



**Ministère de la Santé Publique et de la Population**  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

**Rapport REDES 2016**  
**Estimation du flux de ressources et dépenses liées au VIH/SIDA**

**Juin 2018**

## Table des matières

Liste des tableaux et graphes.....	5
Sigles et abréviations .....	6
Remerciements .....	9
Résumé exécutif.....	11
1. Profil d'Haïti .....	14
Contextes géographique et démographique .....	14
1.1 Contexte socio-économique .....	14
1.2 Contextes humanitaire et sécuritaire .....	15
1.3 Contextes religieux et culturel .....	16
1.4 Contexte sanitaire .....	16
1.5 Situation de l'épidémie du VIH en 2016.....	17
1.6 Réponse d'Haïti au VIH.....	19
1.7 Financement de la lutte contre le VIH/sida en Haïti.....	20
2. But, objectifs et méthodologie du REDES 2016.....	20
2.1 But REDES 2016.....	20
2.2 Objectifs REDES 2016.....	20
2.3 Méthodologie de l'élaboration du rapport 2016.....	21
2.3.1 Planification du processus d'élaboration du rapport 2016 .....	21
2.3.2 Collecte des données .....	21
2.3.3 Validation des données.....	21
2.3.4 Traitement des données .....	21
2.3.5 Analyse des données et interprétation des résultats .....	22
2.3.6 Rédaction du rapport.....	22
2.3.7 Validation du rapport.....	22
3. Mécanisme de financement .....	22
Rapport REDES 2016 Haiti	2

3.1 Le niveau international .....	22
3.2 Le niveau national .....	23
3.3 Limitations de l'estimation.....	24
4. Profil des dépenses liées au VIH .....	24
4.1 Répartition des dépenses par Sources de Financement.....	25
4.2 Répartition des dépenses par Agents de Financement .....	26
4.3 Répartition des dépenses par Prestataires de Services .....	27
4.4 Répartition des dépenses par Interventions (Activités).....	28
4.4.1 Analyse des dépenses effectuées en Soins et Traitement.....	30
4.4.2 Analyse des dépenses effectuées en Gestion et Administration de Programmes .....	31
4.4.3 Analyse des dépenses effectuées en Prévention.....	33
4.5 Répartition des dépenses par Populations Bénéficiaires.....	34
4.6 Répartition des dépenses par Facteurs de Production.....	36
5. Indicateurs liés à la réponse financière du pays .....	37
6. Analyse MOFF .....	39
7. Leçons apprises de la mobilisation et de l'utilisation des ressources dans le cadre de la riposte .....	40
8. Recommandations .....	40
9. Conclusion.....	41
10. Annexes.....	43
Annexe No. 1 Définition des vecteurs REDES .....	43
Annexe # 2 Parcours du financement de la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti en 2016 de la Source de Financement au Prestataire de Services.....	48
Annexe No. 3 Répartition par Sources de Financement des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016. ....	50
Annexe No. 4 Répartition par Agents de Financement des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016. ....	51

Annexe No. 5 Répartition par prestataires de services des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti en 2016. ....	52
Annexe No. 6 Répartition par Activités des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti en 2016.	53
Annexe No. 7 Répartition par Populations Bénéficiaires des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016. ....	56
Annexe No. 8 Répartition par Facteurs de Production des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016. ....	58

## Liste des tableaux et graphes

Graphe No. 1 : Carte géographique d'Haïti.....	13
Graphe No. 2 : Représentation graphique de l'effectif des PVVIH en 2016 selon qu'elles connaissent leur statut sérologique à la fin de 2016 .....	16
Tableau No. 1 : Répartition des points chauds des PrS en 2011 et 2016 Haïti.....	18
Tableau No. 2 : Répartition du niveau international selon l'appartenance de ses membres .....	22
Graphe No. 3 : Représentation de la tendance des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016.....	24
Tableau No. 3 : Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par FS de 2014 à 2016.....	25
Graphe No. 4 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon la Source de Financement .....	25
Tableau No. 4 : Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par FA de 2014 à 2016.....	26
Tableau No. 5 : Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par PS de 2014 à 2016.....	26
Graphe No. 5 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016selon le Prestataire de Services .....	27
Tableau No. 6 : Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Intervention de 2014 à 2016.....	28
Graphe No. 6 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon le domaine d'intervention .....	29
Tableau No 7 : Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Soins et Traitement. en Haïti. 2014 à 2016.....	30
Tableau No. 8 : Répartition des dépenses liées au VIH effectuées en Gestion et Administration de Programmes. Haïti. 2014 à 2016.....	31
Tableau No. 9 : Répartition des dépenses liées au VIH effectuées en Prévention. Haïti. 2014 à 2016.....	32
Tableau No. 10 : Répartition des dépenses liées au VIH/ sida effectuées en Haïti par Population Bénéficiaire de 2014 à 2016.....	34
Graphe No. 7 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti selon population bénéficiaire de 2014 à 2016.....	35
Tableau No. 11 : Répartition des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti par Facteur de Production de 2014 à 2016.....	35
Graphe No. 8 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon le Facteur de Production.....	36
Tableau No. 12 : Analyse des indicateurs économiques et financiers par rapport aux dépenses réalisées en VIH. Haïti. 2014 à 2016.....	36
Tableau No 13 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PNLS en relation avec le financement du Programme. 2016.....	38

## **Sigles et abréviations**

ARV	Anti Rétro Viraux
ASC	Aids Spending Categories (Catégories de Dépenses relatives au SIDA)
BM	Banque Mondiale
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BP	Groupes de Population Bénéficiaire
BRH	Banque de la République d'Haïti
CAA44	Fonds Canadiens
CCM	Comité de Coordination Multisectoriel
CDC	Center for Disease Control
CDS	Centres du Développement et de la Santé
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CPFO	Centre De Promotion Des Femmes Ouvrières
CPN	Consultation Pré Natale
CT	Coordination Technique
DHS	Demographic and Health Survey
DS	Directions Sanitaires
FA	Agent de Financement
FM	Fonds Mondial
FMP	Faculté de Médecine et de Pharmacie
FORSEF	Fondation pour la Santé Reproductrice et l'Éducation de la Famille
FS	Sources de Financement
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting
GPRHCS	Global Program Reproductive Health Commodities Supplies
HARSAH/HSB	Hommes ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
IBBS	Integrated Behavioral and Biological Surveillance

IDH	Indice de Développement Humain
IDHI	Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
ILO/BWH	International Labour Organization/Better Work Haiti
GBTI	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Intersexués
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MENFP	Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la Stabilité en Haïti
MHTF	Maternal Health Thematic Fund
MJSAC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique
MOFF	Menaces – Opportunités – Forces – Faiblesses
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MHTF	Maternal Health Trust Funds
NASTAD	National Alliance of States and Territorial AIDS Directors
n.c.a	Non classifiés (es) ailleurs
n.v.n	Non ventilés (es) par nature
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing Social pour la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'Egalité des sexes et l'autonomisation des femmes
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
PEPFAR	Plan d'Urgence Présidentiel pour l'Aide contre le Sida
PF	Facteurs de Production

PAAR	Prioritized Above Allocation Request
PIB	Produit Intérieur Brut
PIH	Partners In Health
PNH	Police Nationale d'Haïti
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNST	Programme National de la Sécurité Transfusionnelle
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POZ	Promoteurs Objectif Zéro SIDA
PROFAMIL	Association pour la Promotion de la Famille Haïtienne
PrS	Professionnelles du Sexe
PS	Prestataires de Services
PSI	Population Services International
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
REDES	Ressources et Dépenses relatives au SIDA
RHJS	Réseau Haïtien de Journalistes en Santé
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TAR	Traitement Antirétroviral
UBRAF	Unified budget Results accountability Framework
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour La Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VDH	Volontariat pour le Développement d'Haïti
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violence Sexuelle Basée sur le Genre



## Remerciements

Le rapport REDES 2014 – 2015 avait répondu aux attentes de tous les commanditaires grâce au support incondtionnel des partenaires du PNLS. Cette année encore, ils se sont donnés à plus de 100%. D'autres partenaires se sont même associés au processus pour enrichir encore plus le rapport REDES de l'année 2016. La réussite de cet exercice est en train de prendre valeur de culture pour le PNLS grâce à la collaboration sans condition de ses partenaires. Nous prenons donc grand plaisir à présenter nos remerciements sincères et mérités à tous les partenaires du PNLS (Sources de Financement, Agents de Financement et Prestataires de Services) qui n'ont pas ménagé leurs efforts et se sont courbés aux exigences de l'exercice pour rendre possible, cette année, la production d'un document encore plus fiable, parce que plus complet. En effet, même un nouveau Ministère s'est joint au processus faisant passer le nombre d'instances étatiques ayant participé au REDES 2016 à trois (3) au lieu des deux (2) du dernier rapport.

Nous remercions d'une façon spéciale Dr Fleurimonde CHARLES, principal responsable de la collecte des informations et de la rédaction du rapport REDES 2016, pour son dévouement et sa persévérance.

