par l'équipe départementale en vue d'une utilisation future pour la prise de décisions ;
- Assurer le renforcement de capacités du personnel dédié au suivi du Programme VIH de manière périodique en vue de palier au recrutement de nouveaux disposant d'une faible connaissance des processus en matière de S&E. Les PI devraient également renforcer leur coaching auprès de leurs sites de prestations d'affiliation ;
- Réaliser des revues annuelles sur l'état d'avancement du programme. Des audits annuels de qualité de données s'avèrent indispensables pour assurer le respect des règles, donner des garanties et rendre compte de la qualité des données ;
- Plaidoyer auprès des PTF du programme VIH pour mettre à la disposition des autorités sanitaires (PNLS, DSF, DELR) et des PI des ressources financières et techniques permettant la conduite de recherches opérationnelles, épidémiologiques ou interventionnelles dans le cadre d'un Plan de Recherches afin que le programme puisse détenir des données probantes pour la prise de décisions éclairées.

4.6. Le système d'information a la capacité de produire et de transmettre l'information nécessaire du Programme VIH

Le système d'information du Programme VIH est globalement unifié avec, une plateforme informatique de rapportage des données mensuelles institutionnelles et communautaires (MESI) utilisée par tous les points de prestation de services, des dossiers médicaux informatisés (I-Santé, PIH, GHESKIO), une base de données unique de notification des cas VIH+ et de surveillance (SALVH) qui offre la possibilité de déduplication pour éviter les doublons couplée à une identification par empreinte digitale, une liste standard d'indicateurs nationaux et un circuit national de collecte et de transmission de l'information. Ce système est de plus en plus informatisé permettant un accès rapide aux données collectées. L'utilisation de l'outil informatique (ordinateur et internet) est un élément absolument clé dans la production et la transmission de l'information VIH selon les critères de qualité. Des avancées significatives se sont réalisées sur l'interconnexion ou l'interopérabilité entre les différentes plateformes informatiques. De plus, les

logiciels de gestion et de la transmission des informations sont opérationnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Si le Programme VIH a fait des progrès significatifs relatifs à son système d'information au cours de la dernière décennie, force est de constater que l'environnement dans lequel l'information stratégique du VIH est produite reste très fragile. A ce titre, nous pouvons noter ceux-ci. Le système d'empreintes digitales est opérationnel à travers quelques sites de prestations des services VIH. Certaines informations relatives aux activités de la société civile (dans le cadre de la multisectorialité), celles réalisées par des organismes d'états autres que le MSPP, celles relatives aux orphelins du SIDA et celles relatives aux interventions communautaires, ne sont pas encore exploitées par MESI. MESI ne couvre donc pas toutes les interventions programmées à travers les différents axes stratégiques.

A date, le système d'empreintes digitales et SALVH n'arrivent pas à se parler de manière synchronique. Il reste encore difficile de remonter dans le temps pour pouvoir disposer des données en fonction de certains indicateurs de services pour lesquels des informations ont été rapportées. Les analyses de cohorte ou d'étude longitudinale devient de plus en plus difficile si l'on veut voir l'impact du programme VIH à travers le temps. Les changements intempestifs en lien avec la formulation d'indicateurs effectués par les bailleurs est mis en cause en ce sens. Pour beaucoup d'acteurs, les données de la base de surveillance SALVH sont faiblement voire non utilisées par les parties prenantes du Programme VIH pour la prise de décisions opportunes et éclairées basées sur des données probantes (p. ex., les données sur la mortalité des patients n'ont jamais été utilisées par le programme). L'absence de culture d'analyse des données par tous les acteurs du système de soins semble être l'une des causes de ce constat selon plus d'un. A ceux-là, s'ajoutent l'environnement difficile dans lequel ces informations sont produites, personnel non compètent, accès à internet et à l'électricité très limités exacerbé dans les régions suburbaines et rurales, espace non approprié pour les équipements informatiques (absence de climatisation).

Eu égard à tous ces constats, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Avoir un système d'information plus « friendly » c'est-à-dire plus réactif avec beaucoup plus d'alerte, interactif et plus intelligent capable de guider le prestataire de soins dans sa prise en charge. On pourrait avoir des contraintes à des champs jugés obligatoires, sur les données sociodémographiques, le format des rapports (des alertes peuvent notifier au personnel ayant rempli le formulaire que ce dernier ne peut pas être posté en raison d'informations non saisies) ;
- Disposer d'une plateforme électronique où toutes les données en provenance des EMR puissent être interchangées sans problème, c'est-à-dire une plateforme d'échange qui dispose à la fois de l'ensemble des données du patient telles que les données de services de prévention et de traitement, de laboratoire, de mortalité, de natalité etc… L'essentiel c'est de se retrouver à une phase où le dossier du patient circule à travers tout le système de soins. Ce qui permettra à n'importe quels sites de prestations de services VIH de pouvoir identifier le patient, éviter les duplications, le shopping médical, et assurer la continuité des services ;
- Plaidoyer pour l'extension et l'utilisation rapide de la base de données de prévention GAPREV dans les sites de prestations VIH ;
- Introduire le registre électronique des dossiers médicaux sur MESI afin de réduire les interventions humaines souventes fois causes d'erreurs dans la production des rapports mensuels

sur MESI (le registre électronique recueille les informations en provenance des EMR pour produire son rapport mensuel directement sur MESI) ;

- Assurer une bonne gestion des comptes d'utilisateur des plateformes électroniques. Certains comptes de gestionnaires n'ont pas été désactivés même après plusieurs années de départ de leur poste. Ceux-ci pour prévenir tout éventuel partage d'informations confidentielles des données patients au public ;
- Plaidoyer pour une pleine et entière interconnexion/interopérabilité entre les différents EMR. Cela permettra une bonne articulation dans le programme et aussi une meilleure communication entre les partenaires. Le programme devrait assurer une meilleure synchronisation entre les différents EMR et renforcer la validation des données, ce qui facilitera aux acteurs clés d'avoir des données de meilleure qualité et ainsi prendre les meilleures décisions pour le bien du programme ;
- Renforcer les compétences du personnel dédié à la collecte des données dans les sites de prestations des services VIH ;
- S'assurer de la disponibilité de personnels qualifiés pour administrer les bases de données au niveau de la CT du PNLS et au sein des Gestionnaires des plateformes informatiques ;
- Une meilleure redéfinition des rôles et responsabilités de SOLUTION en tant qu'administrateur des outils informatiques du Programme VIH. La CT du PNLS devrait par lui-même produire les données dont il a besoin. A ce titre, la CT du PNLS doit disposer en son sein d'un Data Manager pour assurer la gestion des données, évaluer leur qualité, et orienter les décisions du PNLS en fonction des données produites ;
- Assurer qu'il y ait une meilleure maintenance, mise à jour des plateformes informatiques afin de pouvoir réduire des éventuels dysfonctionnements ou potentielles erreurs systémiques ;
- Assurer que l'information stratégique sur la riposte nationale soit diffusée et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions ;
- Renforcer le plaidoyer auprès des principaux acteurs du programme VIH (autorités sanitaires, PI, OSC/OCB) en vue d'une utilisation forte et rationnelle des bases de données de rapportage (MESI) et de surveillance (SALVH) pour la prise de décisions éclairées basées sur des données éprouvées à l'égard du programme.

4.6. La gestion des intrants IST/VIH/OI du programme VIH haïtien est assurée

La prise en charge clinique et thérapeutique des clients infectés et à risque de contracter le VIH est tributaire des intrants stratégiques. Ces derniers regroupent tous les intrants IST/VIH/OI et réactifs de labo destinés pour le dépistage/diagnostic des IST/VIH, le traitement ARV/IST et la TB, les tests et réactifs pour les bilans biologiques CD4, charge virale, bilan rénal, hématologique, hépatique et la TB. Les analyses documentaires et les entretiens montrent que les intrants IST/VIH/OI et réactifs de labo semblent répondre aux problèmes de santé des groupes cibles. La planification des intrants au niveau national est effectuée sur la base des objectifs du PSNM, des données programmatiques et d'estimations validées par l'ensemble des parties prenantes du programme VIH, toute ceci en fonction des protocoles de PEC définies par le PNLS. Deux partenaires du PNLS assurent la gestion de l'ensemble des intrants du programme. Il s'agit de Global Health Supply Chain Program (GHSC-PSM) et de PSI/World Vision International en tant que récipiendaires principaux du Fonds Mondial respectivement dans une proportion de 65% et 35%.

Les mécanismes de gouvernance mis en place permettent d'assurer une gestion coordonnée des intrants IST/VIH/OI du programme VIH. On retrouve un comité national de quantification des ARV et des laboratoires ; un **c**luster logistique regroupant le PNLS, la DPMMT et les PI qui organise des rencontres sur une base trimestrielle, un rapport de quantification annuel et des comités de suivi. Le système de gestion des données est très performant. La chaine logistique est fonctionnelle et facilite le réapprovisionnement des sites dans les délais.

Cependant, des contraintes subsistent dans la chaine logistique. Elles sont souventes fois la résultante de la faible complétude des rapports de réquisition, la soumission tardive des réquisitions à l'équipe du gestionnaire des intrants, le turn-over continu du personnel dédié à la gestion des intrants au niveau institutionnel, le manque de formation du personnel dans la gestion de stocks à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, central, départemental et institutionnel. De plus, la situation sécuritaire qui prévaut à Martissant bloquant l'accès à la région du Grand Sud a mis à mal la chaine logique des intrants dans toute la région. Toutefois, le manque quantitatif et qualitatif du personnel dédié à la gestion des intrants au niveau du PNLS constitue une entrave significative au programme limitant la conduite d'analyses et de réflexions approfondies sur les rapports de réapprovisionnement et la gestion des stocks des intrants du programme. La prise de décisions éclairées par les autorités sanitaires sur la base de données probantes en matière de gestion des intrants du Programme VIH est laissée à la charge du Gestionnaire des Intrants en l'occurrence GHSC-PSM et PSI/WVI.

La grande majorité des laboratoires de biologie médicale des sites de prise en charge sont opérationnels et permettent un suivi biologique adéquat des PVVIH. Le pourcentage d'établissements de santé qui délivrent des antirétroviraux et qui ont enregistré une rupture de stocks concernant au moins un des médicaments antirétroviraux demandés au cours des 12 derniers mois n'est pas connu. En revanche, des ruptures de stock de réactifs de labo sont constatées, mais rares pour les ARV. Les données indiquent que les stratégies communautaires telles que la distribution d'ARV communautaire, la prescription d'ARV de longue durée ainsi que l'approvisionnement anticipé sont capables de favoriser des ruptures de stock en dehors d'un suivi rapproché. Pour cela, une gestion rationnelle de la chaine logistique s'impose.

Au regard de ces constats, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Renforcer le PNLS en ressources humaines (quantitative/qualitative) ayant les compétences en gestion logistique des intrants. Il serait nécessaire d'instaurer une section de la chaine logistique au niveau du PNLS avec pour mission de surveiller la chaine logistique des intrants des partenaires (réception, stockage, distribution, rapportage, approvisionnement et consommation) afin d'éviter toute rupture d'intrants au niveau des points de prestations VIH ;
- Renforcer le système de gestion électronique pour la chaine logistique des intrants ;
- Actualiser la liste des médicaments pour le traitement des IO et IST en fonction de nouveaux besoins des bénéficiaires. La faible survenue des cas de patients au stage 3 et 4 de l'OMS ont entrainé une nette réduction de l'utilisation des IO dans la PEC de la maladie ;
- Renforcer la communication entre les équipes centrales, départementales et institutionnelles dédiée à la gestion des intrants. Une communication et une coordination de qualité entre les différentes parties prenantes du programme VIH constituent une des conditions clés de succès ;
- Mettre à jour des Plans de Contingence pour répondre aux différents aléas et risques susceptibles d'affecter la chaine logistique des intrants ;

- ❖ Assurer l'extension et la gestion des points de distribution communautaire d'ARV à travers les régions non pourvues.

D. QUALITE DES SERVICES

4.7. Le paquet de services IST/VIH disponibles au profit des groupes cibles du programme sont adéquats, intégrés et prennent en compte l'ensemble des besoins des groupes cibles (à savoir besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels)

La gamme de services VIH à fournir par échelon de la pyramide sanitaire est défini dans le Paquet Essentiel de Services (PES). Elle est sujette à l'amélioration en fonction des besoins des groupes cibles. Cependant, les résultats des entretiens auprès des informateurs clés et des visites de terrain ont permis de mettre en évidence certains faits qui dénotent des lacunes dans la gamme de services VIH mise au profit des groupes cibles du Programme. A date, l'intégration des services VIH à la TB et la SSR tardent à se matérialiser à travers tous les points de prestations de services en dépit des efforts des acteurs. Les intrants (médicaments, examens paracliniques), soins et services relatifs aux IST autres que le VIH et la syphilis ne sont pas assurés par le Programme. Peu de patients ont accès à des services de dépistage, de soins, de traitement et de suivi en lien avec l'infection aux hépatites virales B et C (HBV/HCV). La gamme d'examens de laboratoires fixés selon les directives de PEC, à l'exception de la charge virale et du CD4, ne sont pas respectés en dépit qu'ils soient indispensables pour surveiller les anomalies biologiques qui peuvent être associées aux ARV.

La prise en charge de la santé mentale est très limitée. En ce sens, une grande proportion de points de prestations ne dispose pas de psychologues pour assurer cette offre de services. Dans certains points de prestations, les travailleurs sociaux remplacent les psychologues alors qu'ils ne disposent nullement des compétences nécessaires pour assurer la prise en charge psychologique des clients. De plus, la prise en charge psychologique là où elle est disponible, est axée sur le VIH non pas sur les besoins du patient. Le support nutritionnel est quasi inexistant comme avancé précédemment. Cependant, des réticences demeurent car les expériences du passé montrent que le support nutritionnel n'a pas le potentiel de maintenir les clients en soins. Les bénéficiaires disposent des ARV mais ne bénéficient pas de traitement relatif à des comorbidités telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'anémie pour ne citer que cela. Ajouter à cela, le programme ne dispose de documentation écrite définissant : le paquet de services communautaires, le paquet de services sociaux de base au profit des PVVIH et des OEV, le paquet de services adaptés et combinés aux populations clés, le paquet minimum de prévention combinée, le paquet d'interventions en matière de promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH et populations clés, le paquet normatif préparé pour la riposte au sida dans le curriculum de toutes les écoles de santé et d'assistance sociale. Ce qui revient à dire que le Programme VIH n'a pas pu déterminer la gamme de services nécessaires aux différents besoins des groupes cibles du Programme VIH.

Somme toute, les différents acteurs interrogés sont tous unanimes par rapport à l'incapacité du Programme VIH de pouvoir répondre à lui seul à la fois aux besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels des groupes cibles prioritaires du Programme VIH. **Eu égard à ces constats, des recommandations demeurent ; il s'agit de :**

- Renforcer les stratégies favorisant l'intégration des soins VIH aux soins de santé primaires, à la TB et à la SSR dans une logique non-verticale de dispensation et d'organisation des services ;
- Vu la vulnérabilité socio-économique des patients, un appui socio-économique et nutritionnel est indispensable pour répondre aux besoins nutritionnels des patients si l'on tient compte des résultats de l'Enquête Stigma Index 2020-2021. Cependant, il serait intéressant d'évaluer l'impact du support nutritionnel sur la PEC des patients, leur observance et rétention au programme ainsi que les effets non attendus occasionnés par le support nutritionnel ;
- Accompagner les associations de PVVIH, PC et de la société civile dans la mise en place d'activités génératrices de revenus et d'Incubateurs d'entreprises sociales par le renforcement des compétences de leurs représentants en matière de gestion de projets, de montage d'entreprises sociales et de mobilisation de ressources. Ceci permettra aux associations de générer des revenus pour assurer leur viabilité et autonomie ;
- Augmenter le nombre de psychologues au niveau des institutions et associations du Programme VIH ;
- Plaidoyer pour le passage à l'échelle des interventions du Projet DREAMS et des OEV à travers les départements non couverts ;
- Intégrer le dépistage de l'hépatite virale B et C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B dans les politiques et lignes directrices nationales de riposte contre le VIH. A cet effet, il est nécessaire d'élaborer le plan opérationnel de lutte contre les Hépatites et les IST en prenant en compte les informations statistiques disponibles et les recommandations de l'OMS dans une perspective de la triple élimination du VIH/Syphilis/Hépatites B et C d'ici à 2030 ;
- Définir et mettre à jour les différents paquets de services nécessaires aux populations vulnérables et PC infectées et à risques d'infection au VIH à savoir le paquet de services communautaires, de services sociaux de base au profit des PVVIH et des OEV, de services adaptés et combinés aux PC et de prévention combinée ainsi le paquet d'interventions en matière de promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH et PC ;
- Élargir les options de distribution de médicaments simples, de qualité et sans stigmatisation à l'échelle nationale pour permettre aux PVVIH de suivre et de poursuivre plus facilement leur traitement, même lorsqu'ils sont confrontés à des vies occupées et à des perturbations de la vie, citons la DAC, le MMD à six mois, la DDP et la dispensation d'ARV anticipée ;
- Renforcer le plaidoyer auprès des PTF pour la fourniture des services de qualité en matière de prévention, prise en charge, soins et soutien du VIH et des comorbidités dans le milieu associatif haïtien.

4.8. Les soins et services VIH fournis aux bénéficiaires respectent les normes de qualité du programme VIH

Beaucoup d'efforts ont été consentis ces dernières années en vue d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients VIH et PC par le Programme VIH. Des exemples affluent en ce sens, une amélioration de la gamme de services de prévention et de traitement du VIH dédiée aux PC, un focus sur les stratégies communautaires selon une approche de soins centrés sur le patient et les droits des personnes, la mise en branle d'un ensemble de stratégies novatrices qui ont su faire leurs preuves telles que le MMD, le DAC, la DDP, l'approvisionnement d'ARV anticipé, la Clinique des hommes. Le PNLS a révisé les directives cliniques et thérapeutiques pour la prise en charge globale du VIH, les normes pédiatriques. Certaines SOP ont été développées par les parties prenantes. On peut citer, celles concernant la charge virale, l'Index

Testing, la PreP, l'Auto-dépistage Assisté (ADA), la recherche active des patients à travers le PLR pour ne citer que cela. En dépit de ces progrès, le Programme VIH est très limité en matière d'outils d'assurance qualité permettant au Programme de concourir à l'amélioration continue de la qualité des services de prévention, de soins et traitement du VIH non-stigmatisants en Haïti. Les lignes subséquentes tenteront de signaler certaines constatations.

En dehors de la disponibilité des outils d'assurance qualité des services cités précédemment, le Programme VIH haïtien ne dispose à date d'un manuel de procédures opérationnelles standardisées sur la qualité des services de santé du VIH/sida et non-stigmatisants en Haïti. Une tentative visant à rendre disponible ce manuel au profit du Programme VIH depuis 2018 n'a pas abouti. Certaines SOP nécessaires pour la prestation des services VIH n'ont pas encore vu le jour, citons la charge virale communautaire, les empreintes digitales, la MMD, la DAC, la DPP, le dévoilement des statuts chez les adolescents, la DOTS auprès des enfants de moins de 10 ans pour ne citer que cela. Pourtant ces interventions sont en cours de mise en œuvre dans les points de prestations VIH. De plus, il appert que les mécanismes mis en place pour la révision des normes et directives accusent trop de retard et les mises en application de ces dernières soient trop lentes par les acteurs. L'introduction de la DTG dans le régime de traitement préférentiel depuis 2018 trouve encore de la résistance à s'opérationnaliser dans les points de prestations VIH. Des évaluations périodiques sur la qualité des services VIH sont conduites par les autorités sanitaires et les PI. Cependant, très peu de ces visites font usage d'un outil d'évaluation adapté ou validé par le programme à l'exception des visites d'évaluations sur la qualité des services VIH conduites par l'Observatoire Communautaire sur les services VIH utilisant un outil standardisé pour la Surveillance des services Guidée par la Communauté (en anglais, Community Led Monitoring [CLM][7]).

Le staff turn-over constitue également une entrave pour maintenir la qualité des services puisque le Programme devra faire appel avec des personnels moins formés et compétents pour assurer la continuité des services. Le problème de la formation de base (universitaire) des personnels est un autre problème qu'il importe une fois de plus d'adresser aux autorités sanitaires. En dehors, de leurs faibles expériences ce personnel ne dispose ni d'outils ni de la formation spécifique nécessaires pour assurer un processus continue de la qualité des services dans leurs sites respectifs. Ajoutés à cela, le programme d'amélioration de la qualité HealthQual s'est estompé après plusieurs années de succès. Les comités d'amélioration de la qualité dans les sites de prestations ont été démobilisés et les projets d'amélioration de qualité ne constituent plus une exigence pour ces derniers. En dehors de tout cela d'autres facteurs semblent influer sur la qualité des services, un temps d'attente moyen de 3-4 heures, la stigmatisation et la discrimination des clients, le mauvais accueil réservé aux bénéficiaires, les ruptures de confidentialité, le démarrage tardif des services, l'engorgement des services, le manque du personnel pour ne citer que cela. Il y a beaucoup de gap donc à combler pour assurer une offre de services VIH de qualités aux bénéficiaires dans le respect des normes et directives.

L'amélioration de la qualité des soins étant un processus continu, les efforts conjoints doivent être maintenus et pérennisés. A cet égard, nous recommandons ce qui suit :

[7] Le CLM est un organisme de la société civile permettant aux organisations de PVVIH et organisations de LGBTI de participer à la prise de décision (questions prioritaires du projet, etc.) et au travail de plaidoyer auprès des autorités et de promouvoir des systèmes de santé intégrés fondés sur les droits et centrés sur la personne dans le cadre du Programme VIH.

- Conduire un diagnostic de situation de la qualité des services de santé VIH/sida en Haïti à l'aide des critères d'analyse préalablement validés par les parties prenantes ;
- Rédiger et mettre à la disposition du Programme VIH le Manuel de procédures opérationnelles standardisées sur la qualité des services de santé du VIH/sida et non-stigmatisants en Haïti. En plus des directives et la gamme de services définis, ce manuel aurait pour objectif de définir tous les processus mis en œuvre pour offrir les services de prévention, de soins, de traitement et d'observance à travers les différents points de prestation de services VIH/sida de la pyramide sanitaire ;
- Développer et mettre à jour les outils d'amélioration de la qualité des services VIH à savoir la boite à outils HealthQual, le carnet du superviseur sur des services de santé de qualité et non-stigmatisants en VIH/sida ;
- Remobiliser les comités de qualité des points de prestations des services VIH pour la continuité des projets d'amélioration de la qualité tout en s'assurant de la participation des bénéficiaires à travers ces comités ;
- Organiser des sessions initiales et continues de renforcement de capacités du personnel soignant sur l'assurance et le contrôle qualité des services de santé VIH/sida en Haïti ;
- Mettre au jour des plateformes de formations électroniques au bénéfice du personnel de soins en vue de répondre aux formations continues du personnel ;
- Réviser et adapter les curricula de formation des écoles médicales et infirmières selon les défis en matière de santé du pays et les besoins du système de soins tout en intégrant les notions/dimensions de la qualité des services dans la dispensation des services aux clients ;
- Rédiger/réviser les SOP nécessaires à la qualité des services, la charge virale communautaire, les empreintes digitales, la MMD, la DAC, la DPP, le dévoilement des statuts chez les adolescents, la DOTS auprès des enfants de moins de 10 ans, le recours à la stigmatisation/discrimination des services ;
- Renforcer les visites d'évaluation du CLM à travers tous les points de prestations VIH par la mise sur pied d'antennes départementales. Ces dernières assureront plus facilement le suivi de la mise œuvre des recommandations et maintiendront un feed-back plus serré avec les sites évalués.

N.B. Les paragraphes ci-dessous décrivent les différentes dimensions utilisées dans le cadre de cet examen pour évaluer la qualité globale des services VIH. Les critères d'analyses sont détaillés dans la méthodologie antérieure.

4.9. Les soins et services VIH sont accessibles aux groupes cibles du programme VIH

Quatre types d'accessibilité classique dans les systèmes de soins ont permis d'analyser l'accessibilité des soins et services VIH des groupes cibles du Programme VIH :

(i) ***Accessibilité géographique.*** Des efforts considérables ont été faits par le programme pour mettre à la disposition des bénéficiaires l'ensemble des services VIH nécessaires à partir d'un système de référencement formel et informel (réseautage) entre les points de prestations de services VIH et d'autres institutions dépourvues de services. En dépit de ces efforts, les résultats de la dernière évaluation de la prestation des services de soins santé (EPSSS 2016-2017) affirment que moins de 50% des structures sanitaires offre des services liés au dépistage du VIH à travers les dix départements géographiques du pays. Ce chiffre s'amoindrit à moins de 35% quand il s'agit d'offrir aux bénéficiaires le paquet de soins VIH complets. L'offre de soins et services VIH est concentré dans les régions urbaines et suburbaines alors

que les régions rurales sont très affectées au VIH. L'habitat dispersé de la population rurale et la faible couverture des structures sanitaires dans les sections communales constituent des entraves non négligeables à l'accessibilité géographique.

(ii) ***Accessibilité financière***. Elle est très critique. Premièrement, la gratuité des services n'est pas exhaustive. Les clients font face à la fois aux coûts directs associés aux services de santé (paiement des médicaments et d'examens de labo non couvert par le programme) et aux coûts indirects (coûts de transport élevés, perte de revenus journaliers). Ces coûts entrainent des dépenses catastrophiques accentuant le cycle d'appauvrissement des clients.

(iii) ***Accessibilité culturelle.*** Les soins et services ne correspondent pas aux valeurs culturelles proches de celles de la clientèle. Des soins non humanisants, messages du soignant moins bien perçus par le soigné, faible niveau de littératie des clients ont été avancés pour cause à cette faible accessibilité culturelle.

(iv) ***Accessibilité temporelle.*** Les longues files d'attentes dans les services, le temps d'attente élevé (3-4hrs) exacerbé lorsque le patient a également des tests de labo à réaliser, démarrage tardif des services dans les points de prestations de services (entre 10-11 h a.m.), heures d'ouverture non flexibles (uniquement en semaine) font état d'une accessibilité temporelle très limitée.

En raison des constatations précédentes, nous recommandons ce qui suit :

- Assurer la mise à l'échelle nationale de la mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégrés à la TB, la SSR et aux soins de santé primaire de manière à favoriser une meilleure disponibilité des services VIH aux populations quel que soit leurs zones de résidence ;
- Renforcer l'extension et la mise en œuvre de certaines interventions salvatrices pour le programme telles que la mise en réseau pour le système de transport de la charge virale, le recueil sur place des échantillons et le transport de ces échantillons à un centre qui disposerait de laboratoire, le screening communautaire de la TB, la DOTS chez les enfants VIH+ de moins de 10 ans, la Carte VIP[8];
- Mettre en fonctionnement le « Téléphone bleu » visant à répondre aux besoins/urgences des personnes VIH ;
- Plaidoyer auprès des PI pour assurer le fonctionnement des points de prestations de services : élargissement des heures d'ouvertures des services au-delà de 4 heures et en week-end ;
- Favoriser la continuité du support social en faveur des clients, les frais de transports, les couts d'hospitalisation des PVVIH et des accouchements des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les hôpitaux. Le mieux serait de réfléchir à des solutions qui soient durables et pérennes ;
- Mettre en place des outils de communication novateurs avec des images (albums d'images, affiches, algorithmes) dans les points de prestations visant à informer et former les bénéficiaires susceptibles de répondre au niveau de littératie et numératies de ces derniers.

[8] La carte VIP est une carte permettant à un client mobile de pouvoir recevoir des services VIH à travers des points de prestations différenciés à travers tout le pays. Le patient peut se déplacer d'un site à un autre et recevoir non seulement les médicaments, bénéficie d'une consultation ou bien d'un prélèvement de la charge virale qui est documenté à travers la plateforme sans que le patient soit transféré à un autre site.

4.10. Les bénéficiaires sont satisfaits des soins et services VIH reçus par le Programme VIH

La satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'offre de services VIH représente un attribut à la fois de la qualité perçue (vécue) et de la qualité attendue des services VIH par les clients. Si l'on s'en tient aux résultats des entretiens des groupes cibles interrogés, nous pouvons avancer sans détours que les bénéficiaires sont très peu satisfaits des services VIH reçus tout au long de leur parcours de soins. Cette satisfaction s'exprime également par la conformité des prestataires de soins avec les normes fondées auxquelles s'ajoutent d'autres paramètres tels que la convenance de l'environnement physique, l'accueil, la communication, la courtoisie, et d'autres facteurs mesurables comme la continuité des services (délai d'attente), la satisfaction des clients (horaires peu pratiques, lieu inhospitalier, personnel désagréable)[9]. Les bénéficiaires interrogés expriment peu de satisfaction par rapport aux services reçus. La conduite des enquêtes de satisfaction dans les points de prestations VIH lorsqu'elles sont réalisées, sont laissées à la solde des PI. Le PNLS ne dispose d'aucun outil pour évaluer la satisfaction des bénéficiaires dans une perspective d'amélioration de la qualité des services. Il ressort également que le suivi de la résolution des problèmes constatés sur le terrain soit faiblement suivi par les autorités compétentes. Présentement, certains sites utilisent les boites à suggestions pour recueillir les doléances des bénéficiaires mais aucune procédure écrite n'est disponible servant à l'analyse, le traitement et la réponse aux plaintes reçues via la boite à suggestions.

D'une manière générale, l'environnement pour la prestation des services VIH aux clients est jugé non satisfaisant. Les espaces physiques de certains points de prestations VIH sont délabrés, inadaptés en fonction du volume et du nombre des patients à desservir, faiblement aérés et éclairés. Certains jugent qu'à l'exception des sites de références comme Nos Petits Frères et Sœurs, l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot et Saint Boniface, l'environnement n'est pas convenable et adéquat pour la prise en charge des enfants dans la grande majorité des points de prestations VIH. Cependant, les espaces dédiés à la dispensation des services VIH dans une grande majorité des points de prestations VIH sont les mieux lotis. A date l'accueil est jugé mauvais au profit des clients et des PC, et devient une source de stigmatisation. En matière de confidentialité, les clients sont très critiques par rapport aux prestataires de soins. Les résultats de l'étude Stigma Index signale que plus de 30% des participants se plaignent du bris de la confidentialité dans les points de prestations VIH causés par les prestataires.

A ce titre, nous recommandons aux autorités sanitaires ce qui suit :

- Mettre au service des PI des outils d'évaluation périodique de la satisfaction de la clientèle ;
- Exiger la mise en place dans les sites de références d'un Comité consultatif qui regroupe le personnel soignant et non-soignant ainsi que les représentants de la communauté, et doter ce comité des outils nécessaires à son fonctionnement, pour la tenue d'enquêtes de satisfaction et le suivi des recommandations ;
- Mettre en place une plateforme de réception des plaintes dans les sites et assurer le suivi des recommandations nécessaires ;
- Plaidoyer pour une extension des visites d'évaluations externes de l'Observatoire Communautaire des services VIH à travers tous les points de prestations VIH ;

[9] Contandriopoulos A-P, Champagne F, Brousselle A, Hartz Z (2011). L'évaluation : concepts et méthodes. Les presses de l'Université de Montréal, (2) p96.

- ❖ Améliorer les espaces d'accueil des points de prestations VIH en les dotant de matériels audiovisuels, de communication, de mobiliers, de matériels énergétiques de manière continue. Les patients ont le droit d'être consultés dans une clinique sûre, propre et dotée d'une infrastructure solide. Les cliniques ayant signalé des murs, des toits et des meubles brisés doivent prendre des mesures immédiates pour solliciter et fournir des réparations. Des toilettes doivent être disponibles pour les patients dans chaque clinique, et les cliniques doivent s'assurer qu'elles sont visitées régulièrement par le personnel de nettoyage pour les maintenir propre.

4.11. Les services sont fournis aux bénéficiaires avec courtoisie et respect de la part des professionnels de santé, c'est-à-dire avec humanité, compassion, qualité de la communication interpersonnelle, sans stigmatisation/discrimination

L'analyse documentaire et les rapports des différents entretiens témoignent que les groupes cibles du Programme VIH bénéficient d'une offre de services VIH teinté d'attitudes stigmatisantes et de comportements discriminatoires dans les établissements sanitaires et dans la société en générale. Les rapports de récentes études semblent le prouver. L'analyse de la stigmatisation auprès des prestataires de santé montre que plus de 40% du personnel de soins dans les points de prestations VIH affiche une crainte considérable face à l'infection au VIH[10]. Cette crainte de l'infection semble conduire à l'utilisation inutile de certaines mesures de protection qui visiblement identifient les PVVIH, les stigmatisent. Selon ce même rapport, 8-10% des prestataires de soins a observé que des collègues hésitent à travailler avec un autre collègue du site qui vit avec le VIH.

Un grand nombre de bénéficiaires admet avoir vécu des attitudes stigmatisantes (35%) et des pratiques discriminatoires (25%) en raison de leur séropositivité au VIH[11]. Ces expériences s'exacerbent s'ils sont à la fois PC et PVVIH. Dans les établissements de santé, soit en raison de leur statut sérologique VIH ou de leur orientation sexuelle, cette stigmatisation peut prendre diverses formes. On peut citer une apparence peu amicale, des consultations expéditives ou ils sont référés aux personnels dédiés à leur PEC, des examens précipités avec un minimum de contacts, une faible communication interpersonnelle, des bris de confidentialité, messages non explicites, codés et partagés de manière précipitée. Les prestataires et le personnel non-soignant ont été identifiés comme étant les principaux organes de distribution des soins stigmatisants. Plusieurs raisons ont été avancées pour essayer d'expliquer le comportement de certains prestataires. On peut citer l'incapacité du système de soins à répondre aux besoins du personnel à savoir salaire médiocre, charge de travail élevé, conditions de travail difficiles, insécurité socio-économique, démotivation, absences de sanctions à l'égard du personnel fautif pour ne citer que cela.

D'une manière générale, les services sont classés non humanisants selon la perception d'un grand nombre de clients et de parties prenantes au Programme VIH. Les rapports de l'étude Index Stigma signale également que plus de 40% de PVVIH ont vécu au moins une forme de stigmatisation dans leur environnement social tel que l'isolement, le rejet, et un comportement discriminatoire (perte d'emploi, refus de location de maison). **A cet égard, nos recommandations sont formulées en fonction des différents endroits de production de la stigmatisation d'un point de vue axé sur la santé publique. Il s'agit du niveau individuel, institutionnel, système de soins et sociétal ou populationnel.**

[10] UCMIT/PNLS (2016). Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Rapport p10. Haïti.
[11] UCMIT/PNLS (2020-2021). Index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Haïti. Rapport p10. Haïti.

Au niveau individuel et interpersonnel

Compte tenu du fait que très peu de bénéficiaires victimes soient au courant des ressources disponibles susceptibles de les aider dans leur lutte pour la réparation pour donner suite aux violences subies, il conviendrait ce qui suit :

- Organiser de manière interrompue les groupes de support et de paroles au profit des bénéficiaires au niveau du milieu associatif et de la société civile qui encouragent les victimes à parler de leur expérience en toute confidentialité ;
- Encourager la vie ouverte avec le VIH en insistant sur le dévoilement du statut sérologique et en organisant des sessions de *counseling* pour lutter contre la stigmatisation interne ;
- Renforcer les groupes d'auto-soutien dans les points de prestations VIH et orienter leurs champs d'actions vers des sujets relatifs aux droits et aux recours juridiques face aux discrimination.