Nous prenons donc le temps de présenter des remerciements singuliers à nos collaborateurs qui luttent à nos côtés, tous les jours, pour renforcer les capacités de leadership et d'instance régulatrice de la Coordination du PNLS ainsi que la qualité des services de prise en charge des IST- VIH/sida. Nos remerciements vont donc à:

M Laurent BONNEAU, Ambassade de France

Mlle Anne Mutchelle BEAUBRUN, CDC

Dr Samuel A. MARTINEZ, CDC

Dr Valérie PELLETIER, CDC

M Serge KLAN, Evalueur indépendant

Mme Darneley SAINT-VILUS, Fondation TOYA

Mme Nadine LOUIS, Fondation TOYA

Dr Margarette BURY, HTW

Mme Claudine FRANCOIS, ILO

Mme Rose Anna JEANTY, ILO

Dr Jacques BONCY, LNSP

Mme Christiane SAINT-LOUIS, MCFDF

Mme Eugénie JEROME LYBERAL, MCFDF

M Raguel Olivier JEAN-CHARLES, MCFDF

M Max BUTEAU, MJSAC

M Olivier Sterne PIERRE, MJSAC  
M Claude PADOVANY, MSPP  
Dr Jean Patrick ALFRED, MSPP  
Dr Anthony MONFISTON, OPS/OMS  
Mme Liliana Pardo GUERRERO, ONU-Femmes  
M Wanick CHARLES, ONU-Femmes  
Dr Yafflo OUATTARA, ONUSIDA  
Dr Valérie TOUREAU, ONUSIDA  
Mme Nina WADHWA, PEPFAR  
Dr Fernet LEANDRE, PIH  
M Arklin DUMENY, PIH  
Dr Yves-Gérard PIERRE-LOUIS, PSI-OHMaSS  
Mme Soledad BRUTUS, PSI-OHMaSS  
Mme Geneviève DALMAND-PIERRE, UNESCO  
Mme Marie Josée SALOMON, UNFPA  
Dr Nahomie ANTOINE, UNFPA  
Dr Leonard KOUADIO, UNICEF  
Dr Mireille TRIBIE, UNICEF  
Mme Marie-Michelle BERCY, USAID  
Mme Jeanne Marcia TANCIL, USAID  
Mme Régine JEAN-FRANCOIS, USAID

La collaboration des Directions Départementales a été inestimable. Aussi tenons-nous à dire un « Merci » très spécial aux Directeurs et Administrateurs départementaux pour leur appui au REDES de l'année 2016.

La liste de collaborateurs à l'élaboration du rapport REDES de l'année 2016 est tellement longue que le risque d'avoir oublié certains est grand. Aussi, nous voulons dire à ceux que nous avons peut-être omis d'ajouter à la liste que leur participation n'est pas pour autant moins appréciée. Merci à tous !

## Résumé exécutif

ONUSIDA propose régulièrement de nouvelles stratégies de lutte appuyées par des évidences scientifiques, des objectifs intermédiaires et des recommandations solides permettant un meilleur suivi de la gestion des Programmes Nationaux. Aussi, la stratégie « Mettre fin au VIH d'ici à 2030, les villes s'engagent » a été adoptée lors de la commémoration de la journée mondiale du VIH de 2014 par les maires des cinquante (50) villes mondiales à plus forte prévalence dont Port-au-Prince. Ils se sont alors officiellement engagés à respecter la « Déclaration de Paris », document comprenant plusieurs objectifs à atteindre notamment celui des 90-90-90 en 2020 et celui des 95-95-95 en 2030. De même, le rapport REDES qui devait avant se soumettre à un rythme biannuel doit à présent respecter une cadence annuelle.

La Coordination du PNLs s'est souscrite à toutes ces recommandations de l'ONUSIDA. Après avoir adopté l'objectif des 90-90-90 au second semestre de l'année 2016, elle a participé à l'atelier réalisé avec les maires de la région métropolitaine du département de l'ouest les 8 et 9 décembre 2016 et le rapport REDES de l'année 2016 est le sixième du genre et il est présenté un an après la soumission du cinquième qui couvrait la période 2014- 2015.

Au cours de l'année 2016, la population d'Haïti a augmenté de 166 214 habitants passant à 11 078 033 habitants avec des densités départementales variant de 835 à 270 habitants/Km<sup>2</sup>.

Haïti est le seul pays francophone indépendant des Caraïbes et occupe le 163<sup>ème</sup> rang sur les 188 pays dont l'indice de développement humain (IDH) a été évalué par le PNUD en 2016, soit un IDH de 0,493. Les catastrophes naturelles qui se sont abattues sur le pays durant l'année 2016 ne sont pas étrangères à cette régression (en 2015, Haïti était à la 161<sup>ème</sup> place). En effet, selon une estimation faite par la Banque Mondiale (BM) et la Banque Interaméricaine de Développement (BID) les pertes enregistrées lors du passage du cyclone Matthew en octobre 2016 s'élèveraient à 1,9 milliards de dollars, soit 22% du PIB.

La vulnérabilité d'Haïti face aux épidémies ne s'est pas démentie en 2016. Après le cyclone Matthew, l'épidémie de choléra a connu une recrudescence qui a été vite contrôlée grâce au support des partenaires du MSPP notamment l'OMS qui a entrepris une campagne de vaccination dans le grand Sud, région la plus frappée par la catastrophe.

Depuis l'enquête EMMUS V qui avait révélé une prévalence de 2,2% la situation de l'épidémie s'est stabilisée. Les dernières estimations du PNLs, à la fin de 2015, ont même fait état d'une prévalence du VIH 2% chez les personnes âgées de 15 – 49 ans (2,5% chez les femmes contre 1,5% chez les hommes), prévalence confirmée par l'EMMUS VI.

Pour une meilleure appréciation de l'évolution du financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA en Haïti, ce rapport REDES s'est intéressé non seulement aux informations financières de l'année 2016 mais encore à la comparaison de ces données avec celles du rapport antérieur qui avait couvert une période de deux (2) ans (2014 et 2015). Cette approche a permis de mettre en évidence que la tendance à la baisse des subventions au programme VIH/sida observée alors est maintenue : de 137 722 259 USD en 2014, le financement de 2015 était passé à 127 773 951 USD (7,24% de réduction) et en 2016 les fonds alloués au programme sont de 110 600 638 USD, soit une nouvelle réduction de 13,44%. En comparant les montants injectés dans la lutte contre le VIH /sida de 2014 à 2016, le pourcentage global de la réduction est de

19,71% avec une moyenne annuelle de 10,34%. Le taux de réduction de 2016 est donc sensiblement supérieur à la moyenne annuelle.

Le profil de la provenance des fonds n'a pas connu de grandes modifications en 2016. Le Secteur Privé haïtien ne contribue toujours pas au financement des activités de lutte contre le VIH. Le niveau international reste le plus grand pourvoyeur du PNL (96,93%). Toutefois, un nouvel Agent de Financement public s'étant joint au processus cette année, le pourcentage des fonds attribuable au secteur public a connu une nette augmentation passant de 2,09% des dépenses liées au VIH-sida en 2015 à 3,07% en 2016, soit un montant de 2 664 832 USD en 2015 contre 3 392 830 USD en 2016.

L'analyse de la répartition des fonds par Prestataires pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH montre que le pourcentage confié aux entités internationales a baissé : de 51% en 2015, il est passé à 49,30%. Le Secteur Public a reçu 26,94% du financement de 2016 contre 27,01% en 2015. Les « Prestataires non classifiés ailleurs » avaient bénéficié de 2,85% du financement de 2015 contre 2,62 en 2016. Même si les pourcentages du financement accordés à ces secteurs présentent une certaine stabilité, ils ont tous perdu en valeurs absolues. Les quelques décimaux du pourcentage qui leur ont été enlevés ont été attribués au Secteur Privé : de 19,13% du financement bénéficiés en 2015, le pourcentage en 2016 a été de 21,13%.

Quoique les montants alloués aient été révisés à la baisse, les trois grands axes d'activités, « Soins et Traitement », « Prévention » et « Gestion et Administration de Programmes », absorbent encore plus de 80% des dépenses. Cependant, l'ordre a été inversé. Si les « Soins et Traitement » continuent à occuper la première place, la « Gestion et Administration de Programme » est passée du troisième au deuxième rang au détriment de la « Prévention ». Les montants suivants ont été dépensés : « Soins et Traitement » 39 809 255 USD (60 271 725 USD en 2015) ; « Gestion et Administration de Programmes » 29 722 364 USD (23 617 745 USD en 2015) ; Prévention 23 750 86 USD (26 112 147 USD en 2015).

Malgré la réduction du financement, la distribution des dépenses par « Populations Bénéficiaires » respecte les grandes lignes de la politique du PNL. En effet, 70% du montant ont été dépensés pour la prise en charge des PVVIH et 12,95% au bénéfice des « Autres Groupes de Population-clé », catégorie incluant les LGBTI.

La répartition des dépenses par Facteurs de Production affiche le même profil que les années antérieures : plus de 95% du financement ont été absorbés par les dépenses de fonctionnement alors qu'un peu plus de 4% ont été investis dans les dépenses en capital. Le renforcement des infrastructures du secteur santé devra donc venir de l'Etat Haïtien.

L'analyse des indicateurs économiques et financiers par rapport aux dépenses effectuées en VIH pour l'année 2016 a révélé que celles-ci représentaient 1,38% du PIB et que 0,18% du budget national a été consacré aux activités de lutte contre le VIH. Les dépenses globales en VIH correspondaient à 187% de celles faites à partir des fonds du Trésor Public pour tout le secteur santé haïtien.

Certaines recommandations du rapport précédent ont été appliquées et les résultats sont observés dans la qualité des données de 2016 et la distribution du financement en fonction des axes du PSNM et des différents vecteurs proposés par l'ONUSIDA. Cependant, le niveau de

performance attendu de la gestion des fonds injectés dans le Programme contre les IST/VIH/SIDA n'est pas encore atteint. Dans cette quête d'amélioration de la performance, il y a donc lieu de formuler de nouvelles recommandations ou de reprendre/reformuler celles dont l'application n'a pas été observée ou ne l'a été qu'en partie :

- Intensifier le plaidoyer auprès des instances étatiques pour augmenter de manière plus substantielle l'apport du Trésor Public dans les dépenses en VIH.
- Renforcer les capacités de gestion et de mise en œuvre de certains axes du Programme au niveau du PNLS.
- Entreprendre le plaidoyer pour augmenter la part du MSPP dans le budget national et, par conséquent, celle octroyée au PNLS par son instance de tutelle.
- Entreprendre l'évaluation de l'efficacité de la stratégie d'accompagnement des OEV, unique rubrique du Programme avec des dépenses dépassant les prévisions du PSNM.
- Faire le plaidoyer auprès du secteur privé des affaires pour obtenir leur contribution dans le financement des activités de lutte contre le VIH-sida en Haïti.

Si le degré de fiabilité du rapport REDES 2014- 2015 était déjà appréciable, celui de 2016 a encore gagné en fiabilité grâce à la qualité des informations fournies par les Agents de Financement et les Prestataires. Cependant, le suivi des nouvelles recommandations devra encore améliorer la qualité des rapports futurs tout en rapprochant le PNLS de son objectif d'arriver à une meilleure rationalisation, rentabilité et efficience des investissements consentis pour la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti.

# 1. Profil d'Haïti

## Contextes géographique et démographique

Selon les données publiées sur le site PopulationData.net et confirmées par IHSI, la République d'Haïti occupait en 2016 le 82<sup>ème</sup> rang mondial sur les 252 pays et territoires existants en termes de population avec 11 078 033 habitants, soit une densité de 399 habitants/Km<sup>2</sup>. Il existe entre les départements de très grandes disparités de la densité. Des dix (10) subdivisions géographiques d'Haïti, le département de l'Ouest, dans lequel se situe la Capitale, Port-au-Prince, est le plus peuplé avec une densité de 835 habitants/Km<sup>2</sup>. Il est suivi par l'Artibonite, le plus vaste département du pays, avec une densité de 347 habitants/Km<sup>2</sup> alors que les Nippes, le plus petit des départements d'Haïti en termes de superficie affiche une densité de 270 habitants/Km<sup>2</sup>.



Graphique No. 1 : Carte géographique d'Haïti

La République d'Haïti est le seul pays francophone indépendant des Caraïbes quoique le créole ait aussi été déclaré langue officielle dans la Constitution de 1987<sup>1</sup>.

En 2016, le sexe ratio de la population générale était plus bas que la référence mondiale : 984 hommes pour 1 000 femmes contre 1 016 hommes pour 1 000 femmes<sup>2</sup> au niveau mondial.

### 1.1 Contexte socio-économique

La gourde, monnaie nationale, a connu une forte dépréciation au cours de l'année 2016 par rapport à 2015. De 56,54 gourdes pour un dollar en décembre 2015, le taux de change moyen était déjà passé à 58,15 gourdes pour un dollar en janvier 2016 pour se retrouver à la barre de 67,26 gourdes pour un dollar en décembre 2016<sup>3</sup>. La conversion des montants en gourdes se fera en utilisant le taux moyen rapporté par la BRH au sixième mois de l'année 2016, soit 62,58

<sup>1</sup> Le Moniteur No. 36

<sup>2</sup> <http://countrymeters.info/fr/Haiti>

<sup>3</sup> Banque de la République d'Haïti taux de change décembre 2016.

gourdes pour un dollar américain. Cette dépréciation constante de la gourde ajoutée à la faiblesse de la production agricole explique qu'en Janvier 2016, le taux d'inflation, mesuré par la variation de l'indice de prix à la consommation, valait déjà deux fois celui enregistré au mois de mai 2015, soit 13,3%.

Les catastrophes naturelles, telles que le cyclone Matthew, qui ont frappé le pays en 2016 n'ont pas aidé à l'amélioration des indicateurs socio-économiques. En effet, les pertes et dommages enregistrés lors de ce meurtrier et dévastateur ouragan ont été estimés par la Banque mondiale (BM) et la Banque Interaméricaine de Développement (BID) à 1,9 milliards de dollars, soit 22% du PIB.

En 2012, le coefficient de GINI d'Haïti était de 0,61 ce qui a fait classer le pays parmi les plus inégalitaires du monde<sup>4</sup>.

## ***1.2 Contextes humanitaire et sécuritaire***

De la 161<sup>ème</sup> position en matière de développement humain qu'elle occupait en 2015 sur 187 Etats évalués, Haïti aurait chuté de deux points en 2016<sup>5</sup>. Selon le rapport de développement humain 2016, elle était le 163<sup>ème</sup> pays sur 188 avec l'indice de développement humain (IDH) le plus bas, soit 0,493<sup>5</sup>. Cependant, le classement doit être pris avec beaucoup de réserve à cause des révisions apportées à la définition des indicateurs.

L'estimation de l'IDHI a fait chuter l'IDH à 0,298, soit une réduction de 39,6% attribuable aux inégalités existant dans la société haïtienne dans les trois dimensions prises en compte par l'IDH : l'espérance de vie à la naissance, la durée moyenne de scolarisation sur la durée attendue de scolarisation et le PIB par habitant. Comme indiqué en introduction, l'IDH et les classements selon l'IDH dans le rapport de cette année ne sont pas comparables avec ceux des rapports précédents (y compris l'IDH 2015) en raison du nombre de révisions apportées aux indicateurs.

D'une manière générale, la situation humanitaire d'Haïti a été marquée en 2016 par une recrudescence de l'épidémie de choléra, par la crise migratoire binationale qui a augmenté le nombre de personnes déplacées vivant encore dans les camps depuis le séisme de 2010 suite au refoulement des migrants de la République Dominicaine et par le passage du cyclone Matthew qui a affecté plus de 2,1 millions de personnes dont 1,4 millions avec des besoins humanitaires urgents<sup>6</sup>.

La MINUSTAH, dans sa mission de garantir la stabilité politique en Haïti, aide encore la PNH à assurer la sécurité des vies et des biens. Toutefois, les actes d'insécurité enregistrés dans toutes les capitales pauvres du monde sont aussi perpétrés dans la capitale d'Haïti, Port-au-Prince.

---

<sup>4</sup> [http://siteresources.worldbank.org/EXTANNREP2012/Resources/8784408-1346247465400/AnnualReport2012\\_Fr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTANNREP2012/Resources/8784408-1346247465400/AnnualReport2012_Fr.pdf)

<sup>5</sup> [http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_FR\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_FR_Overview_Web.pdf)

<sup>6</sup> Plan de réponse humanitaire 2017-2018, Haïti

### **1.3 Contextes religieux et culturel**

Les résultats de l'EMMUS VI montrent que les protestants sont majoritaires, que ce soit chez les femmes (56%) ou chez les hommes (45%). Les catholiques viennent en deuxième position avec 35% des femmes et 36% des hommes. Parallèlement, d'autres religions, telles l'Islam, le Judaïsme et la Scientologie, sont en train de s'introduire timidement dans le pays depuis le séisme de 2010. Comme les catholiques et les protestants, elles implantent des écoles, des institutions sanitaires, des orphelinats. Ces religions sont pratiquées par environ 4,6% de la population<sup>7</sup> et des sociologues attribuent ce phénomène à la misère et au chômage. A date, il existe plus d'une trentaine de mosquées en Haïti. Toutefois, le vaudou reste la religion culturelle des Haïtiens.

Haïti est un pays d'une très grande richesse culturelle. Sa diversité culturelle découle de deux (2) facteurs : sa situation géographique et son histoire marquée par la succession de plusieurs ethnies: africaine, française, hispanique et américaine. L'expression culturelle la plus répandue en Haïti est la peinture inspirée par les reliefs et l'héritage historique du pays.

### **1.4 Contexte sanitaire**

La situation sanitaire d'Haïti n'a pas connu de grandes avancées au cours de l'année 2016. En effet, si les autorités sanitaires nationales ont voulu, avec l'aide de leurs partenaires, améliorer l'offre des services, l'ouragan Matthew a vilipendé leurs efforts au dernier trimestre de l'année. Le grand sud, particulièrement les départements du sud et de la grande-anse, a été très atteint. Un tiers des institutions de santé a été affecté. Les besoins pour relever et renforcer le secteur santé ont été estimés à 28 millions de dollars par la banque mondiale.

Suite au passage du cyclone Matthew, il y a eu une recrudescence des cas de choléra. Une campagne de vaccination de dix (10) jours a été lancée par l'OMS Haïti et a permis d'appliquer 769 990 doses de vaccin, soit 94,2% de la population ciblée. Ce qui a permis d'enrayer l'épidémie dans cette région.

Les indicateurs de santé materno-infantile témoignent à eux seuls de la situation sanitaire d'un pays. Certains ont donc été tirés de l'EMMUS VI et sont ci-dessous partagés avec le lecteur :

- 91% des femmes qui ont eu une naissance vivante avaient reçu des soins prénatals d'un prestataire formé par rapport aux 85% rapportés par l'EMMUS V.
- 42% des naissances vivantes enregistrées au cours des cinq (5) dernières années ont été assistées par un personnel formé dont 39% en milieu hospitalier.
- 33% des femmes ont bénéficié de soins postnatals 48 heures après l'accouchement au cours des deux (2) dernières années.
- 41% des enfants de 12 – 23 mois ont reçu tous les vaccins de base.
- 49% des enfants de 12 -23 mois sont partiellement vaccinés.
- 10% des enfants de la même tranche d'âge n'ont reçu aucun vaccin.
- 18% des enfants sont complètement vaccinés.

---

<sup>7</sup> Wikipedia en ligne

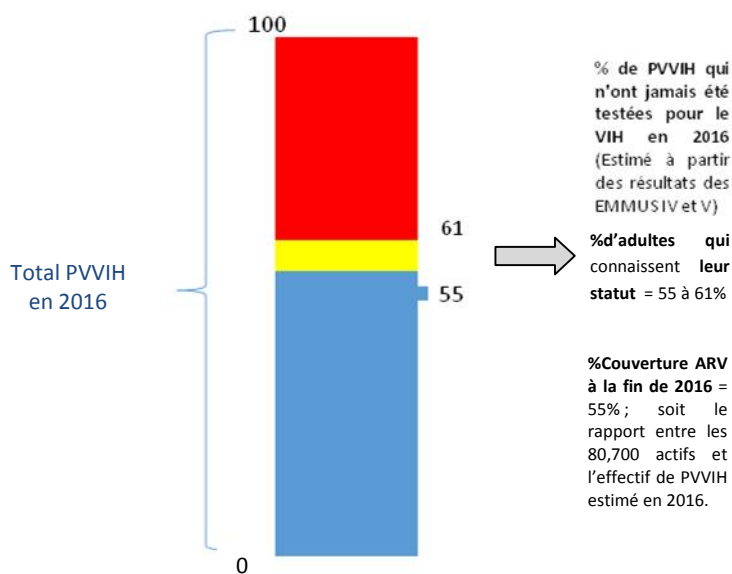


- 22% des enfants de moins de 5 ans présentent une malnutrition chronique manifestée par un déficit de croissance.
- 4% des enfants sont émaciés et 10% souffrent d'insuffisance pondérale.
- 66% des enfants présentent une anémie.
- 49% des femmes de 15 – 49 ans sont atteintes d'anémie.
- Mortalité infantile : 59/1 000.
- Mortalité juvénile : 81/ 1 000.