Au niveau institutionnel

- Développer un guide d'orientation pour la conduite des groupes de supports/groupes de paroles au bénéfice des PVVIH et PC du programme VIH. Ce guide faciliterait une meilleure organisation ainsi qu'une standardisation des techniques de facilitation des groupes de support dans une perspective de réduire l'auto-stigmatisation et renforcer la confiance en soi ;
- Réfléchir à des propositions réalistes pour une meilleure prise en charge émotionnelle du personnel de soins travaillant dans les établissements sanitaires. Les prestataires sont également stressés et anxieux face à la peur qui s'installe dans leur environnement de pratiques ;
- Renforcer les compétences à la fois du personnel soignant et non-soignant sur les soins de compassion et des soins VIH centrés sur le patient visant à améliorer la compréhension, l'empathie et les attitudes des prestataires de services de VIH envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- Elaborer/Proposer une clause obligatoire et de non-discrimination dans les contrats des personnels des points de prestations VIH. La violation de cette clause entrainera des sanctions auprès du personnel coupable. Ceci fera l'objet de lignes directrices écrites pour protéger les bénéficiaires victimes de stigmatisations et discriminations ;
- Développer une SOP sur le recours des clients/patients victimes de stigmatisation et discrimination dans les sites de prestations des soins VIH ;
- Développer un outil sur l'analyse, le traitement et la réponse face aux plaintes contre la stigmatisation et la discrimination dans les services de soins aux PVVIH et KP. Cet outil permettrait aux patients de rapporter anonymement les actes de stigmatisation et discrimination faits à l'égard des PVVIH et KP dans les points de prestation de services VIH et au PNLS de documenter les expériences de stigmatisation vécues par les PVVIH et PC ;
- Promouvoir l'embauche des PVVIH et des PC dans le circuit de soins aux PVVIH ;
- Accorder plus de place aux pairs éducateurs dans les activités de promotion de l'adhérence et d'accompagnement psychologique.

Au niveau du Système de soins

- Créer un environnement favorable dans les établissements de santé à une relation d'aide entre le soignant et le patient harmonieuse ;
- Soutenir les efforts de plaidoyer visant à mettre en place un programme de formation adapté sur la relation prestataire/patient auprès des étudiants en médecine et en soins infirmiers en ce qui concerne ;
- Soutenir le ministère de la Santé et le PNLS pour développer un curriculum national de formation validé sur comment surmonter la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé au profit du personnel soignant ainsi que la révision/le développement de protocoles et de procédures opérationnelles standard en ce qui concerne l'amélioration de la relation patient/prestataire
- Utiliser les réseaux sociaux pour informer les jeunes sur les services de prévention, de soins et de traitement du VIH. Le problème est que les jeunes utilisent d'autres canaux de communication pour s'informer et rester en contact avec le monde ;
- Définir et suivre systématiquement des indicateurs de stigmatisation et discrimination dans le suivi et l'évaluation du programme national de lutte contre le Sida.

Au niveau sociétal ou populationnel

La société a un rôle clé à jouer pour décourager les valeurs culturelles, morales et croyances qui entrainent aux attitudes stigmatisantes et comportements discriminatoires envers les PVVIH, les PC et populations vulnérables. Le secteur santé à travers le MSPP et les secteurs non-santé doivent mettre en place des actions holistiques visant la société globalement. Nous pouvons suggérer de :

- Vulgariser à travers les médias des messages contre la discrimination et stigmatisation des PVVIH et supporter des émissions sur les droits des PVVIH ;
- Sensibiliser le monde du travail sur la stigmatisation contre les PVVIH et les groupes vulnérables pour réduire la stigmatisation fondée sur le statut sérologique et l'orientation sexuelle et permettre l'insertion économique de ces derniers ;
- Travailler avec les écoles et universités pour inclure dans les curricula de formation des sujets visant le respect des droits des citoyens touchés par des maladies chroniques comme le VIH/sida, le cancer etc.
- Renforcer le dispositif juridique et institutionnel de lutte contre la stigmatisation/discrimination des PVVIH et populations clés ;
- Evaluer sa mise en œuvre et Rendre opérationnel le plan d'action du cadre légal de lutte contre le VIH 2019-2023 ;
- Renforcer le plaidoyer auprès des instances juridiques pour une meilleure sensibilisation à l'égard des groupes clés. A ce titre, la formation et la sensibilisation des avocats et juristes aux questions juridiques en rapport avec les droits humains des PVVIH et le renforcement des organisations de droits humains et des différents Barreaux Juridictionnels sont proposés.
- Définir et Renforcer le paquet d'interventions et des interventions en promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH et populations clés ;
- Plaidoyer auprès des autorités étatiques pour un abaissement de l'âge de consentement permettant à un grand nombre d'adolescents à risque de contracter le VIH à recourir et avoir accès à l'ensemble des services de santé sexuelle et de la Reproduction répondant à leurs besoins et attentes ;

- 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.

E. EFFICACITE

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse de l'efficacité du Programme VIH menée par l'équipe d'évaluation. Il s'agit d'évaluer la principale question d'évaluation suivante : Q*uel est le niveau de réalisation des résultats prévus du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ?* La période de l'analyse à mi-parcours des résultats du PSNM 2018-2023 s'étend au 30 septembre 2021 en raison de la mise à jour qu'a subi le dit plan jusqu'au début de l'année 2019. L'appréciation a été faite à travers le niveau de l'atteinte des résultats planifiés selon les produits, c'est-à-dire les résultats à court terme, définis dans la chaine des résultats du PSNM 2018-2023. Les trouvailles présentées, dans les paragraphes et tableaux subséquents, ont été compilées sur la base des rapports de bilan annuels du Programme, les rapports de certains PI, les entretiens et les visites des points de prestations VIH réalisés par l'équipe d'évaluation.

Tableau 7 : Effets 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

Effets 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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
90% des individus sexuellement actifs (hommes et femmes de 15-49 ans) sont sensibilisées à l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin	Globalement, la population générale) est sensibilisée à l'utilisation correcte du préservatif par le biais d'activités de prévention du VIH tant au niveau qu'institutionnel que communautaire par le biais de conseils et exercices pratiques. Toutefois, le manque de disponibilité de condoms, l'absence de phallus associé aux normes sociales sur la sexualité semblent entraver le partage de connaissances à ce sujet.	Non disponible
90% des besoins nationaux en préservatifs masculins/féminins sont couverts	Plus de 60 millions de préservatifs masculins ont été distribués à la population générale et aux populations clés en 2020. 98% de ces préservatifs distribués proviennent respectivement de l'UNFPA (60%) en lien au programme de santé de la reproduction et du Fonds Mondial (40%) dans le cadre de la Subvention VIH/TB. En raison de la baisse de financement de PEPFAR dans ce volet, il devient de plus en plus difficile au programme VIH de couvrir l'ensemble des besoins du pays. Néanmoins, la disponibilité et l'accès des femmes et jeunes filles aux condoms et leur difficulté dans la prise de décisions en matière de sexualité peut constituer des obstacles à l'utilisation du condom par ces groupes.	75%
90% du territoire national sont couverts par les CDV	Selon les résultats du rapport de l'EPSSS 2016-2017, 4 institutions de santé sur 10 (46 %) disposait des services conseils et dépistage du VIH. Selon les résultats, l'offre de services variait suivant le niveau de la structure sanitaire dans la pyramide. La majorité des hôpitaux du pays était en mesure de réaliser des tests de dépistage du VIH dans l'enceinte de l'institution ou bien dans un lieu de dépistage externe. À l'opposé, très peu de dispensaires/CCS en étaient capables de fournir ce service. Si l'on se base sur MESI et la mise en réseau des	46%

	institutions pour l'offre de services VIH intégrés aux domaines de santé prioritaires du MSPP, la couverture des services de dépistages du VIH ne semblent pas évoluer au cours des trois années de mise en œuvre du PSNM.	

Au terme de ces trouvailles, des recommandations aux autorités sanitaires émergent :

- Assurer le financement et la mise en œuvre du Plan de réseautage des institutions sanitaires du Grand Sud pour l'offre de services VIH intégrés aux autres domaines de santé prioritaires du MSPP tels que la santé maternelle et reproductive, la tuberculose, la vaccination etc… Cette mise en réseau doit s'étendre dans les dix départements géographiques du pays de manière à assurer l'accès universel et l'équité en matière de santé des populations ;
- Renforcer le plaidoyer auprès des ministères sectoriels, le MSPP et le Ministère de l'Education, pour l'érection des groupes de travail visant le développement des modules de formation sur l'éducation sexuelle et reproductive destiné aux adolescents et jeunes.

Tableau 8 : Effet 1.2 90% des populations clés et vulnérables adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023

Effet 1.2 90% des populations clés et vulnérables adoptent des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2023

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
90% des PS sont sensibilisées sur l'utilisation correcte et systématique des préservatifs féminin, masculin et gel lubrifiant à base d'eau et ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau	Par rapport au nombre de PS estimés, plus de 80% des PS ont été touchés par les interventions des principaux partenaires du PNLS œuvrant dans la prévention du VIH à savoir FOSREF, POZ, SEROVIE, FHI (LINKGAES) si l'on se fie aux différents rapports d'activités trimestriels provenant de ces partenaires. La sensibilisation à l'utilisation correcte et systématique des préservatifs et de gel lubrifiant à base d'eau est l'une des principales activités menées par les pairs éducateurs. Cependant, en dépit de leur disponibilité, les trouvailles montrent que l'utilisation des préservatifs par les clients des PS semble être très limitée.	80%
1.2.4 90% des HSH sont sensibilisés sur l'utilisation correcte et systématique des préservatifs et gel lubrifiant à base d'eau ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau	Par le biais des pairs éducateurs, les HSH sont touchés par les interventions de prévention au niveau des points chauds, des sites MARPs Friendly ou par les unités mobiles. Les préservatifs au profit des HSH sont disponibles toutefois des raretés en gel lubrifiant à base d'eau sont fréquemment reportés par les clients. Par rapport au nombre de HSH estimés, plus de 80% des PS ont été atteints par les activités des partenaires du PNLS œuvrant dans la prévention du VIH auprès des PC dont FOSREF, SEROVie, POZ, FHI.	80%

Au terme de ces trouvailles, nous recommandons ce qui suit aux autorités sanitaires :

- Assurer l'extension des sites MARPs Friendly à travers tous les points de prestations VIH du programme ;

- Continuer le renforcement des compétences du personnel soignant et non-soignant travaillant dans les points de prestations VIH sur les stratégies de réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les établissements sanitaires ;
- Intégrer des pairs éducateurs PS et HSH dans les équipes de soins des points de prestations VIH en vue d'une meilleure compréhension et prise en charge des besoins des PC et une inversion des perceptions du personnel de soins envers les PC en raison de leur statut VIH et leur orientation sexuelle.

Tableau 9: Effet 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

Effet 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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
La PrEP fait l'objet d'une promotion active dans les populations clés comme outil de prévention combiné complémentaire	A la suite de la révision des directives cliniques et thérapeutiques des patients vivant avec le VIH vers la fin de 2016, la PreP a été adoptée comme outil de prévention à fort impact pour prévenir l'infection à VIH chez les groupes à risque. La PrEP, est une méthode de prévention biomédicale suivant laquelle une personne séronégative utilise des ARV régulièrement pour réduire son risque d'infection au VIH. Entre mars 2019, date de démarrage de l'initiative PreP, au 30 septembre 2021, près de 10 328 personnes évaluées à risque ont reçu la PreP dans le cadre d'une approche de prévention intégrée dans des zones ciblées. Malgré la pandémie de COVID-19, les objectifs ont été largement atteints par rapport aux cibles. Les résultats ci-dessus témoignent de l'agressivité des interventions relatives à la PreP alors que le système de soins a connu une baisse significative de la fréquentation institutionnelle pendant presque deux années consécutives.	**100%**
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	L'implémentation de la PrEP en Haïti débuta en mars 2019 avec l'initiation de 3 sites : CEPOZ Centre Espoir, SEROvie, Clinique JC Menard. A la fin de décembre de 2019 le nombre de sites est passé à 7 (Centre Lakay Delmas 19, CPFO- Centre de Promotion des Femmes Ouvrière, les Centres GHESKIO_ INLR, ICC/Grace Children's Hospital, IMIS, Hopital Foyer St- Camille). A cette période, la PreP était disponible seulement au niveau du département de l'Ouest. Au 30 septembre 2021, 44 parmi les points de prestations VIH fournissait le paquet de services de PreP et couvraient huit (8) départements géographiques. La PrEP est dispensée gratuitement aux personnes cibles qui peuvent ou devraient en bénéficier.	**26%**

L'adoption de la PrEP témoigne que le champ de la prévention du VIH est en pleine évolution et confirme notre engagement à utiliser les progrès de la science moderne aux bénéfices des populations clés disproportionnellement affectées par l'épidémie. **Au terme de ces constats, nous recommandons de :**

- Poursuivre l'expansion de la PrEP dans les 10 départements géographiques au cours des 2 années suivantes avec la contribution du PEPFAR et du FM. Le PNLS doit continuer à diriger l'activation des services PrEP dans les points de prestations VIH et renforcer l'assistance techniques aux personnels institutionnels dédiés à la fourniture de la PreP ;
- Mettre à jour les lignes directrices sur la PrEP afin d'inclure les groupes à haut risque dans les populations éligibles et d'offrir la PrEP à la demande comme autre alternative pour les HSH. Les services de PrEP doivent être étendus pour cibler les jeunes femmes engagées dans des pratiques sexuelles à haut risque, les femmes enceintes séronégatives mais jugées à risque de contracter le VIH et d'autres partenaires séronégatifs à haut risque des cas index ;
- Assurer le fonctionnement du cluster de prévention (rédaction des TDR) ;
- Intensifier la sensibilisation, la démystification de la PrEP et la mise en évidence des avantages dans le cadre d'efforts plus larges, auprès des jeunes, pour prévenir de nouvelles transmissions à VIH en utilisant les canaux de transmission d'informations traditionnels et les réseaux sociaux.

Tableau 10 : Effet 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

Effet 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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
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 (VS)	La violence basée sur le genre est une préoccupation majeure de santé publique. Selon les données nationales en 2018, un peu plus d'une femme sur huit (12%) a été victime d'actes de violences basées sur le genre à n'importe quel moment de leur vie (DSF-PNSSS 2019-2023, 2018). D'une manière générale, la totalité des sites de prise en charge VIH met en application les procédures standards en cas d'AES et de VS définies par le PNLS et la DSF. A ce titre, le personnel est formé, les procédures sont connues et disponibles dans les sites et les intrants ARV sont accessibles. Par ailleurs, une faible quantité d'établissement sanitaires offrant les services de prévention du VIH disposent de la capacité à assurer la prise en charge des cas d'AES et de VS. Un peu plus de 2 tiers (2/3) des sites ARV (72%) ont rapporté des données relatives à la prise en charge des victimes de VBG en 2020. La proportion de personnes victimes de violence sexuelle placées sous PEP varie entre 70 et 85% par trimestre. Au troisième trimestre de 2021, 100% (2425/2036) des femmes victimes de violences basées sur le genre ont bénéficié des services médicaux et psychologiques appropriés dans les points de prestations VIH.	100%
100% des sites de prise en charge disposent d'intrants	Globalement, tous les sites de prise en charge du VIH disposent des ARV nécessaires à la prise en charge des cas d'AES et de VS. S'agissant	75%

PPE (prophylaxie post exposition	de la prise en charge des cas de VS, très peu de points de prestations VIH dispose des Kits PPE au profit des victimes. En dehors des ARV, les clients ne bénéficient pas des autres services appropriés relatifs à la PF, et à la prise en charge des autres IST. Le problème est qu'il appert que les kits PPE sont faiblement financés par les bailleurs de fonds du Programme VIH.	
Les forces de sécurité orientent 100% des victimes de violences sexuelles vers les sites de prévention et de prise en charge	Dans le but de sensibiliser les forces de sécurité, le PNLS avec l'appui de ses partenaires tels que FOSREF, SEROVie et FHI ont lancé un ensemble d'activités auprès des forces de sécurité nationale. Entre 2019 à 2020, plus d'une centaine de membres actifs en provenance de différents corps de la police (sections VBG, Réseau des femmes, Brigarde des Mœurs, Police Communautaire et l'APENA) ont bénéficié de sessions de formations sur la stigmatisation à l'égard des PC et sur la prise en charge de la VBG par les autorités policières. Des points focaux ont été désignés par la Direction Générale de l'institution policière pour assurer le suivi de la réponse avec les autorités sanitaires. Cependant, il ressort de l'analyse qu'un nombre de victimes n'a pas été satisfait des services reçus de la part des agents de la police. Malgré tout, certains témoignages confirment que certaines victimes ont été orientées selon les procédures en vigueur.	Non disponible
100% des victimes de VBG, dont le viol et la stigmatisation / discrimination, bénéficient d'un accompagnement juridique approprié	Quarante (40) journalistes de la presse télévisée et écrite et 40 magistrats sélectionnés par l'Ecole de la Magistrature ont également été sensibilisés sur la stigmatisation à l'égard des PC et la VBG en vue d'une réponse juridique adaptée par les autorités. A cet égard, un Plan d'action en faveur d'un cadre légal pour la riposte contre le VIH a été adopté pour la période 2019-2022 dans lequel le renforcement du dispositif juridique et institutionnel de lutte contre la stigmatisation des PVVIH et PC a été fortement proposé. Les données sur l'accompagnement juridique des victimes de VS issues des organisations de droits humains, de groupements de femmes (KAY FANM, Fanm Yo La, SOFA) et de la société civile n'ont pas été pris en compte dans le cadre de cette analyse.	