### 1.5 Situation de l'épidémie du VIH en 2016

A la veille de la journée mondiale du sida de 2016, la CT du PNLS a fait une évaluation des résultats nationaux par rapport aux trois (3) 90 dont voici les conclusions :

Pour déterminer le pourcentage de PVVIH avec statut connu, elle a utilisé la méthode se référant aux résultats des enquêtes DHS. A partir des résultats des EMMUS IV et V, les données ont été extrapolées sur 2016. Les calculs ont dévoilé qu'à la fin de 2016, 39% d'adultes n'auraient jamais effectué un test de dépistage du VIH en Haïti. De l'ensemble des PVVIH estimées en 2016, on a pu déterminer que le pourcentage de PVVIH connaissant leur statut se situerait entre 55 et 61%, soit environ 58%. Ce qui correspondrait à un effectif de 87 580 personnes séropositives<sup>8</sup>.



**Grappe 2.- Représentation graphique de l'effectif de PVVIH en 2016 selon qu'elles connaissent leur statut sérologique à la fin de 2016. MSPP/PNLS, Haïti, 2016.**

**Source : Bulletin épidémiologique No. 13 de la CT du PNLS**

Le nombre de patients positifs placés sous traitement a connu une augmentation de 13% en 2016 par rapport à 2015. A la fin du mois de décembre 2016, en se référant à MESI, il y avait 83 196 patients sous ARV contre 67 000 à la fin de 2015. Cependant, la cible « 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un TAR » est encore loin d'être atteinte. En effet, elle ne pourrait être évaluée de manière satisfaisante tant que les données de dépistage ne seraient pas complètes et fiables. Aussi l'OMS a-t-elle, dans ses lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques de Mai 2015, recommandé que cette cible soit évaluée par rapport

<sup>8</sup> Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti No. 13 de la CT du PNLS.

au nombre total de PVVIH. Selon les statistiques programmatiques et les estimations basées sur le modèle Spectrum de l'ONUSIDA, la couverture du TAR s'établissait à 55% à la fin de 2016, contre 42% en 2015.

Même quand les progrès sont palpables, l'objectif du second 90% est encore loin d'être atteint et la CT du PNLs doit redoubler d'efforts pour s'approcher graduellement de la cible jusqu'à l'atteindre en 2020. L'un des défis majeurs à relever est l'amélioration du taux de rétention à 12 mois. Les résultats de l'enquête de rétention réalisée en 2016 ont révélé que la proportion de patients ayant initié un traitement et encore actifs au bout de 12 mois ne cesse de diminuer depuis 2011<sup>9</sup>. Le rapport de cette enquête indique qu'en 2016, seulement 68% des nouveaux enrôlés continuaient à s'approvisionner après les 12 premiers mois d'initiation aux ARV. Sur le plan spatial, ce taux est compris entre 53% dans le département du Centre et 79% dans le celui Sud du pays.

Par rapport au 3<sup>ème</sup> 90, indicateur de la réussite du traitement et de la diminution du risque de transmission, la CT du PNLs estime que la couverture est faible car les tests de charge virale ne sont pas systématiquement réalisés, ni rapportés. De concert avec ses partenaires impliqués en suivi et évaluation du VIH/SIDA, la CT du PNLs a pris de nouvelles dispositions pour que, dans un avenir pas trop lointain, les données générées par la phase d'extension du test de charge virale à large échelle soient disponibles sur MESI. D'un autre côté, avec CDC et le LNSP, elle avait mené un projet pilote d'évaluation de la charge virale au niveau de cinq (5) importants établissements sanitaires situés dans le département de l'ouest. Entre juillet 2013 et mars 2015, 3 829 échantillons ont été soumis à une première série de tests. Les résultats ont révélé que 67% des patients avaient une charge virale indétectable (VL < 1 000 copies/ml)<sup>10</sup>. En attendant de disposer de données plus robustes offrant un certain degré d'exhaustivité, ce résultat peut servir d'appréciateur pour permettre de compléter la cascade de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH au niveau national.

Par rapport aux populations clés, il n'y a pas eu de nouvelle surveillance biologique et comportementale en 2016. Les estimations des chiffres de prévalence de 2014 servent encore de référence pour les HARSAH et les PrS : 12,9% et 8,7% respectivement<sup>11</sup>. Cependant, l'étude PLACE 2016 a identifié dans le sud de nouveaux points chauds des PrS. Selon les données de cette étude, de 738 répertoriés en 2011, le nombre de points chauds identifiés et validés en 2016 est passé à 2 339. Il est à signaler que le nombre de points chauds identifiés à travers les entretiens réalisés avec les policiers, chauffeurs de taxi, leaders locaux, vendeurs de rues, pairs éducateurs équivalait au double du nombre validé et rapporté dans le document de référence.

L'augmentation des points chauds a interpellé la CT du PNLs à intensifier les interventions visant les jeunes à cause des risques de prostitution liés à la situation économique du pays et du profil spécial des PrS en Haïti : les PrS occasionnelles sont légion. Il est donc difficile de recenser toutes les PrS, car elles peuvent appartenir à n'importe quelle autre catégorie de la population. On trouve même des PrS étudiantes, des PrS cadres qui se livrent à cette activité pour arrondir leur fin de mois.

---

<sup>9</sup> MSPP/PNLs. Rétention des patients sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, MSPP/PNLs, Haïti, 2016.

<sup>10</sup> Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti No. 13 de la CT du PNLs.

<sup>11</sup> IBBS 2014

**Tableau No. 1****Répartition des points chauds des PrS par département en 2011 et en 2016. Haïti.**

Département	Nombre de points chauds validés		Pourcentage de variation
	En 2011	En 2016	
Artibonite	90	537	496,66%
Centre	51	90	76,47%
Grande-anse	44	23	-52,27%
Nippes	25	49	96,00%
Nord	76	110	44,74%
Nord-est	39	115	194,87%
Nord-ouest	45	152	237,78%
Ouest	240	1 001	317,08%
Sud	54	170	214,81%
Sud-est	64	92	43,75%
<b>Total</b>	<b>728</b>	<b>2 339</b>	<b>221,29%</b>

Source : Place 2016.

Hormis la Grande-anse où le nombre de points chauds a diminué, les données du tableau No. 1 témoignent de l'augmentation inquiétante des points dans les autres départements du pays avec des taux variant de 43,7 à 496,66%.

### **1.6 Réponse d'Haïti au VIH**

L'introduction du dépistage communautaire après la validation des tests rapides par le LNSP, devra contribuer à améliorer le dépistage d'une manière générale et en particulier chez les HARSAH et les PrS.

En plus de s'être souscrite à l'objectif des 90 – 90 – 90 proposé par l'ONUSIDA pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon de 2030, la Coordination Technique a adopté, depuis le second trimestre de l'année 2016, la stratégie prometteuse en matière de contrôle de l'épidémie du VIH/sida : « Dépister et Traiter ». Cette nouvelle approche, appuyée par les nouvelles recommandations de l'OMS sur l'initiation du TAR sans tenir compte des CD4, a apporté une amélioration significative des résultats du programme.

De concert avec ses partenaires impliqués en suivi et évaluation du VIH sida, la CT du PNLS a pris de nouvelles dispositions pour que, dans un avenir pas trop lointain, les données générées par la phase d'extension du test de charge virale à large échelle soient disponibles sur MESI.

Le problème des éventuels doublons sera adressé par l'extension du système d'identification au moyen d'empreinte digitale des PVVIH enrôlés et l'amélioration de la rétention par la mise en œuvre des recommandations de l'étude sur le taux de rétention à six (6) et neuf (9) mois.

Pour réduire le taux d'incidence du VIH chez les PrS, la CT du PNLS va étendre les activités visant ce groupe au-delà des maisons closes et de points chauds identifiés en 2016 (disponibilité des condoms dans tous les hôtels, réalisation de cliniques mobiles en dehors des heures de travaux des PrS, utilisation des réseaux sociaux pour la sensibilisation massive, etc.)

Les priorités d'intervention de la CT du PNLS se basent donc désormais sur (i) les insuffisances et les acquis de la mise en œuvre du PSNM 2012-2015 (étendu en 2018), (ii) l'accès universel, (iii) les objectifs 3 zéro : (zéro nouvelle infection, zéro décès, zéro discrimination) (iv) l'objectif 90-90-90, (v) la volonté d'atteindre l'élimination de la transmission du VIH de la mère à

l'enfant, (vi) la stratégie dite de la voie accélérée (fast-track), (vii) le renforcement des réponses locales et la stratégie « ville et VIH ».

### **1.7 Financement de la lutte contre le VIH/sida en Haïti**

La mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA en 2016 a été rendue possible à 94,16% grâce au support de deux (2) grands bailleurs: le PEPFAR à hauteur de 81,08% et le Fonds Mondial à 13,08%. Les 2,77% restants de l'aide internationale ont été couverts par d'autres partenaires tels : l'ONUSIDA, la MINUSTAH, l'Ambassade de France, Taiwan, la Suisse, les fonds canadiens, l'UNFPA, l'OPS/OMS, l'UNESCO, l'UNICEF, PIH, etc.... (Tableau No. 4).

Face à l'ampleur du problème et de ses implications sociales, l'Etat d'Haïti s'est impliqué davantage dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2016 à travers d'autres ministères qui sont venus appuyer les efforts du MSPP et de ses partenaires : MCFDF, MAST, MJSAC, MENFP. L'approche multisectorielle prônée par la CT du PNLs dans ses derniers PSNM et le plaidoyer qui est fait autour attirent de plus en plus d'acteurs du secteur public dans la mise en œuvre des activités du Programme quoique, dans beaucoup de cas, les activités sont réalisées en partenariat avec d'autres instances, sans investissement direct du Trésor Public. C'est le cas pour le MAST et le MENFP.

## **2. But, objectifs et méthodologie du REDES 2016**

La Coordination Technique du PNLs, avec l'appui de l'ONUSIDA et de PSI/OHMaSS, a établi le but et les objectifs suivants dans les termes de référence du rapport des Ressources et Dépenses relatives au Sida pour l'année 2016.

### **2.1 But REDES 2016**

➤ Évaluer le flux des ressources et dépenses relatives au VIH/sida au cours de l'année 2016.

### **2.2 Objectifs REDES 2016**

- ❖ Examiner les flux financiers liés à la riposte nationale à l'épidémie du VIH en 2016.
- ❖ Suivre les transactions financières de 2016 depuis leur origine jusqu'à leur destination finale.
- ❖ Étudier les indicateurs liés à la réponse financière du pays en 2016.
- ❖ Évaluer les ressources et dépenses affectées aux interventions dans les autres domaines liés à la riposte au VIH/sida en 2016.
- ❖ Dégager les écarts et les leçons apprises de la mobilisation et de l'utilisation des ressources dans le cadre de la Riposte nationale au VIH en 2016.
- ❖ Formuler des recommandations pertinentes permettant aux décideurs haïtiens d'améliorer le suivi et la gestion des ressources allouées au Programme haïtien de lutte contre le VIH/sida.

### **2.3 Méthodologie de l'élaboration du rapport 2016**

Les quatre (4) grandes étapes recommandées par l'ONUSIDA ont été respectées dans l'élaboration du rapport REDES 2016. Toutefois, ces étapes ne visant que le processus devant aboutir à la disponibilité des données financières, deux (2) autres étapes ont été ajoutées à la méthodologie décrite par l'ONUSIDA : la rédaction du rapport et sa validation par la Coordination du PNLS et ses partenaires.

La CT du PNLS s'est appropriée depuis 2016 du processus d'élaboration des rapports REDES. L'expérience antérieure a donc rendu l'exercice REDES 2016 plus aisé. Toutefois, la méthodologie de l'ONUSIDA a servi de phare tout au long du processus afin de garantir non seulement la fiabilité des informations mais aussi la comparabilité des données des deux (2) rapports (2014 – 2015 et 2016).

#### **2.3.1 Planification du processus d'élaboration du rapport 2016**

Après les réunions d'échange avec la Coordination Technique du PNLS pour discuter des attentes du programme par rapport à la validité et la fiabilité des données, les mécanismes d'approches et le nombre d'Agents de financement (FA) connus, le formulaire de recueil des données a été révisé en fonction de l'expérience précédente. Ce formulaire a été envoyé par courriel aux FA et à certains Prestataires. En effet, l'une des recommandations du rapport REDES 2014 – 2015 était de recueillir certaines informations auprès des prestataires afin de réduire le pourcentage des dépenses « Facteurs de production, données non ventilées par type ».

#### **2.3.2 Collecte des données**

Les trois (3) dimensions et les six (6) catégories recommandées par ONUSIDA étaient incluses dans le formulaire. Selon le statut du répondant, il devait remplir l'un ou l'autre des deux (2) tableaux du formulaire et dans certains cas les deux (2) : celui des Agents de Financement et/ou celui des Prestataires de Services.

Certains FA ont rempli le formulaire qu'ils ont renvoyé par courriel. D'autres ont bénéficié d'une ou de plusieurs visites pour les appuyer dans le remplissage. Les prestataires pour lesquels les détails des FA n'étaient pas assez satisfaisants ont tous été visités afin de comparer sur place leurs propres données financières avec celles fournies antérieurement par leurs FA.

#### **2.3.3 Validation des données**

Les échanges avec la Coordination Technique du PNLS ont permis de faire le point sur le contrôle et la qualité des données financières tout au long de la cueillette d'informations. Les données n'ont été considérées exploitables qu'après leur validation par le service Suivi et Evaluation du PNLS. Concernant les partenaires qui n'ont pas répondu à la requête qui leur avait été adressée, la CT du PNLS a autorisé l'utilisation des informations fournies lors de l'élaboration de la « Demande de Continuation » au Fonds mondial faite quelques mois avant le rapport REDES.

#### **2.3.4 Traitement des données**

Les données validées, saisies avec l'aide d'une opératrice sur une base Excel, ont été scrupuleusement évaluées et croisées pour éliminer les possibles erreurs de codification et les éventuels doublons que pourrait occasionner le triple rôle de FS, de FA et de PS de certains

bailleurs du Programme. Une fois cette phase évaluative terminée, l'étape suivante a pu être abordée.

### **2.3.5 Analyse des données et interprétation des résultats**

Les informations validées et traitées ont été soumises à une analyse croisée selon les trois (3) dimensions et les six (6) catégories de l'ONUSIDA pour extraire des tableaux à double entrée. L'analyse de ces tableaux et l'interprétation des graphes construits sur Excel sont retransmises dans le chapitre « Profil des dépenses liées au VIH en Haïti ». Les résultats de l'analyse des données de 2016 ont été comparés à ceux de 2014 et de 2015 pour en augmenter la significativité.

### **2.3.6 Rédaction du rapport**

La rédaction du rapport a connu deux moments. L'élaboration de la partie narrative qui a été faite durant les premiers jours de travail en attendant que les FA et les PS proposent une date de rendez-vous et celle des autres rubriques du rapport, (profil des dépenses, recommandations, leçons apprises et analyse MOFF) effectuée après l'analyse des données.

### **2.3.7 Validation du rapport**

Une première ébauche du rapport REDES de l'année 2016 a été soumise à la Coordination Technique du PNLIS qui a émis des commentaires et suggestions ayant permis de faire une première révision du document. Après cette phase, une rencontre de restitution a été organisée pour présenter la deuxième ébauche, riche des réactions des cadres de la Coordination Technique du PNLIS, aux partenaires publics, privés, bilatéraux et multilatéraux du Programme de lutte contre les IST-VIH/SIDA. Les commentaires et les réactions des partenaires recueillis lors de la réunion ont été incorporés à la seconde ébauche du rapport pour avoir le rapport REDES final de l'année 2016.

## **3. Mécanisme de financement**

Le mécanisme de financement des activités de lutte contre le VIH en Haïti est, en tout point, conforme à la description de l'ONUSIDA : un niveau international et un niveau national. Dans le cadre de ce rapport ont été répertoriés vingt-deux (22) FS, vingt-et-un (21) FA et cinquante (50) PS répartis sur les deux (2) niveaux susmentionnés.

### **3.1 Le niveau international**

Représenté par les Sources de Financement (FS), organismes bilatéraux et multilatéraux, qui injectent les fonds recueillis ou leurs fonds propres dans le PNLIS. La répartition des bailleurs du niveau international est faite au tableau No. 2.

Il est à noter que les membres du niveau international ne se contentent pas seulement de répartir les fonds recueillis entre les Agents de Financement et les Prestataires de Services. Certains arrivent même à remplir un rôle de prestataires selon leur vocation (PIH) ou pour respecter leurs normes administratives selon les facteurs de productions exigés par la mise en œuvre des activités (Fonds Mondial, UNFPA, UNICEF, UNESCO, ONUSIDA).

**Tableau No. 2****Répartition du niveau international en Haïti selon l'appartenance de ses membres.**

Sources de Financement	Entités multilatérales	Entités bilatérales
Fonds Mondial PEPFAR PIH	OPS/OMS UNICEF UNESCO ONUSIDA UNFPA UBRAF UN-Women MHTF MINUSTAH GPRHCS USDOL Fondation Elton John Mac-AIDS Foundation Gileal Foundation	Ambassade de France Coopération Suisse Taiwan CAA44

Source : Base de données REDES 2016

**3.2 Le niveau national**

Ce niveau est composé par les Prestataires qui se chargent de transformer les fonds reçus des FA en services au bénéfice des populations cibles retenues dans le PSNM. Dans le cas d'Haïti, le Prestataire peut être un Agent de Financement grâce à son expertise dans certains domaines (Appui technique de l'OPS/OMS) ou à cause des règlements internes de son institution (Achat indirect des intrants du Fonds mondial par OHMaSS). A ce niveau se retrouve aussi l'Etat Haïtien jouant un triple rôle de Source de Financement représentée par le Ministère des Finances, d'Agent de financement et/ou de Prestataires de Services à travers le MSPP (via l'unité de Coordination des trois Programmes, la CT du PNL, les Directions Sanitaires), le MJSAC et le MCFDF.

Le circuit du financement des activités de lutte contre le VIH/sida en Haïti passe donc par les étapes suivantes ainsi définies :

**Etape 1 :** Les Sources de Financement (FS) qui se trouvent au niveau international (exception faite du Trésor Public) assurent la collecte des fonds qu'ils transmettent aux Agents de Financement (FA). Ces derniers peuvent appartenir au niveau international ou national.

**Etape 2 :** Les Agents de Financement (FA) qui répartissent les fonds reçus des Sources de Financement entre les Prestataires de Services (PS) selon l'expertise et le mandat de chacun de ces derniers. Les Agents de Financement sont aussi appelés, certaines fois, à jouer le rôle de Prestataires de Services.

**Etape 3 :** Les Prestataires de Services qui transforment les fonds reçus des Agents de Financement en interventions (ASC) au bénéfice de la Population (BP) à travers des Facteurs de Production (PF).

### **3.3 Limitations de l'estimation**

A cause de la complexité de l'exercice, si on suit fidèlement les directives de l'ONUSIDA, il est difficile de produire un rapport « zéro erreur ». Trop d'acteurs y sont impliqués dont certains non encore identifiés et d'autres dans l'impossibilité de fournir le niveau de détails requis sur les dépenses qu'ils ont effectuées.

Face au manque de réaction de quelques Agents de Financement ou à l'impossibilité de les rencontrer, le consensus d'utiliser les données de dépenses qu'ils avaient fournies lors de l'élaboration de la « Demande de continuation » au Fonds mondial avait été trouvé avec le PNL. Cependant, le lecteur en possession des deux (2) documents peut relever certaines disparités dans les chiffres ou l'inclusion dans le REDES de partenaires qui n'avaient pas déclaré de dépenses dans la « Demande de continuation ». Mais, les chiffres du REDES ont été confirmés par les FS et les FA.