N.B. La problématique de la violence basée sur le genre, particulièrement, celle de la violence sexuelle est très sérieuse, en dépit du fait que les faiblesses actuelles du système d'information ne permettent pas de faire toute la lumière sur l'ampleur réelle du problème. Le nombre de cas répertoriés chaque année est alarmant et tend à augmenter en raison de la détérioration du climat de sécurité et des conditions difficiles prévalant dans les camps d'hébergement. Les cas rapportés sont sous-estimés, donc loin de refléter l'ampleur de la problématique. Il est difficile de se faire une idée objective de la couverture des services d'assistance aux femmes victimes de VBG. Le manque de coordination de l'action des acteurs intervenant dans le domaine et, l'absence d'un système unifié de collecte de données sont les principaux obstacles à une appréciation objective de la problématique de la VBG. La base de MESI a des données sur le traitement d'agressions sexuelles, mais tous les sites de prise en charge des femmes victimes de VS ne sont pas des points de prestations VIH.

Recommandations

- Intensifier le plaidoyer auprès des autorités sanitaires (PNLS, DSF) et leurs partenaires pour mettre à la disposition des établissements sanitaires du pays, centres de santé et hôpitaux, les kits PEP nécessaires à la prise en charge thérapeutique des cas d'AES et de VS ainsi que des services adaptés aux besoins des victimes ;
- Assurer que tout site de prise en charge du VIH soit intégré au système de suivi des cas de violence basée sur le genre et soit desservi par des prestataires (médical et psychosocial) formés sur les procédures de prise en charge ;
- Intensifier la formation sur l'impact de la violence basée sur le genre sur la santé et le bien-être des personnes aux personnels soignants, travailleurs communautaires et leaders de la société civile en vue de l'élimination des inégalités entre les sexes et la cessation de toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ;
- Rendre disponible les données de violence sexuelles, provenant du milieu médical, des organisations de droits humains, de groupements de femmes et de la société civile, de manière désagrégée par sexe, âge et type de services reçus (médicaux, juridiques et psychologiques) à la fois sur MESI et DHIS2. Des réflexions doivent être conduites avec le ministère à la Condition féminine, les PTF et le MSPP afin qu'un outil de rapportage national des données de VS soient disponibles.

Tableau 11 : Effet 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

Effet 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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
90% des femmes vivant avec le VIH utilisent la PF et évitent les grossesses non désirées	Une faible proportion de femmes vivant avec le VIH enregistrées en soins utilise les services de PF en dépit de la disponibilité des services dans les points de prestations VIH. Les raisons sont multiples : services PF peu proposés aux bénéficiaires par les prestataires de soins, désir de grossesse élevé des femmes sous TAR en raison de l'efficacité des médicaments ARV, refus de l'utilisation des méthodes de PF pour plaire à leurs nouveaux partenaires, difficultés à négocier l'utilisation des méthodes de PF dans les relations.	Voir SOLUTION
100% des femmes enceintes bénéficient d'un dépistage précoce du VIH en consultation prénatale	A la fin de 2019, 88% de femmes enceintes venues en CPN ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Cependant, en raison de la COVID 19 et d'autres facteurs socio-économiques et politiques, le nombre de femmes bénéficiant d'un test dépistage en CPN a chuté en passant à 76% au 30 septembre 2021. La baisse dans l'utilisation des services sanitaires entraine une nette réduction de la fréquentation des services prénataux. Ainsi, en 2020 on comptait 242 mille FE vues en CPN1 contre 306 mille en 2019, soit une baisse de près de 20%.	76%
100% des femmes dépistées VIH+ bénéficient	La proportion de femmes enceinte dépistées VIH+ ayant bénéficié immédiatement d'un traitement ARV durant leur grossesse sillonne entre	98%

immédiatement d'un traitement ARV durant leur grossesse	97 et 99%. Au 30 septembre 2021, 4031 femmes enceintes dépistées VIH+ ont été placées sous TAR.	
100% des nouveau-nés bénéficient d'une prophylaxie ARV appropriée à la naissance	Le pourcentage de nouveau-nés qui bénéficient d'une prophylaxie ARV appropriée à la naissance (avant 72hrs) se situe entre 90 et 95% de 2018 au 30 septembre 2021. L'accouchement à domicile des femmes vivant avec le VIH, le faible accompagnement communautaire des femmes enceintes, les normes culturelles liées à l'accouchement dans le milieu rural représentent des obstacles non négligeables à l'atteinte de l'objectif.	93%
100% de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un dépistage de l'infection selon les recommandations de l'OMS	La proportion de nourrissons nés de mères VIH+ ayant reçu un test de PCR entre le 1er et 12 mois est passé de 67% en 2018 à 75% au 30 septembre 2021. Toutefois, 55% parmi les enfants ayant bénéficié d'un test PCR au 30 septembre 2021 ont pu profiter de ce test dans l'intervalle des 2 premiers mois après la naissance. Il reste encore du chemin à parcourir pour pouvoir atteindre l'objectif souhaité.	72%

Au terme des trouvailles, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Rendre fonctionnel la base SAFE et s'assurer de son utilisation par le personnel des points de prestations VIH en vue d'une surveillance de qualité de la femme enceinte VIH+ ;
- Assurer l'offre de services de PF chez les femmes VIH+, incluant les femmes enceintes et allaitantes ;
- Assurer la fourniture des services de PF dans les associations de PVVIH dans une perspective de décentralisation des services et répondre aux besoins en PF non comblés auprès des clients ;
- Diversifier les stratégies de dépistage du VIH et de la syphilis auprès de la femme enceinte et de sa famille de manière à pouvoir diagnostiquer les nouvelles infections au VIH telle la notification aux partenaires des cas index (femmes enceintes VIH+), le test salivaire pour favoriser le dépistage communautaire et le dépistage du VIH au niveau de toutes les portes d'entrée de la femme enceinte et de son nouveau-né en soins de santé primaires ;
- Approvisionner en ARV pédiatriques et PCR tous les services de maternité des zones ciblées et appuyer le système de transport des spécimens de CV.

Effet 1.7. 90% des cas d'IST sont dépistés sur une base étiologique et traités selon les normes

La prise en charge des patients avec une IST en Haïti est intégrée dans les soins de santé primaires. Depuis plus de 25 ans, le MSPP a fait choix de l'approche syndromique pour assurer la prise en charge des cas des autres IST autres que la syphilis et le VIH. Les traitements sont offerts sur une base syndromique dans la grande majorité des cas. Le guide de traitement des IST par l'approche syndromique élaboré par le MSPP en 1994 et révisé en 2005, mérite d'être actualisé à la lumière de l'évolution des données épidémiologiques, de l'émergence des résistances aux antibiotiques et des nouvelles recommandations de traitement de l'OMS. Seulement le dépistage de la Syphilis est systématique et elle est la seule IST faisant l'objet de suivi au niveau des sites. Seulement quelques sites de références disposent d'un laboratoire capable d'effectuer la prise en charge des cas d'IST sur la base d'un diagnostic étiologique. Parmi ceux-là, la rupture fréquente de stocks d'intrants empêche la réalisation des tests conformément aux normes nationales.

Toutefois, les données actuelles ont néanmoins éclairé nos lanternes sur l'ampleur de la problématique. Au niveau national, le Rapport statistique mensuel des services de santé de l'UEP-MSPP compile les données relatives aux IST autres que le VIH et la syphilis. Ainsi globalement près de 100 mille cas d'IST ont été notifiés au cours de l'année 2020, soit un taux d'incidence de 13 pour mille adultes au niveau de la population générale. De plus, les populations clés présentant une IST semblent bénéficier d'une prise en charge moindre, à l'instar de la population générale, en raison de la stigmatisation qui prévaut dans le système de soins.

Les femmes enceintes fréquentant les Cliniques Prénatales (CPN) sont testées à la fois pour le VIH et la syphilis. Toutefois, la prise en charge complète adéquate de la syphilis chez les femmes enceintes pose encore un problème et constitue un objectif de 1er plan pour le Programme VIH selon le PSNM 2018-2023. Le dépistage des hépatites B et C est effectué dans moins de 10% des points de prestations VIH. Les trouvailles de l'analyse montrent que le pays ne dispose d'aucun plan de surveillance, d'outils de collecte et diagnostiques normalisés pour surveiller, suivre, contrôler et prendre en charge les patients infectés par le HBV et le HCV.

Sachant que la prévention et le contrôle des IST sont essentiels pour la prévention du VIH, la santé maternelle et infantile, nous recommandons ce qui suit aux autorités sanitaires :

- Prendre toutes les dispositions nécessaires pour élaborer à court et moyen terme une politique nationale de lutte contre les IST autres que le VIH ;
- Actualiser les directives nationales sur la prise en charge diagnostique des cas d'IST dans le système de soins. Des dispositions devront être prises pour standardiser et améliorer la qualité des services à tous les niveaux du système sanitaire avec emphase sur la formation des prestataires à l'utilisation du guide de prise en charge actualisé, la supervision des prestataires formés, la redéfinition du circuit du patient, la disponibilité des intrants et des médicaments, le renforcement de la sensibilisation communautaire ;
- Plaidoyer national pour rendre disponibles et gratuits les médicaments essentiels en vue d'une couverture universelle pour les IST prioritaires ;
- Etendre le diagnostic étiologique et améliorer la qualité des tests en prenant les dispositions suivantes : la mise en réseau des laboratoires au niveau départemental pour la réalisation des tests diagnostiques des IST prioritaires et le partage des résultats, la formation et la supervision des techniciens. Le programme devra explorer la possibilité d'utiliser le GeneXpert pour le diagnostic de NG et CT;
- Développer un système d'information et de surveillance des IST par la DELR incluant différentes interventions telles que la révision des définitions de cas d'IST et de la syphilis congénitale, la mise à jour d'un système opérationnel de surveillance de la syphilis congénitale, le mode de transmission des données, la formation du personnel à l'utilisation du système dans le but de développer un bulletin épidémiologique périodique sur les IST ;
- Mettre en place un projet de prévention globale des lésions précancéreuses du col de l'utérus intégré à l'offre de services VIH au niveau des points de prestations VIH selon les recommandations nationales.

Tableau 12 : 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

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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
95% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont enrôlés dans les soins	Sur l'ensemble des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués VIH+ pendant les trois dernières années de mise en œuvre du PSNM 2018-2023, plus de 95% d'entre eux ont été enrôlés en soins. Ce succès significatif de l'enrôlement en soins est le fruit de la stratégie Test and Treat, et de l'ensemble des interventions communautaires et institutionnelles en cours dans le cadre des objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA.	97%
100% des populations clés diagnostiqués positifs au VIH sont enrôlés dans les soins	Plus de 85% des populations clés diagnostiquées positifs au VIH pendant les trois dernières années de mise en œuvre du PSNM 2018-2023 sont enrôlées dans les soins grâce à l'effort positif des pairs éducateurs. Au 30 septembre 2021, l'enrôlement des PC a subi une forte croissance pour atteindre un taux d'enrôlement à 94%.	87%
100% des PVVIH adultes nouvellement dépistées bénéficient d'un bilan biologique	La couverture du test de Charge virale a subi une légère baisse entre 2018 à 2021 passant respectivement de 77% à 76%. Cependant, elle a atteint 82% en 2020 en dépit des perturbations dans les services causés par le COVID 19 et les troubles socio-politiques et sécuritaires.	75%
90% des PVVIH adultes et adolescents sous ARV sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	Au 30 septembre 2020, le taux de rétention des actifs est passé de 97% à 100%, soit une augmentation de 3%. Pour la même période, le taux de rétention à 12 mois a augmenté de 8% sur la période entre 2018 (72%) à 2020 (82%). Au cours de la période, il n'y a pas eu de variation importante dans la dispensation de médicaments. L'augmentation des taux de rétention serait due probablement à une forte augmentation de la distribution communautaire de médicaments et de la relance des perdus de vue et de l'efficacité du DTG dans le régime de traitement.	80%
100% des femmes séropositives et des enfants séropositifs nés de mères séropositives sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	La rétention en soins des femmes séropositives et des enfants séropositifs nés de mères séropositives maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement était respectivement de 60% selon les données de la cohorte de 2014, nettement en deçà des standards de l'OMS. Toutefois, la rétention en soins des actifs, toutes catégories confondues, pendant les trois années de mise en œuvre du PSNM tournent autour de 77%.	77%

Au terme de ces constatations, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Assurer le passage à l'échelle des services de charge virale dans tous les points de prestations VIH de manière à maintenir une couverture au-delà de 95% ;

- Mettre en place des stratégies adaptées en fonction du contexte socio-sécuritaire favorisant le transport des spécimens aux lieux d'analyse dans les conditions appropriées et permettre une rétroaction rapide dans le partage des résultats ;

Tableau 13: Effet 2.2 Le taux de décès chez les patients co infectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2023

Effet 2.2 Le taux de décès chez les patients co infectés TB/VIH est réduit de 70% d'ici à fin 2023

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
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	Les activités de dépistage du VIH chez les patients atteints de TB au niveau des sites de coinfection ont indiqué une légère variation du nombre de patients TB testés pour le VIH entre 2018 et 2021. Après une baisse de 5% en 2018, le volume de dépistage a connu une augmentation de 10% en 2019 pour un effectif de plus de 10,400 patients et de 15% en 2021 avec un effectif de 15,793 patients. Selon les données rapportées par le PNLT et le PNLS, le screening de la TB chez les personnes VIH+ nouvellement enrôlées atteignent un niveau de 99-100% depuis 2019. Néanmoins, une faible proportion de sites de références, supporté par PIH et GHESKIO, ont offert le dépistage de l'Hépatite B et C et des lésions précancéreuses du col de l'utérus lors des visites de routine.	100%
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	Globalement le taux de positivité de la coïnfection a connu une certaine relance au cours de la période, passant de 11% à 15% entre 2018 et 2020. Toutes les personnes vivant avec le VIH, chez qui la TB a été diagnostiquée, doivent démarrer un traitement contre la TB immédiatement et un traitement ARV dans les huit semaines qui suivent (si elles ne sont pas déjà sous traitement antirétroviral). En 2021, selon les données rapportées par les sites ARV, environ 1,211 PVVIH ont été placés sous traitement anti-TB avec une couverture de 99% (1211/1227).	Entre 93-99%
90% des PVVIH dont le dépistage de la TB est négatif bénéficient d'un traitement prophylactique par INH	On a constaté une nette amélioration de la prophylaxie à l'INH auprès des nouveaux enrôlés PVVIH entre 2018 au 30 septembre 2021 en passant respectivement de 58% à 90%. Cette évolution semble être les résultats de la campagne entamée par la Coordination auprès des prestataires au niveau national et du suivi y affèrent.	

Les mesures de prévention de la co-infection TB-VIH doivent s'intensifier. **A ce titre, nous recommandons de :**

- Renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de service intégré Tuberculose et VIH, consistent à établir et développer des leviers de coordination appropriés, création des

comités de coordination au niveau national et régional, désignation de points focaux coïnfection, organisation de rencontres de travail ;

- Mettre en place un système de réseautage et de référence/contre référence dans les CDT non pourvus de soins ARV afin d'assurer le suivi des patients coinfectés TB/VIH.

Tableau 14: Effet 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

Effet 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

Produits attendus	Observations	Niveau de réalisation
95% des PVVIH sous ARV bénéficient du continuum de soins et d'un appui à l'observance	En se référant aux données de 2018 au septembre 2021, la proportion de PVVIH recevant le traitement a connu une nette augmentation de près de 20% respectivement de 95,514 à 128,132 personnes actives. Ces dernières représentent 80% inscrites dans la file active. En dépit de ce bond considérable, la couverture du TAR n'excède que 65% au niveau national, une forte concentration des points de prestations VIH autour des régions urbaines limite l'accès universel des services VIH aux personnes les plus marginalisées vivant dans les zones rurales.	80%
L'offre de charge virale est disponible dans 100% des régions sanitaires pour couvrir les besoins de tous les sites de prise en charge	Les données disponibles au 30 septembre 2021 indiquent que plus de 70% des points de prestations VIH offrent des tests de mesure de la charge virale aux patients sous TAR. La fourniture des tests de charge virale aux patients s'opère également par le biais d'un réseau de laboratoire mis en place entre les sites d'une même aire géographique et le LNSP. Cependant, le délai entre le prélèvement et la disponibilité des résultats est trop long, soit en moyenne 47 jours.	76%
D'ici 2023, 90% des patients traités par ARV (adulte et enfant, adolescent) bénéficient d'une charge virale annuellement, selon les directives nationales	Seulement, 18% de l'ensemble des patients actifs sous ARV, au 31 décembre 2017, ont bénéficié d'une charge virale pour évaluer la progression de l'infection et l'efficacité du traitement. Cette proportion a subi une nette progression pour atteindre 72% au 30 septembre 2021. Cela prouve que la phase d'extension pour étendre la couverture des tests de mesure de la charge virale pour les patients ARV en Haïti progresse à un rythme impressionnant. L'atteinte de l'accès universel de la charge virale en 2023 semble être réaliste si l'on se fie à ces résultats.	72%

Au terme des analyses, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- Renforcer le fonctionnement du système de transport des spécimens au niveau départemental et améliorer le système de partage des résultats par internet ;
- Elaborer et assurer la mise en œuvre d'une SOP pour le prélèvement de spécimen de test de CV dans la communauté et envisager l'amélioration de la qualité des soins à travers une équipe de coaching au niveau départemental pour fournir un encadrement de proximité aux sites et faire le suivi des sessions de formation afin d'augmenter l'offre ;

- Optimiser l'utilisation des machines GeneXpert en y intégrant d'autres modules pour la mesure de la CV et renforcer les capacités des techniciens de laboratoire sur l'utilisation des machines GeneExpert ;
- Elaborer un plan d'action national pour la prévention, le suivi et la réponse à la résistance aux antirétroviraux.