Il s'est encore avéré impossible d'obtenir le montant des salaires des cadres impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des certaines entités bilatérales et multilatérales. Comprenant la nature sensible et confidentielle de cette information, le lecteur pardonnera cette lacune et considèrera, pour cette raison et pour celles susmentionnées, que les dépenses et ressources liées au VIH/SIDA en Haïti sont un peu plus élevées que les chiffres rapportés dans ce rapport et que l'inadéquation de la rubrique « Gestion et Administration de Programmes » mentionnée dans le rapport précédent est encore de rigueur.

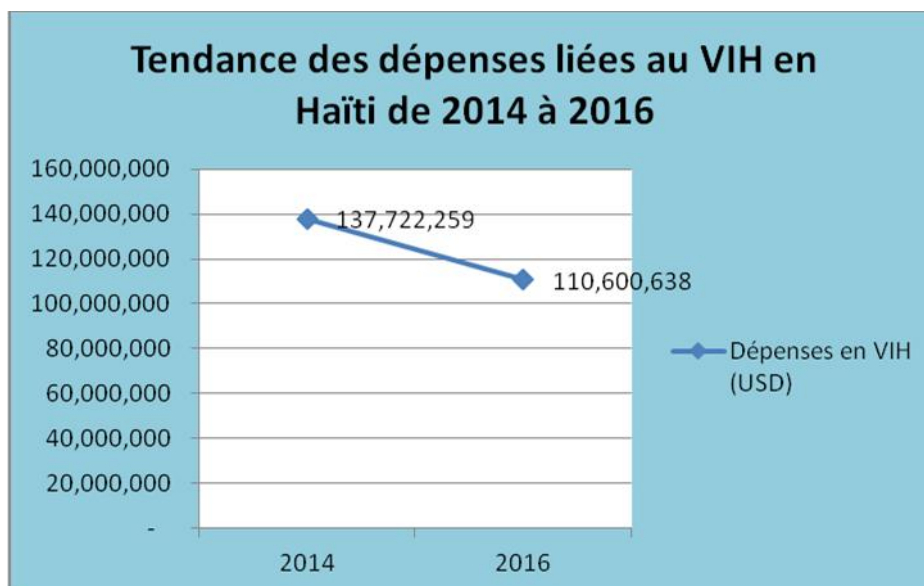
Enfin, l'année civile n'est pas appliquée par de nombreux FS et FA dont PEPFAR et le Trésor Public. Aussi, le financement n'est pas toujours étalé sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de la même année. Toutefois, les FS et les FA considèrent que les données fournies sont attribuables aux dépenses de l'année couverte par le rapport.

## **4. Profil des dépenses liées au VIH**

Les dépenses liées au VIH ont été analysées selon les six (6) vecteurs recommandés par l'ONUSIDA : Sources de Financement (FS), Agents de Financement (FA), Prestataires de Services (PS), Interventions (ASC), Populations Bénéficiaires (BP) et Facteurs de Production (PF).

La tendance à la baisse de la valeur du financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA observée dans le rapport des années 2014 et 2015 se confirme avec les données du rapport REDES de l'année 2016 (Graphe No. 3). En effet, de 137 722 259 USD investis en 2014, les fonds injectés en 2016 ne s'élèvent qu'à 110 600 638 USD, soit une réduction de 19,69% sur trois (3) ans.





**Graphe No. 3 : Représentation de la tendance des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

#### **4.1 Répartition des dépenses par Sources de Financement**

Les fonds internationaux qui représentent plus de 95% du financement sont ceux qui ont subi la réduction (-21,88%) expliquant le taux de réduction globale malgré l'augmentation des Fonds Publics (Tableau No. 3). A rappeler qu'entre PEPFAR et le FM, le financement des activités anti VIH est couvert à 94,16% (81,08 le premier et 13,08% le deuxième : Annexe No. 3). Il convient aussi de souligner que la contribution du FM a augmenté entre 2015 et 2016 de près de 2 millions de dollars, probablement grâce au réinvestissement des économies faites sur la mise œuvre des activités en 2015.

La participation du Secteur privé dans le financement de la prise en charge du VIH/SIDA en Haïti reste nulle dans le cadre des données recueillies pour le rapport REDES 2016. Toutefois, l'exhaustivité du recensement des partenaires du PNLIS n'étant toujours pas atteinte, cette affirmation doit être prise avec prudence, car elle peut ne pas refléter la réalité mais plutôt se devoir à une faiblesse dans l'identification des Sources de Financement.

Les fonds du Trésor public ont connu une augmentation de près d'un million de dollars grâce à l'implication d'une nouvelle entité gouvernementale, le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme (MCFDF), très active dans les activités relatives aux violences basées sur le genre, et à la hausse des investissements du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC). A ces facteurs s'ajoute aussi l'apport du Laboratoire National de Santé Publique, institution dont les données n'avaient pas été prises en compte dans le précédent REDES, au montant apporté par le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans la lutte contre le VIH/SIDA. Aussi, de 2 685 019 USD en 2014, la contribution de l'Etat Haïtien est passée à 3 392 830 USD en 2016, soit 3,07% du montant total dépensé au cours de cette année. Cette augmentation de l'apport du Trésor Public au financement des activités de lutte contre le VIH/sida aurait encore été plus substantielle sans l'influence négative exercée par le taux de change.

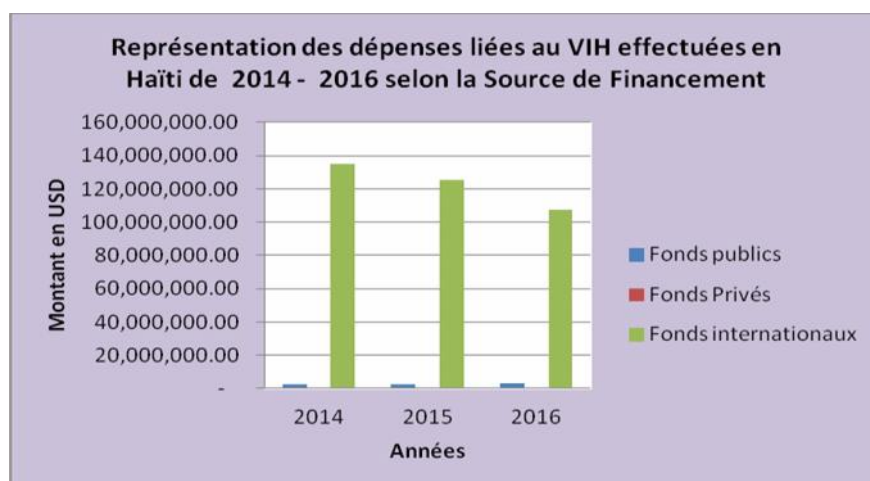
**Tableau No. 3**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Sources de Financement de 2014 à 2016.**

Sources de Financement	Année 2014		Année 2015		Année 2016		% d'écart entre 2014 et 2016
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	
Fonds Publics	2 662 292	1,93	2 664 832	2,09	3 392 830	3,07	27,44
Fonds Privés	0	0	0	0	0	0	0
Fonds Internationaux	135 059 967	98,06	125 109 119	97,91	107 207 808	96,93	-20,62
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>	<b>-19,69</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

Le graphe No. 4 permet encore mieux d'apprécier la répartition du financement des activités liées au VIH selon le niveau de provenance des Sources de Financement.



**Graphe No. 4 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon la Source de Financement.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

**4.2 Répartition des dépenses par Agents de Financement**

Les 110 600 638 USD dépensés en VIH/SIDA au cours de l'année 2016 ont été confiés aux mêmes pourcentages aux Agents de Financement du même secteur que les Sources de Financement pour assurer leur distribution aux Prestataires de Services (Tableau No. 4). Les Agents de Financement se sont chargés de la gestion de la contribution exacte des Sources de Financement de leur niveau : Secteur Public : 3,07%, Secteur Privé : 0% et Organismes Internationaux 96,93%.

**Tableau No. 4**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Agents de Financement de 2014 à 2016.**

Agents de Financement	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Secteur Public	2 662 292	1,93	2 664 832	2,09	3 392 830	3,07
Secteur Privé	15 000	0,01	15 000	0,01	0	0
Organismes Acquéreurs Internationaux	135 044 967	98,05	125 094 119	97,90	107 207 808	96,93
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

### 4.3 Répartition des dépenses par Prestataires de Services

L'implication des Secteurs Public et Privé est plus importante dans la mise en œuvre des activités. En tant que Prestataire de Services, le Secteur Public a bénéficié de 26,94% du financement en 2016 (29 794 863 USD) et le Secteur Privé a reçu 21,13% du montant total dépensé pour l'exécution des activités (23 372 867 USD).

Cependant, et en valeurs absolues et en pourcentages, les fonds alloués à ces deux (2) Secteurs sont inférieurs à ceux qui leur avaient été accordés au cours des deux (2) années antérieures, exception faite du pourcentage de 2015 par rapport à 2016 pour le Secteur Privé (Tableau No. 5).

**Tableau No. 5**

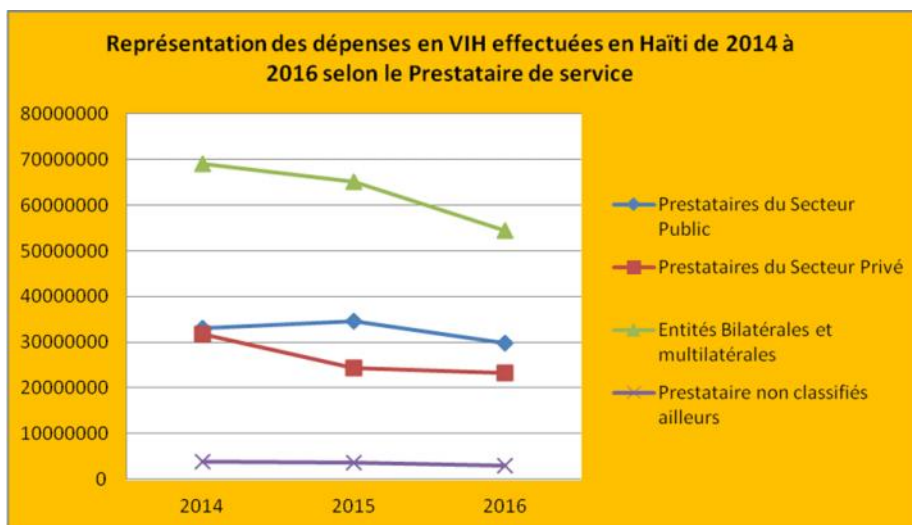
**Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA effectuées en Haïti par Prestataires de Services de 2014 à 2016.**

Prestataires de Services	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Prestataires du Secteur Public	32 985 833	23,95	34 513 076	27,01	29 794 863	26,94
Prestataires du Secteur Privé	31 719 483	23,03	24 444 521	19,13	23 372 867	21,13
Entités Bilatérales et Multilatérales	69 089 272	50,17	65 164 406	51,00	54 531 086	49,30
Prestataires non classifiés ailleurs	3 927 010	2,85	3 651 948	2,86	2 901 822	2,62
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 258</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

Le graphe No. 5 met en exergue la diminution des fonds confiés aux Entités Bilatérales et Multilatérales pour aider à la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA en Haïti au cours des trois dernières années quoique le pourcentage du financement qui leur est affecté tourne toujours autour de 50% (49,30% en 2016). Ce n'est donc que la conséquence de la tendance générale du financement. Une réduction des allocations à tous les autres secteurs peut être aussi observée. L'unique bénéficiaire de ces réductions est le Secteur Privé. En effet, même

si en valeur absolue le montant alloué à ce secteur a aussi diminué, en pourcentage, il a bénéficié de tout ce que les autres ont perdu, soit 2% de plus par rapport à 2015.



**Graphe No. 5 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon le Prestataire de Services.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

#### 4.4 Répartition des dépenses par Interventions (Activités)

Trois (3) grands groupes d'interventions absorbent chaque année plus de 80% des dépenses : la Prévention, les Soins et Traitement et la Gestion et Administration de Programmes. Si les taux d'absorption des deux premiers présentent une allure en dents de scie, le troisième a fait un bond significatif en 2016 par rapport aux deux (2) années antérieures, passant de 18,11% en 2014 à 26,87% en 2016. (Tableau No. 6 et sous titres 4.4.1 à 4.4.3).

Selon les informations recueillies, la réduction de la somme investie en Soins et Traitement serait la conséquence directe du montant absorbé par les ARV en 2016. Il existerait déjà un stock assez important d'ARV qui a porté les bailleurs à réduire la quantité prévue à acheter en 2016. Cependant, on s'attendrait à voir cette épargne réinvestie en prévention pour rester dans les lignes de la politique du PNLIS. Mais, la Gestion et d'Administration de Programmes a été priorisée.

Toujours selon le tableau No. 6, les activités de prévention continuent à perdre de l'ampleur. De 32 109 355 USD en 2014, elles étaient passées à 26 112 147 en 2015 pour aboutir à 23 414 740 USD en 2016, quoiqu'ayant absorbé un plus fort pourcentage du financement en 2016 par rapport à 2015. Les soins et Traitement, comme susmentionné, affichent une réduction significative en 2016 par rapport à 2015 (39 809 255 USD vs 60 271 725 USD) dont l'explication a été fournie au paragraphe antérieur. Les montants investis dans l'accompagnement des Orphelins et Autres Enfants Rendus Vulnérables n'ont pas connu de modifications significatives prouvant qu'aucun changement majeur n'a été apporté à la stratégie ni à la couverture. Cette rubrique est d'ailleurs la seule du PSNM à avoir bénéficié d'un financement supérieur aux prévisions.

Les coûts de Gestion et Administration de Programmes après avoir connu une réduction d'environ 3 millions de dollars en 2015 par rapport à 2014 ont gagné près de 6 millions de dollars en 2016.

**Tableau No. 6**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Interventions de 2014 à 2016.**

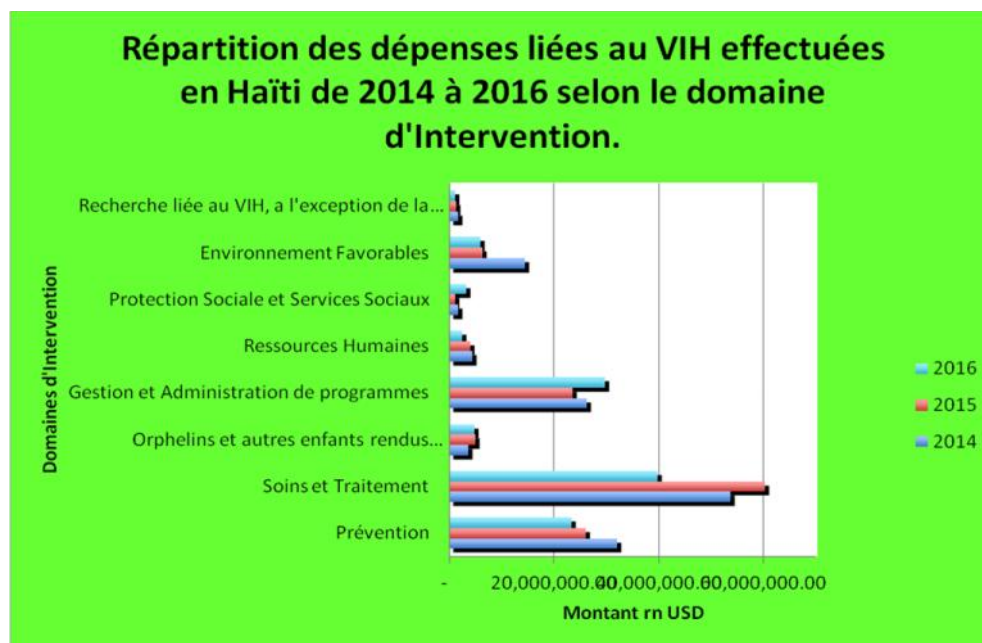
Interventions	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Prévention	32 109 355	23,31	26 112 147	20,44	23 414 740	21,17
Soins et Traitement	53 449 827	38,81	60 271 725	47,17	39 809 255	35,97
Orphelins et Autres Enfants Rendus Vulnérables (OEV)	3 608 585	2,62	4 949 985	3,87	4 875 791	4,41
Gestion et Administration de Programmes	26 322 838	18,11	23 617 745	18,48	29 722 364	26,87
Ressources Humaines	4 484 421	3,26	4 015 015	3,14	2 429 634	2,20
Protection Sociale et Services Sociaux	1 728 456	1,25	1 130 193	0,88	3 191 967	2,89
Environnement Favorable	14 398 074	10,45	6 316 068	4,94	6 044 083	5,46
Recherche liée au VIH	1 620,703	1.18	1, 361,074	1.07	1 112 805	1,01
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

La baisse des investissements en Ressources Humaines (Tableau No. 6 et Graphe No. 6) était prévisible vu le coût élevé des activités de formation dont la majeure partie se réalise au cours des deux (2) premières années du quinquennat que dure le Projet Fonds mondial. En effet, de 4 484 421 USD en 2014, les investissements en Ressources Humaines étaient restés presque stationnaires en 2015 (4 015 015 USD) pour présenter une diminution spectaculaire en 2016, soit 29 722 364 USD.

Le coût des interventions de la rubrique « Protection Sociale et Services Sociaux » après avoir chuté en 2015 en référence à 2014 (1 130 193 vs 1 728 456 USD vs), a enregistré une hausse en 2016 passant à 3 191 967 USD en partie grâce à la contribution d'un nouvel Agent de Financement/Prestataire, PIH.

En ce qui a trait aux activités de la rubrique « Environnement favorable », les dépenses sont demeurées presque stationnaires en 2016 (6 044 083 USD) après l'importante diminution enregistrée en 2015 : 6 316 068 USD par rapport aux 14 398 074 USD de 2014.



**Graphe No. 6 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon le domaine d'intervention.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016.

Le MCFDF intervenant uniquement dans ce domaine, il faut donc croire que le bénéfice de la stabilité des dépenses de cette rubrique lui revient. Sans sa contribution et celle de ses FS qui représentent plus d'un demi-million de dollars, les dépenses en « Environnement Favorable » auraient encore baissé.

Les investissements en « Recherche liée au VIH » affichent aussi une tendance à la baisse sans jamais atteindre la barre de 1,25% d'allocation du financement au cours des trois années : 1,18% en 2014, 1,07% en 2015 et 1,01% en 2016.

#### **4.4.1 Analyse des dépenses effectuées en Soins et Traitement**

La décantation par rubriques des dépenses effectuées en « Soins et Traitement » confirme que la priorité a été accordée à la prise en charge médicale des PVVIH. En effet, plus de 75% du montant ont été investis en polychimiothérapie et en examens de laboratoire dont 53,62% en « polychimiothérapie destinée aux adultes », 19,90% en « suivi en laboratoire spécifique au VIH » et 2,21% en « polychimiothérapie pédiatrique ». Cependant, l'accompagnement psychosocial des patients semble avoir été négligé avec seulement 0,38% des dépenses en « Soins et Traitement » et il n'y pas eu d'activités de coinfection en 2016 à cause du retard dans la mise en œuvre des activités du projet Fonds mondial.