Effet 3.1 30% des PVVIH ont leur pouvoir socioéconomique renforcé pour leur autonomisation d'ici à 2023

Assurer l'autonomisation socioéconomique des PVVIH représente une priorité nationale pour le programme VIH et reste un maillon faible du paquet de services nécessaire aux besoins des PVVIH. D'une manière générale, le soutien pour des activités génératrices de revenus demeure l'apanage de certains partenaires d'implémentation du programme VIH. Le Projet LINKAGES mis en œuvre par FHI, en partenariat avec la fondation CARIS, a mis en place des groupes d'épargne et de crédit appelés MUSO (Mutuelles de Solidarité) à l'attention des PC et des PVVIH. DREAMS à travers son package de base dans les régions où le projet est implanté essaie d'atténuer la vulnérabilité socio-économique des familles par l'entremise d'interventions de protection sociale telles que des subventions à l'éducation (soutien scolaire, frais pour la confection d'uniformes octroyés aux parents, valises et livre), de programmes parents/tuteurs et une combinaison d'approches socio-économiques (formation basée sur l'agriculture et la création d'actifs sociaux, formation professionnelle, éducation financière et passerelle vers l'emploi) visant à améliorer la connexion des bénéficiaires au traitement. Selon les données disponibles, plus de 15,000 bénéficiaires ont dû tirer profit de ce vaste programme de protection sociale entre 2020 et 2021.

Depuis 2020, COIN dans le cadre d'un projet multi-pays du Fonds Mondial régional des Caraïbes, à travers le soutien technique de la CARICOM/PANCAP, appuie Housing Woks dans l'octroi de petites subventions pour assurer le renforcement économique des organisations de la société civile (OSC) et communautaires (OCB) haïtiennes. A ce titre, les projets financés tournent autour de deux grands objectifs : (1) Ce sont des projets de mise en œuvre de stratégies de mobilisation des ressources en vue de générer des revenus pour accroître les flux financiers de l'organisation en vue de leur autonomie ; (2) Des projets visant à soutenir l'expansion d'incubateur d'entreprises sociales qui consistent à créer un centre unique permettant aux OSC et OCB de bénéficier d'un accompagnement et d'une assistance technique pour accroître leurs ressources institutionnelles à travers le développement d'entreprises sociales. Ces subventions vont de 10 à 20 mille dollars et s'étendent sur une période de ne dépassant 6 mois. Les OCB et OSC telles que Refuge des Femmes (Ref-Haiti), SOFENOE, AFHIAVIH, PANOS, pour ne citer que celles-là, ont pu bénéficier de ce flux financier. Toutefois, en raison de l'absence de données nationales, la proportion de PVVIH et PC ayant bénéficié d'un soutien au renforcement socio-économique par les différents partenaires du programme VIH reste inconnu. Il en est de même que la proportion de ménages avec OEV qui bénéficie d'un renforcement économique pour leur autonomisation.

Effet 3.2. 90% des enfants rendus orphelins par le VIH bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2023

Selon les dernières estimations du PNLS, le nombre d'enfants orphelins du sida avoisinent les 90 mille en 2021. Au regard de ces données, moins de 30% d'enfants en situation vulnérable auraient bénéficié d'un

quelconque appui dans le cadre de la riposte à l'épidémie du VIH en Haïti. L'éventail de services offerts par les institutions en faveur des OEV sur le plan socio-sanitaire consiste en : des clubs d'enfants et d'ados, de support scolaire et frais de scolarisation, de l'assistance nutritionnelle, des Kit d'adhérence (produits hygiéniques et alimentaires), la prévention du VIH et la prise en charge (TAR, charge virale, support psychologique). Les activités de soutien et d'appui aux OEV sont organisées par les partenaires d'implémentation du Programme VIH grâce à l'appui des partenaires financiers.

Le volet de support scolaire aux OEV est celui qui est priorisé dans les supports sociaux aux PVVIHs dans le PSNM 2018-2023. Le paquet de services sociaux de base à octroyer aux OEV n'est pas défini par le programme national. Il est important également de noter que les données disponibles ne permettent pas de différencier le type de services reçu par les bénéficiaires. Il est difficile d'identifier au niveau national, la proportion d'OEV inscrits dans les établissements scolaires et professionnels et la proportion des OEV et leurs familles qui bénéficient d'un appui pour mieux connaître et exercer leurs droits humains. A date, les autorités sanitaires n'arrivent pas à intégrer, les OEV et leurs familles, en situation de grande précarité, dans les programmes de protection sociale mis en place par le gouvernement haïtien.

Eu égard aux trouvailles nous recommandons de :

- Etendre et optimiser le projet DREAMS dans tous les départements géographiques du pays ;
- Répliquer les interventions visant à renforcer les capacités organisationnelles des OCB/OSC de manière à pouvoir mobiliser les ressources nécessaires à leur viabilité et leur autonomisation ;
- Encourager et mettre en place des passerelles de coordination et de communication entre les PI et la MAST, l'IBESR et le PNLS pour renforcer les interventions auprès des OEV et les PC.

Objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA

La stratégie Test and Start, l'approche de soins VIH centrée sur le patient et le virage du programme VIH haïtien vers les stratégies communautaires a marqué un tournant décisif dans le cadre du contrôle de l'épidémie. L'atteinte des objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA constitue l'indicateur prioritaire pour mesurer les performances du PSNM 2018-2023. Au 30 septembre 2021, eu égard à la population vivant avec le VIH estimée (154,000), 91% (139,726) des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique VIH ; 88% (128,072) des personnes connaissant leur statut VIH sont placées sous TAR et ; 63% (87,260) de ces personnes enrôlées en soins sous TAR ont présenté une suppression de leur charge virale. Ces résultats prouvent que la tendance à l'inversion de l'épidémie du VIH à l'horizon de 2030 est possible.

CHAPITRE V. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNM 2018-2023

Tous les documents et entretiens analysés montrent l'effort de ciblage des groupes cibles prioritaires dans le cadre de la riposte contre le VIH/sida. Le tournant du programme vers les stratégies communautaires, la volonté de renforcement des capacités à la fois du personnel soignant et non-soignant pour endiguer la stigmatisation dans les établissements sanitaires et la mise en place d'une approche novatrice de soins VIH centrés sur le patient et le respect des droits humains témoignent de la volonté des parties prenantes d'inverser la tendance actuelle.

5.1. Contraintes dans la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 et solutions apportées

Tout au long de sa mise en œuvre, le Programme VIH a fait face à d'importantes difficultés qu'il s'avère nécessaire de mentionner. Ces difficultés ont été le fruit de diverses contraintes structurelles au Programme VIH, aux risques sanitaires engendrés par la COVID 19 et, sociétales plus précisément en raison de la situation socio-sécuritaire qui prévaut en Haïti depuis le soulèvement populaire du 6-7 juillet de 2018. Les autorités sanitaires et certains responsables interrogés ont dressé une liste non exhaustive en lien aux principales difficultés qui semblent affecter la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 au cours de ces trois (3) dernières années.

Il s'agit :

- Le staff turn over (déperdition du personnel). L'insécurité grandissante dans le pays a entrainé une migration externe importante des professionnels haïtiens vers l'étranger. Le système de santé a été l'un des secteurs les plus affectés en ce sens et les points de prestations VIH ne sont pas exempt. Les nouveaux recrutements sont difficiles à combler les attentes immédiates du système de soins dans l'offre de prestations de services de qualité aux bénéficiaires ;
- Inaccessibilité à certains points de prestations VIH. Plusieurs points de prestations VIH se situent dans des quartiers contrôlés par des gangs armés. L'offre et la demande de services VIH a été très réduite, les patients et le personnel de soins n'ont pas pu se rendre à ces sites puisque leur sécurité n'est pas garantie ;
- Violence entre les gangs armés. En dehors de l'inaccessibilité aux points de prestations, des départements ont été coupés au reste du pays sous l'égide des gangs armés. La situation sécuritaire la plus grave est celle qui prévaut à Martissant depuis 2020 exacerbé en juin 2021 ayant découpé les 4 départements du Grand Sud de la capitale ;
- La réticence au changement des prestataires. A date, le passage à l'échelle concernant l'introduction du DTG dans le régime de TAR préférentiel n'est pas exhaustif. La mise à jour des changements de directives nationales cliniques et thérapeutique au profit des PVVIH, en fonction des normes de l'OMS, par les autorités sanitaires semble être accusée d'un rythme trop lent aux yeux des responsables des PI ;
- Trop forte compétition entre les PI. Le problème est que chaque PI essaie de proposer un paquet de services plus global de manière à pouvoir à attirer davantage de clients dans les points de prestations qu'ils supportent. Un manque d'uniformité dans les paquets de services s'installe et conduit ainsi au shopping médical des clients qui essaient de tirer un maximum d'avantages sociaux du programme VIH ;
- Absence d'une plateforme électronique d'échange entre les trois EMR. En raison du retard pris pour assurer un mécanisme interchangeable entre les trois EMR, le système continue à faire face

à un grand nombre de doublons dans la prestation de services. Un patient en interruption de traitement peut se retrouver en soins dans un autre site sans que le système l'intercepte ;

- Migration interne et externe. La migration qu'elle soit interne ou externe cause beaucoup de difficulté au programme en rapport avec la continuité des services
- Le COVID 19. Le COVID 19 a affecté la prestation de services VIH mais plus sévèrement les services de santé reproductive. Les données de DHSIS2 montrent que 40% de femmes enceintes ne s'étaient pas présentées en CPN par rapport aux prévisions. A juste titre, le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH en 2020 représente 77% de celles ayant bénéficié d'un test de VIH en 2019. Ce qui retarde le programme VIH dans ses objectifs d'élimination des nouvelles infections pédiatriques au VIH ;
- Ruptures de stock de certains produits stratégiques tels que des intrants de labo (chimie sanguine, CD4, IST…) ;
- Problèmes récurrents d'internet et d'électricité dans les points de prestations.

5.2. Solutions apportées

En raison de ces difficultés, les différents acteurs du Programme VIH ont mis en place tout un arsenal de stratégies holistiques visant à la fois le système de soins, les PI, les points de prestations VIH, la communauté et les groupes cibles du programme visant à répondre aux réalités contextuelles et aux besoins des groupes cibles du programme. Le succès de ces interventions/activités en réponse aux contraintes a permis de les classer à titre **« d'interventions à fort impact »** pour le programme VIH. Les solutions apportées ou Interventions à fort impact sont documentées ci-après :

1. **Patient Engagement Form**. C'est une forme d'engagement qui supporte un plan d'accompagnement à l'égard des nouveaux patients enrôlés sous ARV. Elle survient dans le contexte du changement de paradigme de soins Test and Start pour pouvoir répondre aux nouveaux patients qui n'étaient pas nécessairement prêts psychologiquement pour initier les ARV le plus tôt que possible. Les patients recevant les ARV sont soumis à une évaluation de leur compréhension et de leur engagement aussi par rapport au traitement pour pouvoir déterminer ce qui mériterait d'avoir un accompagnement rapproché. Les données montrent que la grande majorité des nouveaux enrôlés qui ont accepté de signer cette forme d'engagement étaient encore actifs au-delà de la période planifiée entre les deux parties.
2. **Classe de Charge virale.** La classe de charge virale, de counseling en groupe a donné de bons résultats. Elle est implémentée dans un grand nombre de points prestations VIH. Elle a été mise en œuvre pour répondre aux problèmes de charge virale détectable observée chez des patients et pour améliorer leur adhérence en soins.
3. **Screening Communautaire pour la tuberculose**. Un gap dans le screening TB des patients a été identifié. Certains patients qui recevaient les médicaments dans la communauté ne venaient pas au niveau de l'institution pour bénéficier d'un screening TB vu que les ARV ont été fournis dans la communauté par les agents de de santé. Ces derniers n'étaient pas formés pour pouvoir offrir du même coup le screening TB. Donc, un questionnaire a été développé en créole pour orienter les agents de santé dans l'offre Screening Communautaire pour la tuberculose.
4. **Approvisionnement d'ARV anticipé.** L'approvisionnement anticipé des patients en ARV dans le but de prévenir les rendez-vous ratés causes par différentes raisons COVID, insécurité, pas de frais de transport. En plus des rappels de rendez-vous à travers des centres d'appels, la stratégie d'approvisionnement anticipe de contribuer à améliorer la rétention en soins des clients.
5. **Délivrance des ARV de longue durée 6 à 12 mois**. Cette stratégie a permis de réduire la déperdition en soins des patients si l'on tient des comptes des données de soins depuis son extension.

6. **Points de dispensation d'ARV (DDP).** Ces points de dispensation et de récupération des médicaments visent à établir et à gérer les points de distribution communautaire dans certaines zones à forte charge d'infection à VIH. Ils sont situés dans des endroits largement acceptés et fréquentés par les bénéficiaires à d'autres fins.
7. **Unités communautaires mobiles.** Elles permettent d'apporter un paquet de services de prévention et traitement (VIH, IST) adapté aux populations clés plus près de leurs zones de travail et ou le besoin est exprimé ou ressenti. Des unités mobiles sont mises en place dans certains points frontaliers, à Malpasse, et Ouanaminthe.
8. **Dévoilement du statut VIH aux adolescents sous TAR.** Il est reconnu que le risque d'échec thérapeutique est plus élevé et que le niveau de suppression virale soit plus lent dans cette tranche d'âge. Le problème est que l'adolescence représente une période de transition, qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte et, qui se caractérise par un rythme de croissance élevé et de changements psychologiques importants. A cet âge, le dévoilement du statut s'impose comme étant une priorité de manière à accompagner l'adolescent à pouvoir s'engager dans sa prise en charge. Toutefois, trop peu de points de prestations de services VIH s'activité à pouvoir mettre en place cette stratégie alors que les adolescents constituent un groupe cible du Programme VIH.
9. **DOTS chez les enfants (8-10ans) infectés au VIH.** La DOTS auprès des enfants de 10 ans permet d'assurer une prise régulière des ARV chez ces derniers. A l'instar, du dévoilement du statut VIH aux enfants, l'extension de la DOTS tarde à être mis en œuvre à travers tout le pays.
10. **Stratégie de jeunes champions.** C'est l'utilisation de pairs accompagnateurs dans les activités de prévention et de traitement VIH. La rhétorique de cette stratégie est que le pair dispose des capacités nécessaires pour communiquer, discuter avec les siens facilitant améliorer son adhérence. Son témoignage et son expérience est primordiale à un autre jeune qui rencontre des difficultés dans le continuum des soins.
11. **Carte VIP**. Elle permet à un client de pouvoir recevoir des services en dehors de son point de prestations d'attache. Le patient peut se déplacer d'un site à un autre et recevoir non seulement les médicaments, bénéficie d'une consultation ou bien d'un prélèvement de la charge virale qui est documenté à travers la plateforme sans que le patient ne change de site. Elle favorise la mobilité des patients de manière à pouvoir répondre aux migrations, troubles socio-politiques qui entravent l'accessibilité des PVVIH en soins.
12. **Prise en charge holistique des détenus**. Les détenus bénéficient d'une prise en charge holistique. Au premier contact avec le milieu carcéral, les détenus profitent d'un dépistage à la fois pour la TB et les IST, en particulier la syphilis et le VIH. La PEC à travers le continuum de soins est assurée pendant toute la durée carcérale et après la sortie par le biais de la « Klinik Solidatite ». L'ancien détenu et sa famille est touchée par des mesures de prévention et de supports sociaux dans la communauté.
13. **L'application des recommandations pour faire face au COVID 19**. Au terme des 2 cas de COVID 19 rapportés le 19 mars 2020 par les autorités sanitaires, l'UCMIT/PNLS a mis en circulation une semaine après les mesures recommandées pour prévenir et contrôler l'exposition au COVID 19 et pour assurer l'offre de services VIH/SIDA sur tout le territoire national. Ces recommandations sont issues du plan de réponse des autorités sanitaires au COVID 19 et de celles émises par OMS, ONUSIDA, PEPFAR et Fonds Mondial à la poursuite des services et soins contre le VIH/sida dans le contexte de réponse au COVID-19. La réactivité assez rapide de l'UCMIT/PNLS et l'engagement du personnel de soins ont favorisé la dispensation des services VIH de manière ininterrompue.
14. **La Surveillance guidée par la communauté.** La Surveillance guidée par la communauté (CML) est un processus cyclique de collecte de données dans les établissements de santé, d'analyse des

données, de production de rapports au niveau des établissements, de conduite de visites de solutions dans les cliniques et de plaidoyer pour améliorer la qualité des soins au niveau national. Par le biais de l'Observatoire communautaire des services VIH (OCSEVIH), la société civile et les communautés (VIH, PC, jeunes, femmes etc…) sont habilitées à diriger la conception des questions d'enquête, collecter des données, développer des solutions destinées aux autorités et, à évaluer la qualité des services VIH. Plus de 40 points de prestations VIH a été évalués grâce à un outil standardisé depuis sa naissance.

15. **Le renforcement quantitatif du niveau central en ressources humaines qualifiées**. La CT du PNLS s'est doté de nouvelles ressources qualifiées pour pouvoir répondre à son rôle et mandat normatif et de régulation du Programme VIH. Cinq (5) gestionnaires de données sont venues renforcer la section du système d'information. Deux nouveaux services ont pris naissance, le service de prévention avec en sein deux travailleurs sociaux, un psychologue, un mentor clinique et deux conseiller techniques et, le service de surveillance avec cinq ressources qui gère à la fois la base de données SALVH, SAFE, PLR et PCPI. Ce service de surveillance constitue le cœur de l'implémentation des stratégies communautaires et de relance des perdus de vue à travers tout le pays.

5.3. Leçons apprises de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023

Au regard de cette mise en œuvre découlent également des leçons apprises :

- Le niveau central de la CT du PNLS ne peut à lui seul s'assurer à la fois de la gestion de la qualité des données et la qualité des services. L'appui des équipes de coordinations VIH/TB et SR permettra aux autorités sanitaires d'assurer une meilleure coordination du Programme VIH ;
- L'amélioration de la communication entre le niveau central et les équipes de PI a facilité l'application des directives et des normes au niveau intentionnel. Cette communication a facilité un feedback positif et continu entre les acteurs. Les clusters trimestriels techniques constituent des espaces de coordination, de partages de bonnes pratiques et de discussions puissants qu'il faut structurer et renforcer. La mise sur pied d'un Comité National Thérapeutique devient une priorité nationale ;
- L'implantation de la stratégie de la mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégrés aux autres services prioritaires tels que la TB, SR n'a pas bénéficié d'un fort engagement de la part des directions centrales impliquées à savoir l'UCMIT et la DSF auprès des principaux bailleurs de fonds du programme, le FM et l'USGTEAM. L'absence des intrants de dépistage VIH, en dépit des ressources de l'UNICEF, l'ONUSIDA mises à profit de l'implantation de la stratégie, n'était pas suffisant à son implémentation ;
- L'engagement des prestataires de soins est un facteur clé de succès du programme VIH. Cet engagement a été éprouvé pendant les périodes difficiles de la crise sanitaire du COVID 19. Les prestataires se sont maintenus en poste en dépit de la situation difficile, ce qui a permis au programme de maintenir ces acquis ;
- Les associations PVVIH et de la société civile peuvent inverser la tendance du VIH de manière plus rapide à ce que l'on pense si elles s'approprient du programme. La mise en place de l'Observatoire des services communautaires (CLM), la participation des communautés dans les prises de décisions constituent un outil puissant pour améliorer la qualité des services VIH ;
- L'utilisation des Pairs éducateurs dans les activités communautaires a favorisé un meilleur ciblage des groupes cibles pour la dispensation des services ;

- Le travail en équipe dans un groupe multidimensionnel compose de personnels soignants, communautaires, de la société civile et des clients favorise une communication interpersonnelle respectueuse entre les collègues, l'éducation des patients et une réduction de la stigmatisation basée sur le statut VIH et l'orientation sexuelle dans les établissements sanitaires ;
- Le partage des bonnes pratiques et des histoires à succès sont très importantes au programme pour se renouveler, s'adapter en fonction des réalités du terrain et améliorer les services en fonction des besoins et attentes des clients.
- Le leadership gouvernemental. Un leadership éclairé qui sait, qui s'implique et qui arrive à donner le ton au reste de l'équipe, fait une grande différence et contribue grandement au succès. Le leadership de la CT du PNLS dans sa quête de coordination avec les PI a fait la différence ;
- Des espaces de coordination et de discussions entre les PTF ont facilité une meilleure harmonisation entre les principaux bailleurs du programme FM et USGTEAM et les Agences des UN ;
- L'approche des services VIH centrés sur les patients et le respect des droits humains a montré aux parties prenantes l'impact d'un service plus humanisant et de compassion auprès des clients et comment la création d'un environnement de soins sans stigmatisation à la capacité d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des PVVIH et PC. Cette nouvelle approche engage le client dans la prise de décisions dans ses soins, et devient expert de sa prise en charge.

Réflexions sur le maintien des acquis des résultats du Programme VIH

L'analyse de la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 est particulièrement importante dans le cadre de cette évaluation dans la mesure qu'elle permet de mettre en évidence les processus et mécanismes de gouvernance, de coordination et de suivi-évaluation mis de l'avant pour atteindre les résultats du programme. Elle est l'occasion de souligner des obstacles et des défis en lien à la durabilité des acquis du Programme VIH. Avant cela, il est important de se tourner sur la pérennité des résultats acquis au cours de ces 3-4 dernières années relatives à la mise en œuvre du PSNM et cela pour plusieurs raisons. Le PSNM 2018-2023 est mis en œuvre sous fond de tensions à la fois socio-économiques (cherté de la vie), sécuritaires (Kidnapping, grèves, barrages routiers), de crises sanitaires (COVID 19), de catastrophes naturelles (tremblement de terre, inondations) pour ne citer que cela. Ces situations ont affecté tout le continuum de services ainsi que l'élan enclenché par le programme VIH au début de l'année 2018 avec le nouveau paradigme du passage à l'échelle cristallisé à travers les objectifs des trois 95 de l'ONUSIDA. La réduction continue du financement alloué au programme VIH a été mise à l'arrêt. Toutefois, la velléité pour les gouvernements haïtiens de contribuer au financement domestique de la lutte contre le VIH reste faible en dépit des engagements pris. La faible intégration des activités de lutte contre le VIH dans les interventions des autres ministères sectoriels associé à la faible participation du secteur privé des affaires dans les activités de riposte constituent des faiblesses sans cesse répétée au maintien des acquis du Programme VIH ou du moins à l'atteinte des objectifs de l'élimination du VIH en tant que problème de santé publique d'ici 2030 auquel a souscrit Haïti.

De plus, plusieurs témoignages recueillis font l'objet d'une certaine crainte à l'égard de la CT du PNLS étant donné que celle-ci semble subir un basculement au profit d'activités opérationnelles plutôt que stratégiques. Ce qui semble mettre à rude épreuve le maintien du rôle de régulateur et normatif dédié à la CT du PNLS. Des mécanismes sont certes mis en place pour assurer la continuité des services en dépit du contexte tels que des stratégies communautaires innovantes, des plans de contingence institutionnalisés. Néanmoins, cette réflexion déclenche une série de questions essentielles pour la prochaine phase de mise en œuvre du PSNM 2018-2023 mais également au futur cadre stratégique. Comment envisager des mécanismes alternatifs pour favoriser une contribution financière de l'Etat à la riposte contre le VIH/Sida ? Comment sensibiliser le secteur privé des affaires pour leur participation à la riposte contre le VIH/Sida ? Comment toucher les jeunes par les messages de sensibilisation pour leur engagement dans la lutte ? Ne faut-il pas mobiliser à nouveau les équipes sanitaires départementales dans les activités de la riposte ? Comment engager les élus locaux ainsi que les ministères sectoriels dans la riposte ? Comment faire de la recherche une priorité pour une meilleure prise de décisions des autorités sanitaires basées sur des données probantes ? Comment renforcer le système de santé de manière à réduire les couts de gestion et opérationnels du programme VIH ? Quelles stratégies mettre en branle pour actionner davantage dans un délai plus court l'intégration des services VIH aux autres services prioritaires du système de soins dans une perspective de soins primaires ? Des tentatives de propositions à ces interrogations sont consignées dans le chapitre de la conclusion, section « les priorités nationales pour le futur ».

CHAPITRE VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Après trois (3) années de mise en œuvre, l'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023 a essayé, sur la base d'une analyse matricielle des résultats atteints et des processus déclenchés à différents niveaux, de dégager les performances et, identifié les défis et enseignements entourant la mise en œuvre du PSNM 2018-2023 en vue de mieux capitaliser sur les acquis pour les deux prochaines années et esquisser certaines orientations stratégiques pour le cycle de financement futur. Tous les documents de formulation, entretiens et visites de terrain analysés montrent l'effort de ciblage des interventions, la mise en place d'une approche de soins VIH centrés sur le patient et le changement de paradigme du programme VIH vers les stratégies communautaires. Le bilan de la performance du PSNM 2018-2023 fait état de la pertinence des approches adoptées, de la cohérence des produits du programme, du niveau d'avancement des interventions planifiées pour la période, de l'utilisation optimal des ressources, et des changements et impacts notables du programme sur la santé et les bien-être des bénéficiaires, des PC et PV.

L'évaluation à mi-parcours du PSNM 2018-2023 a permis d'observer des changements significatifs durant la mise en œuvre du dit Plan. L'offre de la charge virale s'est améliorée de manière significative passant de 17% en 2017 à 75% en 2021. Plus de 60% des patients actifs jouissent d'une suppression virale au 30 septembre de 2021. Un tournant du programme vers une prestation plus agressive des services communautaires s'est opéré en vue de pouvoir réduire cette escalade d'interruption de traitement auquel faisait face le programme VIH, d'à peu près 30% à la mi-temps de 2020. La dispensation d'ARV de longue durée au-delà pour une période de 6 mois, la distribution d'ARV communautaire, la recherche active de cas contacts dans la communauté, la relance des patients perdus de vue, le screening communautaire TB, les unités mobiles communautaires de pairs éducateurs chez les PC, la distribution anticipée d'ARV, les points de dispensation d'ARV dans la communauté, l'utilisation éclairée et efficace du PLR regroupent l'essentiel des stratégies communautaires. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination devient une priorité nationale. Une volonté manifeste à la recherche de données probantes pour la prise de décisions futures s'est mise en branle. Le programme a mis le focus sur les interventions ciblant les populations clés pour ne citer que cela. Haïti est un pays à contexte difficile, **« Sortir des sentiers battus s'impose aux acteurs du Programme VIH pour l'atteinte des objectifs des trois 95 et mettre le pays sur la voie de l'élimination du VIH à l'horizon de 2030 ».**

Au terme de la mission d'évaluation et s'appuyant sur les résultats, des défis et des leçons apprises, il a lieu pour l'équipe d'évaluation de produire aux autorités sanitaires et parties prenantes du Programme VIH des recommandations générales. Ces dernières seront formulées en fonction des critères d'analyse et sur la base d'une temporalité, pour les deux prochaines années de mise en œuvre du plan et pour le prochain cadre stratégique.

Tableau 15 : Critères d'analyse et recommandations

Critères d'analyse	Recommandations
A.- Pertinence	
Deux prochaines années 2022-2023	✓ Intensifier le plaidoyer auprès des instances concernées (Présidence, Sénat, MSPP, MEF, MPCE) pour augmenter l'apport du Trésor Public dans les dépenses liées au VIH/sida ; ✓ Définir un paquet de services VIH à l'égard des PC et populations vulnérables ; ✓ Conduire une analyse du cadre d'investissement du Programme VIH en Haïti visant à répondre au décalage existant entre investissements et besoins ; ✓ Rendre fonctionnel le Comité de Suivi Stratégique du Programme VIH haïtien dans une perspective de renforcement du leadership du PNLS pour un meilleur suivi de la performance des cadres stratégiques ; ✓ Actualiser le Plan de Contingence du PSNM 2018-2023 en fonction du contexte, des risques sanitaires et naturels susceptibles d'entraver l'offre et la demande des services VIH ainsi que le maintien des acquis du Programme VIH
Futur Plan stratégique	✓ Mettre à jour la chaine des résultats et les indicateurs de produits dans le futur plan stratégique de riposte contre le VIH ; ✓ Définir un Plan de mitigation des risques pour assurer la mise en œuvre du futur plan stratégique de riposte contre le VIH ; ✓ Financer et rendre opérationnel le Plan d'Action de Plaidoyer pour la participation du secteur privé des affaires dans la riposte contre le VIH/sida ; ✓ Doter les cadres stratégiques futurs de Plan d'Action de 2-3 ans en vue de s'assurer d'une meilleure coordination, mise en œuvre et suivi des PSNM ; ✓ Impliquer le monde universitaire dans la lutte contre le VIH/sida
B.- Couverture	
Deux prochaines années 2022-2023	✓ Les autorités sanitaires devront s'assurer de la participation de toutes les parties prenantes de la riposte contre le VIH en Haïti, en particulier les associations de PVVIH, de PC et de la société civile (jeunes, femmes à toutes les phases d'élaboration du futur plan stratégique national de lutte contre le VIH. Cette représentation se doit être à la fois qualitative et quantitative et, conduite selon une démarche inclusive afin de faciliter une participation effective des groupes cibles. Dès lors, ils se reconnaîtront à travers les interventions programmées dans ce plan
Futur Plan stratégique	✓ Renforcer le ciblage des adolescents, enfants de rues, les migrants externes, les transgenres dans la définition des interventions de prévention, de soins et de traitement des IST et VIH/sida
C. Mise en œuvre (Processus)	
Deux prochaines années 2022-2023	✓ Rendre disponible le manuel des procédures et standards en S&E au bénéfice des parties prenantes du programme ;

Critères d'analyse	Recommandations
	✓ Mettre à jour le Plan Suivi- Evaluation du PSNM 2018-2023 ; ✓ Rendre fonctionnel le Comité de Suivi Stratégique du Programme VIH mis en place depuis 2020 ; ✓ Faire un plaidoyer pour l'extension et l'utilisation rapide de la base de données de prévention GAPREV dans les sites de prestations VIH.
Futur Plan stratégique	✓ Faire un plaidoyer pour une pleine et entière interconnexion/interopérabilité entre les différents EMR ; ✓ Monter un système d'information plus « friendly » c'est-à-dire plus réactif avec beaucoup plus d'alerte, interactif et plus intelligent capable de guider le prestataire de soins dans sa prise en charge ; ✓ Mettre à jour le guide de prise en charge du traitement des IST ; ✓ Actualiser la liste des médicaments pour le traitement des IO et IST en fonction de nouveaux besoins des bénéficiaires. ✓ Faire un plaidoyer auprès des PTF du programme VIH pour soutenir le financement d'un Plan de Recherches afin que le programme puisse détenir des données probantes pour la prise de décisions éclairées.
D.- Qualité	
Deux prochaines années 2022-2023	✓ Augmenter le nombre de psychologues au niveau des institutions et associations du Programme VIH ; ✓ Conduire un diagnostic de situation de la qualité des services de santé VIH/sida en Haïti à l'aide des critères d'analyse préalablement validés par les parties prenantes. ✓ Assurer la reprise des activités Healthqual à travers tous les points de prestations des services VIH ; ✓ Renforcer les compétences du personnel soignant et non-soignant sur les soins de compassion et soins VIH centrés sur le patient ; ✓ Développer une SOP sur le recours des clients victimes de stigmatisation et discrimination dans les sites de prestations des soins VIH ; ✓ Soutenir le PNLS au développement d'un curriculum national de formation validé sur la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé au profit du personnel soignant
Futur Plan stratégique	✓ Travailler avec les écoles et universités pour inclure dans les curricula de formation des sujets visant le respect des droits des citoyens touchés par des maladies chroniques comme le VIH/sida, le cancer ; ✓ Définir et mettre à jour les différents paquets de services nécessaires aux PV et PC à savoir le paquet de services communautaires, de services sociaux de base au profit des PVVIH et des OEV, de services adaptés et combinés aux PC et de prévention combinée ainsi le paquet d'interventions en matière de promotion des droits, genre et lutte contre la stigmatisation/ discriminations des PVVIH et PC ; ✓ Rédiger et mettre à la disposition du Programme VIH le Manuel de procédures opérationnelles standardisées sur la qualité des services de santé du VIH/sida et non-stigmatisants en Haïti ;

Critères d'analyse	Recommandations
	✓ Intégrer le dépistage de l'hépatite virale B et C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B dans les politiques et lignes directrices nationales sur l'hépatite
E.- Efficacité	
Deux prochaines années 2022-2023	✓ Continuer le renforcement des compétences du personnel soignant et non-soignant travaillant dans les points de prestations VIH sur les stratégies de réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les établissements sanitaires ; ✓ Conduire des audits de qualité annuelle/trimestrielle sur l'offre de services de prévention, y compris la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ; ✓ Rendre fonctionnel la base SAFE et s'assurer de son utilisation par le personnel des points de prestations VIH en vue d'une surveillance de qualité de la femme enceinte VIH+ ; ✓ Intensifier la mise en réseaux des institutions sanitaires dans tous les départements géographiques (sites de prestation situés dans une même aire géographique qui dispose du paquet de services de PTME) et renforcer le système de référence/contre référence dans l'offre de soins et services VIH/PTME ; ✓ Mise à l'échelle de l'empreinte digitale dans les sites de références ; ✓ Assurer l'érection et le fonctionnement de deux laboratoires régionaux dans les régions du Sud et du Nord, de manière à rendre disponible de manière continue les tests de charge virale au bénéfice des patients à travers tout le pays.
Futur Plan stratégique	✓ Encourager et mettre en place des passerelles de coordination et de communication entre les PI et la MAST, l'IBESR et le PNLS pour renforcer les interventions auprès des OEV et les PC ; ✓ Elaborer un plan d'action national pour la prévention, le suivi et la réponse à la résistance aux antirétroviraux ; ✓ Renforcer le plaidoyer auprès des ministères sectoriels, le MSPP et le Ministère de l'Education, pour l'érection des groupes de travail visant le développement des modules de formation sur l'éducation sexuelle et reproductive destiné aux adolescents et jeunes ; ✓ Intensifier le plaidoyer auprès des autorités sanitaires (PNLS, DSF) et leurs partenaires pour mettre à la disposition des établissements sanitaires du pays, centres de santé et hôpitaux, les kits PEP nécessaires à la prise en charge thérapeutique des cas d'AES et de VS ainsi que des services adaptés aux besoins des victimes ; ✓ Actualiser les directives nationales sur la prise en charge diagnostique des cas d'IST dans le système de soins et renforcer le plaidoyer national pour rendre disponibles et gratuits les médicaments essentiels en vue d'une couverture universelle pour les IST prioritaires.

ANNEXE

Liste des participants aux entretiens

	Nom et Prénom	Organisation		Nom et Prenom	Organisation
FOCUS GROUP	Augusta Milien	SOFENOE	**ENTRETIENS Bailleurs de Fonds et UN**	Dr Stan Galbaud	USAID
	Erla Pierre	Refuge des Femmes		Dr Sheila Eustache	World Vision/FM
	john joseph	CEDREF		Dr Kens St Louis	OMS
	Joel Sainton	APIAP-V/S		Dr Harry Geffrard	OMS
	Marie Malia Jean	AFHIAVIH		Dr Joseph Charles Fleurimonde	ONUSIDA
	Dr Marly Eva Steide	HOUSING WORKS		Dr Fredine Jn Pierre	UNICEF
	Jhonny Saint Bonheur	FOSREF		Dr Sheila Eustache	World Vision/FM
	Jhonny Lafleur	AJCCDS Haïti		Alain Guerrier, Stat	World Vision/FM
	Anderson Estimphil	KOURAJ			
ENTRETIENS Partenaires techniques	Dr Nephatalie Mesidor	CMMB	**ENTRETIENS PNLS**	Dr Steve MaAllan	Chef de service
	Dr Rachid Dorsainvil	SEROVie ECP2		Dr Gracia Desforges	Conseillers Techniques
	Dr Patrice Joseph	GHESKIO		Dr Ermane Robin	
	Dr Jean Edouard Mathon	GHESKIO		Miss Nirva Duval	Chef de Service et M&E Officer
	Dr Nancy Rachelle Coq	Georgetown University		Miss Blondine Jean-Baptiste	
	Dr Jean Gabriel Balan	CHARESS		Dr Pierre Daniella	SASICC
	Dr Salnave Emmanuel	GHSC-PSM		Dr Myrtha louissaint	Conseiller Technique et Chef de service
	Dr Florence Guillaume	GHSC-PSM		Dr Kesner Francois	
	Dr Margareth Bury	HTW			
	Dr Maureen Leonard	ISPD			
	Dr Daniel Lauture	ISPD			
	Dr Ralph Ternier	ZL/PIH			

Liste des points de prestations visités

No	Institutions sanitaires	Département
1	Hôpital Universitaire la Paix **(HUP)**	Ouest
2	Hôpital Nos petits frères et soeurs	Ouest
3	Clinique communautaire de Delmas 75	Ouest
4	Centre GHESKIO IMIS	Ouest
5	Hôpital Eléazar Germain	Ouest
6	SSPE Saint Marc	Artibonite
7	HSN Saint Marc	Artibonite
8	Centre de Sante de Thomonde	Plateau Central
9	Hôpital Sainte Thérèse de Hinche	Plateau Central
10	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti	Ouest

Guides d'entretien

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)
Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien (Focus Group) à l'usage des groupes cibles du programme

02 février 2022, 9h-13h

Questions. Un maximum de 30 minutes par question

1.- Pensez-vous que les interventions du programme VIH proposées et définies dans le PSNM 2018-2023 et mises en œuvre répondent-elles à vos besoins et attentes en tant que groupes cibles du programme ?

2.- En tant qu'associations (de PVVIH, de Populations clés HSH ou PS, Jeunes, Femmes etc…), qu'est-ce que pouvez-vous proposer aux partenaires et autorités sanitaires pour un meilleur ciblage des besoins et attentes des groupes prioritaires du programme VIH ?

3.- Est-ce que les bénéficiaires sont satisfaits des soins et services VIH reçus par le personnel de soins ? Pourquoi ? et Quel est le problème ? Avez-vous des propositions ?

4.- Selon vous, les soins et services IST/VIH sont-ils accessibles aux groupes cibles du programme VIH ? Pourquoi et quel est le problème ? Quelles sont vos propositions par rapport à vos constats (facteurs facilitants) ?

5.- Pensez-vous que les services sont fournis aux bénéficiaires avec courtoisie et respect de la part des professionnels de santé, c'est-à-dire avec humanité, compassion, qualité de la communication interpersonnelle, sans stigmatisation/discrimination ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier (facteurs facilitants) ?

6.- Comment jugez-vous l'environnement pour la prestation des services VIH aux clients : espace physique convenable, accueil, confidentialité, sécuritaire ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier ?

7.- Quelles sont vos propositions pour apporter une solution à la stigmatisation/discrimination des clients PVVIH ou populations clés (HSH et PS) dans les sites de prestations des soins et services VIH ? (Politiques, stratégies, technologie, organisation des services)

8.- En tant qu'acteurs clés actuels du programme, quelles sont vos propositions pour améliorer les résultats du programme VIH ? Par exemple augmenter la rétention en soins des patients VIH, augmenter la suppression virale …

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)
Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien à l'usage des Bailleurs de fonds et PTF du Programme VIH/Sida haïtien (CDC, USAID, FM, SNU)

Décembre 2021

Identification
Nom et Prénom :
Fonction :

Ref.	Questions semi-structurées
	Pertinence
1	Les interventions proposées et définies dans le PSNM répondent-elles aux besoins et attentes des groupes cibles ? Pouvons-nous atteindre les résultats prévus du PSNM 2018-2023 au profit des cibles prioritaires avec la mise en œuvre de ces dernières ?
	Ressources
2	Selon vous, Existe-il une certaine cohérence entre les ressources financières programmées et celles effectivement mises au bénéfice du Programme VIH haïtien ? Permettront-elles pour le pays d'atteindre les trois 95 comme escomptés en 2023 ? Quelles sont vos propositions dans ce cas-ci ?
3	Quelles sont vos opinions de la configuration actuelle de la Coordination Technique du PNLS ? et du Programme VIH ? Qu'est-ce qui devrait être changé ou renforcé pour l'atteinte des résultats escomptés du PSNM 2018-2023 à la fin de 2023 ?
4	Pouvez-vous énumérer trois (3) interventions innovantes ou novatrices nécessaires pour l'atteinte des cibles du PSNM qui devraient être mis au jour avant la fin de 2023 ?
	Processus (Mise en œuvre)
5	Pensez-vous que les outils technologiques actuels du programme VIH facilitent la production de résultats permettant la prise de décision futures ? Selon vous, Qu'est-ce qui devrait être amélioré ?
6	Que pensez-vous des diverses stratégies communautaires en cours pour augmenter la rétention en soins des patients sous TAR (par ex le PLR, Dispensation d'ARV de longue durée, Dispensation communautaire d'ARV, Centre de dispensation départementale des ARV) ? Qu'est ce qui devrait être améliorer ?
	Processus (Qualité des services)
7	Quelles sont vos perceptions relatives aux paquets de services IST/VIH disponibles pour les groupes cibles du programme ? Sont-ils adéquats, suffisamment intégrés aux soins de santé primaires ou prennent en compte l'ensemble des besoins des groupes cibles (à savoir besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels) ?
	Réalisations
8	Quelles sont vos opinions sur les réalisations actuelles du programme VIH ? Pensez-vous qu'ils ont été atteints (les résultats) en regard des cibles prévues du PSNM 2018 – 2023 à décembre 2020 ? Quelles sont vos recommandations ?
9	Selon vous quels sont les facteurs clés de succès du Programme VIH ? Expliquez pourquoi ?
	Durabilité/Viabilité
10	Comment pérenniser les acquis du Programme VIH dans un contexte d'une grande incertitude (Covid 19, Kidnapping, barrages routiers, grèves, séismes, tremblement de terre, inondations) ?

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)
Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien à l'usage des cadres techniques de l'UCMIT/PNLS

Décembre 2021

Identification
Nom et Prénom :
Fonction :

Ref.	Questions semi-structurées
	Pertinence
1	Selon vos expériences, comment les partenaires du PNLS procèdent-ils pour définir ou mettre à jour leurs stratégies d'interventions au bénéfice du Programme VIH ?
	Ressources/Intrants
2	Dans quelle mesure, pouvez-vous énumérer cinq (5) interventions innovantes ou novatrices mises en œuvre au niveau du programme VIH et par la CT du PNLS ? Pourquoi selon vous, elles étaient innovantes ou novatrices ?
3	Quelles sont vos opinions (Forces, faiblesses, Obstacles et facteurs facilitants) sur certaines stratégies d'interventions telles que : Mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégré à la SMNI, Dispensation d'ARV de longue durée, Dispensation communautaire d'ARV, Centre de dispensation départementale des ARV; HealthQual, Charge Virale Communautaire, Empreinte digitale
4	Pensez-vous que les outils technologiques actuels du programme VIH facilitent la production de données de qualité en termes de complétude, ponctualité, fiabilité ? Qu'est-ce qui devrait-être améliorer pour une meilleure prestation de soins et collecte de données ? Avez-vous des propositions ?
5	Les interventions proposées et définies dans le PSNM 2018-2023 répondent-elles aux besoins et attentes des groupes prioritaires du Programme VIH (PVVIH, HSH, Transgenres, PS, jeunes, femmes, migrants) ? Comment pouvez-vous expliquer votre réponse ?
	Processus (Qualité des services)
6	Selon vous, est-ce que ceux-là qui fournissent les services (le personnel de soins) sont compétents pour le faire À savoir disposent-ils la formation adéquate, l'expérience ou ont à leurs dispositions les outils nécessaires (SOP et directives cliniques et thérapeutiques), Composition des équipes Comment pouvez-vous expliquer votre réponse ?
7	Est-ce que les bénéficiaires sont satisfaits des soins et services reçus ? Comment évaluez-vous la satisfaction des bénéficiaires ?
8	Selon vous, est-ce que les soins et services fournis aux bénéficiaires respectent-ils les normes de qualité du programme VIH (c'est-à-dire respect des directives cliniques et thérapeutiques, SOP,

	curricula de formation, compétences du personnel de soins ? Comment expliquer votre réponse ? (quels sont les obstacles)?
9	Quelles sont vos perceptions relatives aux paquets de services IST/VIH disponibles pour les groupes cibles du programme ? Sont-ils adéquats, suffisamment intégrés aux soins de santé primaires ou prennent en compte l'ensemble des besoins des groupes cibles (à savoir besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels) ? Comment pouvez-vous l'expliquer ?
10	Selon vous, les soins et services VIH sont-ils accessibles aux groupes cibles du programme VIH ? i. Accessibilité géographique : distance résidence par rapport aux sites de prestation ii. Accessibilité temporelle : horaire de fonctionnement des sites, temps d'attente iii. Accessibilité économique : cout autres tests labo et médicaments non couverts par le programme, frais de transport, soutien nutritionnel, emploi iv. Accessibilité Culturelle : classe sociale, langue, religion, coutume v. Accessibilité informationnelle : littératie des bénéficiaires, communication, prévention Quelles sont les obstacles aux différents critères d'accessibilité des services ? Quelles sont vos propositions par rapport à vos constats (facteurs facilitants) ?
11	Comment évaluez-vous la qualité des soins et services IST/VIH fournis par le personnel de soins du Programme VIH (mentorat, audit clinique, outils d'valuation, contrôle de qualité) ?
12	Pensez-vous que les services sont fournis aux bénéficiaires avec courtoisie et respect de la part des professionnels de santé, c'est-à-dire avec humanité, compassion, qualité de la communication interpersonnelle, sans stigmatisation/discrimination ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier (facteurs facilitants) ?
13	Comment jugez-vous l'environnement pour la prestation des services aux clients : espace physique convenable, accueil, confidentialité, sécuritaire ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier ?
14	Quelles sont vos propositions pour un meilleur système de référence et contre-référence entre les services à l'intérieur d'un site, et entre en site CD avec un site ARV (Bonnes pratiques basées sur votre expérience) ?
	Processus (Mise en œuvre)
15	Quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions suivies par votre service (PEC, Prevention, M and E, SASICC, Relations publiques) au cours de ces trois (3) dernières années ?
16	Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez observés durant les trois dernières années de la mise en œuvre du programme VIH ?
17	Selon vous quels sont les facteurs clés de succès du Programme VIH ? Expliquez pourquoi ?
18	Selon vous, quelles sont les leçons à retenir de la mise en œuvre du Programme VIH ?
	Réalisations
19	Quelles sont vos opinions sur les réalisations actuelles du programme VIH ? Quelles sont vos recommandations ?
20	Selon vous, Comment certains contextes ou situations peuvent-ils affecter la mise en œuvre du Programme VIH tels que Covid 19, Kidnapping, barrages routiers, grèves, séismes, tremblement de terre, inondations

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)

Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien à l'usage des Partenaires d'implémentation (PI) du Programme VIH/Sida haïtien

Décembre 2021

Identification

Nom et Prénom :

Fonction :

Ref	Questions semi-structurées
	Pertinence
1	Selon vous, les interventions des partenaires du PNLS (Par ex votre organisation) sont-ils alignés aux objectifs, et stratégies prioritaires du Programme VIH définies dans le PSNM 2018-2023 ? Comment pouvez-vous montrer la prise en compte des objectifs des trois 95 dans la mise en œuvre des projets ou interventions implémentés par votre organisation ?
2	Vos projet ou interventions espèrent-ils contribuer à l'atteinte de quels indicateurs de produits ou d'effets inscrits dans le PSNM 2018-2023 ? et à l'atteinte des besoins de quels groupes cibles prioritaires du PSNM ?
3	Dans quelle mesure, pouvez-vous énumérer cinq (5) interventions innovantes ou novatrices mises en œuvre par votre organisation en lien avec les stratégies prioritaires du PSNM 2018-2023 pendant ces 3 dernières années ? Pourquoi selon vous, elles étaient innovantes ou novatrices ?
	Ressources/Intrants
4	Quelle est votre opinion du système d'information du Programme VIH c'est-à-dire des EMR, des bases de données de rapportage telles que MESI, SALVH, SAFE, le processus de validation des données, le rapportage des données (fonctionnement, utilité, qualité des données) ?
5	Pensez-vous que les outils technologiques actuels du programme VIH facilitent la production de résultats de qualité en termes de complétude, ponctualité, fiabilité ? Avez-vous des propositions ?
6	Les interventions proposées et définies dans le PSNM 2018-2023 répondent-elles aux besoins et attentes des groupes prioritaires du Programme VIH (PVVIH, HSH, Transgenres, PS, jeunes, femmes, migrants) ? Si oui, comment pouvez-vous l'expliquer ?
7	Avez-vous en tête d'autres interventions ou activités nécessaires pour améliorer les résultats du programme VIH en lien avec les groupes cibles prioritaires du PSNM 2018-2023 ?
	Processus (Qualité des services)
8	Est-ce que les bénéficiaires sont satisfaits des soins et services reçus ? Comment évaluez-vous la satisfaction des bénéficiaires ?
9	Quelles sont vos perceptions relatives aux paquets de services IST/VIH disponibles pour les groupes cibles du programme ? Sont-ils adéquats, suffisamment intégrés aux soins de santé primaires ou prennent en compte l'ensemble des besoins des groupes cibles (à savoir besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels) ? Comment pouvez-vous l'expliquer ?
10	Selon vous, est-ce que les soins et services fournis aux bénéficiaires respectent-ils les normes de qualité du programme VIH (c'est-à-dire respect des directives cliniques et thérapeutiques, SOP, curricula de formation, compétences du personnel de soins ? Comment expliquer votre réponse ? (quels sont les obstacles)?
11	Selon vous, les soins et services VIH sont-ils accessibles aux groupes cibles du programme VIH ? Comment expliquer votre réponse ? (quels sont les obstacles)?

12	Pensez-vous que les services IS/VIH sont fournis aux bénéficiaires avec courtoisie et respect de la part des professionnels de santé, c'est-à-dire avec humanité, compassion, bonne qualité de communication interpersonnelle, sans stigmatisation/discrimination ? Comment expliquer votre réponse (quels sont les obstacles)?
13	Comment jugez-vous l'environnement pour la prestation des services VIH aux clients/groupes cibles du programme VIH : espace physique convenable, accueil, confidentialité, sécuritaire ?
	Processus (Mise en œuvre)
14	Quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de vos interventions au cours de ces trois (3) dernières années ?
15	Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez observés durant les trois dernières années de la mise en œuvre du programme VIH ?
16	Selon vous quels sont les facteurs clés de succès du Programme VIH ? Expliquez pourquoi ?
18	Selon vous, quelles sont les leçons à retenir de la mise en œuvre de vos interventions ou du Programme VIH ?
	Réalisations
19	Quelles sont vos opinions sur les réalisations actuelles du programme VIH ? Quelles seront vos recommandations ?
20	Selon vous, Comment certains contextes ou situations peuvent-ils affecter la mise en œuvre du Programme VIH tels que Covid 19, Kidnapping, barrages routiers, grèves, séismes, tremblement de terre, inondations

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)
Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien à l'usage des personnels de soins VIH/sida

Décembre 2021

Identification
Nom et Prénom :
Fonction :

Ref	Questions semi-structurées
	Ressources/Intrants
1	Quelles sont vos opinions (faiblesses et obstacles) sur certaines stratégies d'interventions en cours actuellement dans votre site de prestation telles que : a) Mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégré à la SMNI, b) Dispensation d'ARV de longue durée, c) Dispensation communautaire d'ARV, d) Centre de dispensation départementale des ARV; e) HealthQual, f) Charge Virale Communautaire, g) Empreinte digitale
2	Pensez-vous que les outils technologiques actuels du programme VIH telles que : EMR, des bases MESI, SALVH, SAF vous facilitent-ils la production de données de qualité en termes de complétude, ponctualité, fiabilité ? Qu'est-ce qui devrait-être améliorer pour une meilleure collecte de données ? Avez-vous des propositions ?
3	Que pensez-vous des diverses stratégies communautaires en cours pour augmenter la rétention en soins des patients sous TAR (par ex Rappel des patients et visites communautaires, Dispensation d'ARV de longue durée, Dispensation communautaire d'ARV, Centre de dispensation départementale des ARV) ? Qu'est ce qui devrait être améliorer ?
	Processus (Qualité des services)
4	Que pensez-vous de la composition des équipes de soins VIH au niveau des sites de prestations, sont-elles adéquates pour offrir les soins nécessaires aux clients, en termes de quantité et type du personnel ? Comment pouvez-vous expliquer votre réponse ?
5	Selon vous, est-ce que ceux-là qui fournissent les services (le personnel de soins) sont compétents pour le faire À savoir disposent-ils la formation adéquate, l'expérience ou ont à leurs dispositions les outils nécessaires (SOP et directives cliniques et thérapeutiques) Comment pouvez-vous expliquer votre réponse ?
6	Est-ce que les bénéficiaires sont satisfaits des soins et services reçus ? Comment évaluez-vous la satisfaction des bénéficiaires ?
7	Selon vous, est-ce que les soins et services fournis aux bénéficiaires respectent-ils les normes de qualité du programme VIH (c'est-à-dire respect des directives cliniques et thérapeutiques, SOP, curricula de formation ? Comment expliquer votre réponse ? (quels sont les obstacles)?
8	Quelles sont vos perceptions relatives aux paquets de services IST/VIH disponibles pour les groupes cibles du programme ? Sont-ils adéquats, suffisamment intégrés aux soins de santé

	primaires ou prennent en compte l'ensemble des besoins des groupes cibles (à savoir besoins médicaux, psychologiques, sociaux et nutritionnels) ? Comment pouvez-vous l'expliquer ?
9	Selon vous, les soins et services VIH sont-ils accessibles aux groupes cibles du programme VIH ? i. Accessibilité géographique : distance résidence par rapport aux sites de prestation ii. Accessibilité temporelle : horaire de fonctionnement des sites, temps d'attente iii. Accessibilité économique : cout autres tests labo et médicaments non couverts par le programme, frais de transport, soutien nutritionnel, emploi iv. Accessibilité Culturelle : classe sociale, langue, religion, coutume v. Accessibilité informationnelle : littératie des bénéficiaires, communication, prévention Quelles sont vos propositions par rapport à vos constats (facteurs facilitants) ?
10	Comment évaluez-vous la qualité des soins et services IST/VIH fournis par le personnel de soins du Programme VIH (mentorat, audit clinique, outils d'valuation, contrôle de qualité) ?
11	Pensez-vous que les services sont fournis aux bénéficiaires avec courtoisie et respect de la part des professionnels de santé, c'est-à-dire avec humanité, compassion, qualité de la communication interpersonnelle, sans stigmatisation/discrimination ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier (facteurs facilitants) ?
12	Comment jugez-vous l'environnement pour la prestation des services VIH aux clients : espace physique convenable, accueil, confidentialité, sécuritaire ? Quels sont les obstacles selon vous ? Vos propositions pour y remédier ?
13	Quelles sont vos propositions pour apporter une solution à la stigmatisation/discrimination des clients PVVIH ou populations clés (HSH et PS) dans les sites de prestations des soins et services VIH ? (politiques, stratégies, technologie, organisation des services)
14	Quelles sont vos propositions pour un meilleur système de référence et contre-référence entre les services à l'intérieur d'un site, et entre en site CD avec un site ARV (Bonnes pratiques basées sur votre expérience) ?
15	Quelles sont vos opinions sur HealthQual ? Est-ce ce que vous avez utilisé les fondamentaux de HealthQual pour améliorer vos projets au cours de ces trois (3) dernières années ? (Avez-vous des outils) Doit-il être systématisé selon vous au niveau du programme ?
	Processus (Mise en œuvre)
16	Quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées dans l'offre de soins et services VIH à votre niveau ?
17	Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez observés durant les 12 derniers mois au cours de la prestation des soins et services VIH dans le site ?
18	Selon vous, quelles sont les leçons à retenir de la mise en œuvre du Programme VIH ?
	Réalisations
19	Comment jugez-vous votre prestation de soins et services VIH que vous donnez aux clients ? Excellente, satisfaisante, bonne ou mauvaise. Justifiez votre réponse. Pensez-vous à des propositions d'améliorations ?
20	Comment jugez-vous de l'efficacité des résultats obtenus de votre site de prestation ?

UNITE DE CONTROLE DES MALADIES INFECTUEUSES ET TRANSMISSIBLES (UCMIT)

Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS)

Evaluation à mi-parcours du Plan Stratégique National Multisectoriel VIH/Sida 2018-2023

Guide d'entretien à l'usage des Gestionnaires des intrants du Programme VIH

Février 2022

Identification

Nom et Prénom :

Fonction :

Ref	Questions semi-structurées
	Pertinence
1	Pensez-vous que les intrants IST/VIH/OI et réactifs de labo planifiés (dépistage/diagnostic IST/VIH, traitement ARV/IST, CD4, charge virale, OI) répondent-ils aux besoins réels du programme VIH, c'est-à-dire aux groupes cibles ?
	Ressources/Intrants
2	La configuration actuelle de la Coordination Technique du PNLS ou du Programme VIH vous favorise-t-elle d'assurer une bonne gestion des intrants IST/VIH/OI à votre niveau ? Propositions ?
	Processus (qualité)
3	Quels sont les mécanismes de gestion/coordination qui vous permettent d'assurer la gestion des intrants IST/VIH/OI du programme VIH, c'est-à-dire rencontres, comité de suivi, cluster, document (quantification) etc… ?
4	Comment assurez-vous la logistique pour répondre aux besoins des sites (rapport, utilisation, transport, livraison) ?
5	Quelle est votre opinion du système suivi-évaluation c'est-à-dire du système d'information, des outils, du processus de validation des données, et du processus de rapportage mis en place pour la gestion des données relatives aux intrants ?
6	Quelles sont vos perceptions relatives aux paquets d'intrants OI/IST/VIH et réactifs de labo disponibles ? Sont-ils adéquats, pour répondre aux besoins des groupes cibles ?
7	Quelles sont les causes fréquentes des ruptures de stocks observées au cours des 12 derniers mois ?
8	Quelles sont les interventions que vous avez mis en place pour répondre aux ruptures de stocks d'intrants du programme VIH ?
	Mise en œuvre
9	Quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de vos interventions au cours de ces trois (3) dernières années ?
10	Quels sont les changements les plus significatifs que vous avez observés durant les trois dernières années dans le cadre de vos interventions ?
11	Selon vous, quelles sont les leçons à retenir de la mise en œuvre de vos interventions ou du Programme VIH ?
	Durabilité
12	Comment continuer à offrir vos services au Programme VIH dans ce contexte de grande fragilité (épidémies sanitaires, Kidnapping, barrages routiers, grèves, séismes, tremblement de terre, inondations) ?

Matrice d'évaluation

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
Questions d'évaluation 1.- Quels sont les écarts observés à date dans la mise en œuvre des interventions du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ? Autrement écrit, est-ce que ce plan a été implanté tel que prévu ?				
Critères de jugement : La mise en œuvre des interventions du programme a été réalisée selon les principes directeurs du programme, aux stratégies prioritaires du PSNM, la théorie du programme, les normes, directives et procédures définies par le programme et selon les niveaux de qualité exigés.				
Pertinence **Les interventions et résultats des projets des partenaires d'implémentation du PNLS sont-ils alignés aux stratégies prioritaires du PSNM 2018-2023 ?**	• Cohérence dans la conception des interventions des partenaires avec les objectifs du PSNM (trois 95) et les principes directeurs du programme (Globalité, Equité, justice sociale etc.) ; • Cohérence des interventions des acteurs avec les priorités identifiées du PSNM ; • Existence de document ou Activités mises en œuvre montrant l'alignement de leurs interventions avec les stratégies prioritaires du PSNM ; • Existence de réflexions stratégiques sur la cohérence des interventions des partenaires avec les stratégies et les résultats prévus par le PSNM ; • Mesure de la prise en compte des trois 95 dans la mise en œuvre des interventions des acteurs	Revue annuelle du PSNM 2018 à 2020 Rapport de progrès des partenaires ; Document de projets des partenaires Plan de travail annuel du PSNM ; PEPFAR Annual Report 2020-2021 Cadres des PTF et PI Cadres de l'UCMIT	Revue documentaire Entretiens semi-structurés	Cadres des PTF (CDC, USAID, FM, ONUSIDA, OMS, UNICEF) Partenaires d'implémentation : GHESKIO, PIH, CMMB, UGP etc… UCMIT : Drs. Deas et Pavel
Quelles sont les innovations (techniques, technologiques, organisationnelles etc.…) inhérentes à la mise en œuvre du programme à 2023 ?	• Identification des Interventions innovantes ou novatrices mises en œuvre par les acteurs par rapport à celles prévues par le PSNM. (Autres Interventions qui manquent par rapport à celles de la littérature scientifique (Cohérence) ; • Analyse de la Gouvernance du programme VIH par rapport aux innovations : mécanismes de coordination, mécanisme de communication et relations de travail avec les acteurs, fonctionnement	PEPFAR Annual Report 2020-2021 Rapport des clusters et comites de travail, Rapport annuel PNLS, Document de Projet UCMIT/PNLS (CDC, FM, UN) Rapport des partenaires et des bailleurs	Revue documentaire Entretiens semi-structurés	Partenaires d'implémentation : GHESKIO, PIH, CMMB, UGP etc… Cadres du PNLS : Chefs de service

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
	des Clusters et comités de travail, structuration de la CT du PNLS, Plan suivi-évaluation • Organisation des soins et services : Mise en réseau des institutions sanitaires pour l'offre de services VIH intégré à la SMNI, Dispensation d'ARV de longue durée, Dispensation communautaire d'ARV, Centre de dispensation départementale des ARV ; HealthQual, charge virale communautaire • Innovations technologiques : Empreinte digitale, GAPREV	Note Conceptuelle Cadre des PI et du PNLS		
Les ressources (humaines, financières, matérielles, techniques, informationnelles etc.) mises à la disposition du programme VIH sont-elles adéquates pour la réalisation des interventions prioritaires prévues dans le PSNM ?	• Typologie et quantité des ressources humaines : Niveau de Formation du personnel, Disponibilité/Révision des curricula • Développement/Actualisation de SOP, directives cliniques, • Cohérence entre ressources (financières et appui technique) programmées et ressources effectivement mises en œuvre • Interventions financées par les acteurs par rapport à celles planifiées par le PSNM (Choix des bailleurs pour financer les interventions) ; • Analyse du système d'informations dans e cadre de la production de données de qualité pour la prise de décisions futures, • Révision/actualisation du MER, des SOP, des directives cliniques par rapport aux données de littérature et objectifs du PSNM, • Gestion des données : Fonctionnement MESI, SALVH, SAFE	PSNM 2018-2023 COP 20-21 Note conceptuelle 2021-2023 Plan stratégique de la FEDAPH+/Rapport de travail Rapport groupe de travail des clusters Rapport de quantification des intrants	Revue documentaire Entretiens semi-structurés Focus group Etudes de cas (PLR, Partner Index)	Partenaires d'implémentation : GHESKIO, PIH, CMMB, UGP, Solutions etc… Cadres du PNLS : Chefs de service, cadres travaillant dans la gestion des données

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
	• Analyse du fonctionnement des Partenariats avec : Solutions, CHARESS, GU, Kentucky • Politiques en matière de recherche opérationnelles interventionnelle, épidémiologique • Rétention sous TAR : PLR (SOP et mises en œuvre) • Partners index (SOP et mise en œuvre) Disponibilité des Intrants : Quantification des intrants,			

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
Questions d'évaluation 2.- Les interventions, telles que mises en œuvre, ont-elles rejoint les groupes cibles prioritaires identifiés par le plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ? **Critères de jugement :** Le processus de conceptualisation, définition, programmation ainsi que la mise en œuvre a bien pris en compte les besoins des groupes cibles du programme VIH				
Les groupes cibles (PVVIH, PS, HSH, femmes, jeunes, migrants etc…) ont-ils participé dans le processus de conception, de définition/programmation des Interventions répondant à leurs besoins et attentes ?	• Cohérence entre les stratégies prioritaires du PSNM avec les attentes des groupes cibles (Pertinence) • Degré de focalisation sur les zones de forte concentration des besoins et points chaud identifiés (Pertinence) ; • Existence de projets/interventions qui touchent les besoins des groupes cibles du programme (stigmatisation, protection sociale) • Adéquation des stratégies mises en œuvre par le programme avec celles planifiées dans le PSNM • Définition/Révision d'indicateurs/SOP	Rapport COP 20-2021 Note conceptuelle VIH/TB 2018-2023 Annual PEPFAR Report 2020-2021 Rapport de travail avec les groupes cibles du CCM MESI SALVH	Focus group Revue documentaire Entretiens semi-structurés Revue des indicateurs	Partenaires d'implémentation : GHESKIO, PIH, CMMB, UGP, Housing Works, Serovie etc… Cadres du PNLS : Chefs de service, cadres travaillant dans la gestion des données
Les interventions proposées et définies dans le PSNM répondent-elles aux besoins et attentes des groupes cibles ?				

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
Des cibles/clients potentiels rejettent-ils les interventions du programme ? Pourquoi ?	• Degré de satisfaction des clients par rapport aux soins et services reçus • Indicateurs de produits à ajouter PreP, Dreams, OEV,			Fédération PVVIH (FEDAPH+) AFIAVIH, Association de la société civile : jeunes, professionnels du sexe
Questions d'évaluation 3.- Les activités réalisées et les services délivrés à date sont-ils justifiés et bien exécutés ? **Critères de jugement :** Les clients reçoivent les services et bénéfices attendus par le programme selon les normes définis et le niveau de qualité prévu				
Est-ce que les services fournis correspondent-ils aux besoins des bénéficiaires ? Est-ce que ceux qui fournissent les services le font de façon compétente ? Est-ce que le programme peut faire mieux dans la pratique (contingente à la technologie et aux connaissances scientifiques) ?	• Analyse de la Justesse du choix et Exécution compétente des interventions : Paquet de services, services reçus vs services prévus selon le paquet de service, • Niveau de compétences du personnel pour la prestation de services : Plan de formation, normes, guides, SOP • Projet d'amélioration continue de la qualité • Mentorat et Audit clinique trimestriel/Evaluation de la prestation des services (Contrôle de qualité) • Courtoisie et respect dans la prestation des services des professionnels de santé aux clients (humanisation des services, qualité des communications, stigmatisation/discrimination) • Convenance de l'environnement pour la prestation des services (espace physique, confidentialité, sécurité) • Adéquation de la prestation des services fournis par rapport aux normes sociales des clients	Grille d'observations Rapport d'évaluation de la prestation des soins Revue/Examen des dossiers des patients (EMR) Analyse documentaire (Stigma Index…) Rapport d'Evaluation des pratiques professionnelles Rapport d'évaluation des prestations de services Plans d'amélioration continue de la qualité des projets Registre des plaintes	Grille d'observation Focus group Revue documentaire Entretiens semi-structurés Revue des indicateurs	Partenaires d'implémentation : GHESKIO, PIH, CMMB, UGP, Housing Works, Serovie etc… Cadres du PNLS : Chefs de service, cadres travaillant dans la gestion des données Fédération PVVIH (FEDAPH+) AFIAVIH, Association de la société civile :

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
	• Accessibilité des services et des soins aux usagers : géographique, économique, sociale, temporelle (temps d'attente), ARV et labo, information de prévention • Adéquation du paquet de services avec les besoins des clients • Continuité des soins (référence et contre-référence) et Intégration des services Quelques indicateurs d'analyse Pourcentage de sites offrant des services VIH sans ruptures de stock ARV au cours des six derniers mois ? Pourcentage de femmes enceintes connaissant leur statut VIH dans les CPN ? Pourcentage de femmes sous TAR bénéficiant des services de PF ? # et % prescription ARV exécuté Pourcentage de patients PVVIH testes pour la TB et vice versa ? Taux de co-infection TB/VIH ? Taux de scolarisation chez les OEV ?			jeunes, professionnels du sexe Responsables de sites et Prestataires de soins sur le terrain

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
Questions d'évaluation 4) Quel est le niveau de réalisation du plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 à décembre 2020 ?				
Critères de jugement : Les résultats du programme VIH contribuent à l'atteinte des cibles prévus du PSNM 2018 – 2023 à décembre 2020				
Efficacité/Réalisation				
Quelles sont les contributions des réalisations obtenues par le programme VIH aux produits/résultats à court terme du PSNM ? Indicateurs d'alerte précoce	Adéquation des résultats obtenus par rapport aux cibles du cadre de performance du PSNM Revue des indicateurs du PSNM (Proposition de la liste) : Produits et Effets (si possible) Quelques indicateurs importants du programme VIH • Proportion de patients sous ARV à jour avec leur test de charge virale • Proportion de patients pour lesquels la prescription multi-mois a été utilisée de façon appropriée ? • Pourcentage de cas contacts au courant de leur statut VIH ? • Pourcentage de femmes sous TAR 12 mois après leur accouchement ? et de patients en soins 12 mois après leur initiation ?	MESI SALVH SAFE GAPREV Base de données communautaires (PLR) et PreP Rapport de progrès du programme VIH PEPFAR Annual Report 2020-2021 PSNM 2018-2023	Consultation des bases de données Triangulation des données Revue des indicateurs du PSNM	Chef de projet et Responsables de suivi-évaluation des PI, FM et CDC Cadres du PNLS : Chefs de service et conseillers techniques, cadres travaillant dans la gestion des données
Questions d'évaluation 5) que peut-on penser du poids du contexte et de la configuration structurelle du Programme sur les résultats souhaités par le plan stratégique national multisectoriel de riposte contre le VIH/sida 2018 – 2023 ?				
Critères de jugement : Le contexte socio-économique et politique de même que la configuration structurelle du Programme peuvent constituer des facteurs facilitants ou barrières, améliorant ou entravant, la mise en œuvre des interventions prévues du PSNM				
Viabilité/Durabilité				
Des évènements internes ou externes affectent-ils la mise en œuvre du programme VIH Existe-t-il d'autres facteurs institutionnels ou structurels qui influencent la prestation de services	• Réaction des acteurs et de la CTPNLS par rapport à l'influence de la COVID 19 sur la mise en œuvre/résultats du programme VIH, • Réaction des acteurs et de la CTPNLS par rapport à l'influence du contexte socio-politique (insécurité, séismes, cyclones) sur la mise en œuvre/résultats du programme VIH,	Plan de contingence du programme VIH Sustainability Index Dashboard (SID)	Revue documentaire Entretiens semi-structurés	UCMIT : Drs Deas et Pavel ONUSIDA, CDC, USAID, FM

Sous-questions d'évaluation	Indicateurs	Sources d'informations	Méthodes de collecte de données	Informateurs clés
	• Existence d'un plan de préparation et de réponses aux urgences actualise et de mitigation des risques inhérents au programme VIH • Mécanismes de coordination et relationnel avec les autres directions du MSPP et les PI • Intersectorialité Structure de gouvernance/Allocation des ressources • Evolution des budgets du MSPP consacrés au programme VIH • Degré de participation et d'appropriation des associations de la société civile dans la mise en œuvre du programme VIH			