**Tableau No. 7**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Soins et Traitement. Haïti. 2014 à 2016.**

Activités	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Polychimiothérapie antirétrovirale destinée aux adultes	26 525 474	49,63	32 497 121	53,92	21 347 119	53,62
Suivi en laboratoire spécifique au VIH	7 855 330	14,70	11 354 044	18,84	7 922 712	19,90
Soins ambulatoires	5 834 954	10,92	4 364 024	7,24	1 607 272	4,04
Conseil et test volontaire à l'initiative du prestataire	2 161 526	4,04	3 010 895	5,00	1 041 909	2,62
Traitement et services d'accompagnement psychologique	3 386 715	6,34	2 602 168	4,32	149 593	0,38
Soins et traitement non ventilés par type d'activités	2 561 359	4,79	2 493 513	4,14	5 361 691	13,47
Polychimiothérapie antirétrovirale pédiatrique	1 182 514	2,21	1 899 899	3,15	879 064	2,21
Prophylaxie et traitement des IO	379 878	0,71	242 239	0,40	0	0,00
Soins médicaux à domicile	3 452 418	6,46	1 603 813	2,66	1 023 110	2,57
Transport des patients	72 890	0,14	148 660	0,25	0	0,00
Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	0	0,00	55 349	0,09	474 306	1,19
Services de soins et de traitement non classifiés ailleurs	36 769	0,07	0	0,00	2,480.00	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>53 449 827</b>	<b>100</b>	<b>60 271 725</b>	<b>100</b>	<b>39 809 255</b>	<b>100</b>

**Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016.**

La rubrique « Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire » a perdu plus de 2% du pourcentage qui lui avait été accordé en 2015 (2,62% vs 5%). Toutefois, le pourcentage des dépenses en « Conseil et test volontaires », activité appartenant à la rubrique « Prévention » de la codification REDES (Tableau No. 9), ayant augmenté, le dépistage du VIH n'a donc pas été négligé. Les patients suspects de VIH ont été directement au service y référant sans que le prestataire d'un autre service ait eu à demander l'examen. Le coût des « Soins et traitement non ventilés par type » a presque doublé traduisant probablement une faiblesse dans la répartition des dépenses par intervention au niveau de certains bailleurs.

**4.4.2 Analyse des dépenses effectuées en Gestion et Administration de Programmes**

Selon les données du tableau No. 8, les dépenses de la rubrique « Planification, coordination et gestion de programmes » ont triplé par rapport à 2015. L'explication de cette augmentation substantielle est attribuable à PEPFAR qui a fourni plus de 95% de ce montant probablement investi dans l'identification digitale des patients placés sous traitement afin d'éviter les doublons.

**Tableau No. 8**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Gestion et Administration de Programmes. Haïti. 2014 à 2016.**

Activités	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Planification, coordination et gestion de programmes	3 473 501	13,20	3 123 075	13,22	9 405 085	31,64
Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds	3 076 329	11,69	4 095 046	17,34	6 930 014	23,32
Suivi et évaluation	2 546 171	9,67	3 840 444	16,26	2 230 104	7,50
Recherche opérationnelle	2 871 994	10,91	2 906 519	12,31	625 375	2,10
Surveillance sérologique	836 477	3,18	1 514 368	6,41	382 621	1,29
Surveillance de la pharmacorésistance du VIH	5 484 301	20,83	2 745 947	11,63	42 513	0,14
Système d'approvisionnement en médicaments	984 862	3,74	875 689	3,71	1 879 380	6,32
Gestion et administration de programmes, données non ventilées par type d'activités	5 173 528	19,65	1 911 669	8,09	0	0,00
Technologie de l'information	1 762 042	6,69	2 220 340	9,40	3 956 954	13,31
Amélioration des infrastructures et nouveaux équipements de laboratoires	0	0,00	211 058	0,73	914 294	3,08
Supervision	113 633	0,43	17 3 590	0,89	3 319 422	11,17
Gestion et administration, données non ventilées par type	0	0,00	0	0,00	36 601	0,12
<b>TOTAL</b>	<b>26 322 838</b>	<b>100</b>	<b>23 617 745</b>	<b>100</b>	<b>29 722 364</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016.

Les investissements en « Suivi et Evaluation » affichent une réduction qui traduit en réalité une meilleure décantation faite par les bailleurs entre cette rubrique et la supervision. De fait, en combinant les deux rubriques, les pourcentages montrent même une tendance à la hausse au cours des deux (2) dernières années : 17,15% en 2015 et 18,67% en 2016.

Les « Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds » ont augmenté de 2 834 968 USD en 2016 par rapport à 2015 et représentent 23,32% des dépenses en Gestion et Administration. Selon toute vraisemblance, le montant du financement ayant diminué, les « Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds » auraient dû aussi se réduire.

La politique en gestion de Programmes est la même et pour la formation et pour la recherche opérationnelle : la majeure partie de ces activités est entreprise en début de projet afin d'en récolter les résultats au cours des dernières années. Aussi, de 12,31% que représentaient les dépenses en Recherche Opérationnelle en 2015, celles-ci ne font plus que 2,10% en 2016.



#### 4.4.3 Analyse des dépenses effectuées en Prévention

Parmi les dépenses en « Prévention » consenties en 2016 (Tableau No. 9), les « Conseil et test volontaires » occupaient le premier rang en matière de pourcentage du financement affecté avec 32,89% des dépenses. Ils sont suivis par la PTME dont les trois lignes d'activités (PTME, Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, VCT pour les femmes enceintes) ont absorbé 28,18% des dépenses. La « Prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH » était à la troisième place avec un taux d'absorption de dépenses de 10,62%.

En 2016, la sécurité transfusionnelle a perdu plus de 50% de la valeur qui lui avait été accordée en 2014. La même tendance est observée pour la prophylaxie post-exposition. Les activités sur le lieu de travail ont enregistré une baisse importante, De 29 980 USD qui y avaient été investis en 2014, le montant était passé à 130 302 en 2015 pour chuter à 17 854 USD en 2016. Par contre la prévention chez les jeunes a bénéficié de plus de 200 000 dollars d'augmentation par rapport à 2014 (236 712 USD vs 10 800 USD). L'attention aux consommateurs de drogues est apparue en 2016 après avoir été inexistante les deux années précédentes. 33 514 USD ont été consacrés à la prise en charge de cette catégorie de bénéficiaires. (Tableau No. 9).

L'enveloppe allouée HARSAH et aux PrS s'est de beaucoup améliorée par rapport aux années antérieures quoique n'atteignant pas encore le niveau prévu dans le PSNM (817 351 USD en 2014 vs 2 311 125 USD en 2016), soit 183% d'augmentation. Les dépenses en mobilisation communautaire deviennent de plus en plus minces au fil des ans.

**Tableau No. 9**

#### Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA effectuées en Prévention. Haïti. 2014 à 2016.

Activités	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Conseil et test volontaires	7 778 660	24,23	5 575 470	21,35	7 700 865	32,89
Sécurité transfusionnelle	5 687 612	17,71	2 916 032	11,17	2 555 375	10,91
PTME	5 271 958	16,42	6 560 717	25,13	2 513 210	10,73
Prévention non ventilée par type d'activités	4 251 689	13,24	3 370 138	12,09	542 652	2,32
Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés	3 812 839	11,87	2 375 175	9,10	1 631 494	6,97
Prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH	1 521 921	4,74	2 042 434	7,82	2 486 396	10,62
Programmes de prévention pour les HSH	320 405	1,00	180 145	0,69	767 313	3,28
Prophylaxie post-exposition	968 259	3,02	870 731	3,33	571 468	2,44
Marketing social du préservatif	558 436	1,74	678 624	2,60	30 820	0,13
Prévention chez les PS et leurs clients	438 014	1,36	440 493	1,69	723 429	3,09
Communication pour le changement social et comportemental	494 965	1,54	162,662	0,62	191 177	0,82
CCC sur le lieu de travail	28 044	0,09	130 302	0,50	8 645	0,04
VCT sur le lieu de travail	1 936	0,01	0	0,00	0	0,00
Prévention et traitement des	0	0,00	0	0,00	4 943	0,02

IST sur le lieu de travail						
Mobilisation communautaire	266 157	0,83	136 538	0,52	115 596	0,49
VCT à l'intention des groupes vulnérables	240 831	0,75	0	0,00	0	0,00
VCT pour les femmes enceintes	290 680	0,91	0	0,00	2 453 221	10,48
Prévention, diagnostic et traitement des IST	107 218	0,33	414 111	1,59	0	0,00
Prévention des Jeunes	10 800	0,03	32 936	0,13	236 712	1,01
Programmes de préservatifs pour les HSH	16 950	0,05	7 500	0,03	0	0,00
CCC pour les HSH	41 982	0,13	15 206	0,06	2 686	0,01
VCT pour les professionnels du sexe et leurs clients	0	0,00	202 932	0,78	803 659	3,43
CCC pour les professionnelles du sexe	0	0,00	0	0,00	14 038	0,06
Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables	0	0,00	0	0,00	33 514	0,14
Autres initiatives sur le lieu de travail n.c.a	0	0,00	0	0,00	4 266	0,02
Circoncision masculine	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Activités de prévention n.c.a.	0	0,00	0	0,00	23 261	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>32 10 9 355</b>	<b>100</b>	<b>26 112 147</b>	<b>100</b>	<b>23 414 740</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016.

#### **4.5 Répartition des dépenses par Populations Bénéficiaires**

La Répartition des dépenses liées au VIH par « Population Bénéficiaire » exprime la recherche constante de la distribution des fonds selon le domaine d'expertise des partenaires prônée par le PNLs pour une mise en œuvre plus efficace et efficiente du PSNM. En effet, dans le rapport de 2014-2015, il avait été mentionné que plusieurs Agents de Financement ne pouvant identifier la population bénéficiaire des interventions, certains coûts avaient été attribués à la « Population Générale », ce qui avait gonflé l'enveloppe octroyée à cette catégorie.

Lors de la cueillette des données de 2016, il a été constaté que la majeure partie des Prestataires se chargeait d'un groupe de bénéficiaires spécifique. Cette amélioration apportée à la gestion des fonds du Programme a permis une identification presque automatique des populations bénéficiaires.

Selon les données présentées au tableau No. 10 et le graphe No. 7, les « Personnes vivant avec le VIH » constituent la population prioritaire du Programme. Dans leur prise en charge ont été investis 77 848 646 USD en 2016, soit 70,39% du montant total. L'analyse de la courbe des montants affectés aux PVVIH révèle que si ceux-ci ont connu une baisse en 2015 (72 990 121 USD) par rapport à 2014 (81 142 269 USD), ils affichent par contre une augmentation en valeur absolue en 2016 (77 848 646 USD). Cette augmentation, quand on considère la réduction globale du financement, est encore plus révélatrice de l'importance de ce groupe en pourcentage du financement absorbé : 58,92% en 2015 vs 70,39% en 2016.

**Tableau No. 10**

**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Populations Bénéficiaires de 2014 à 2016.**

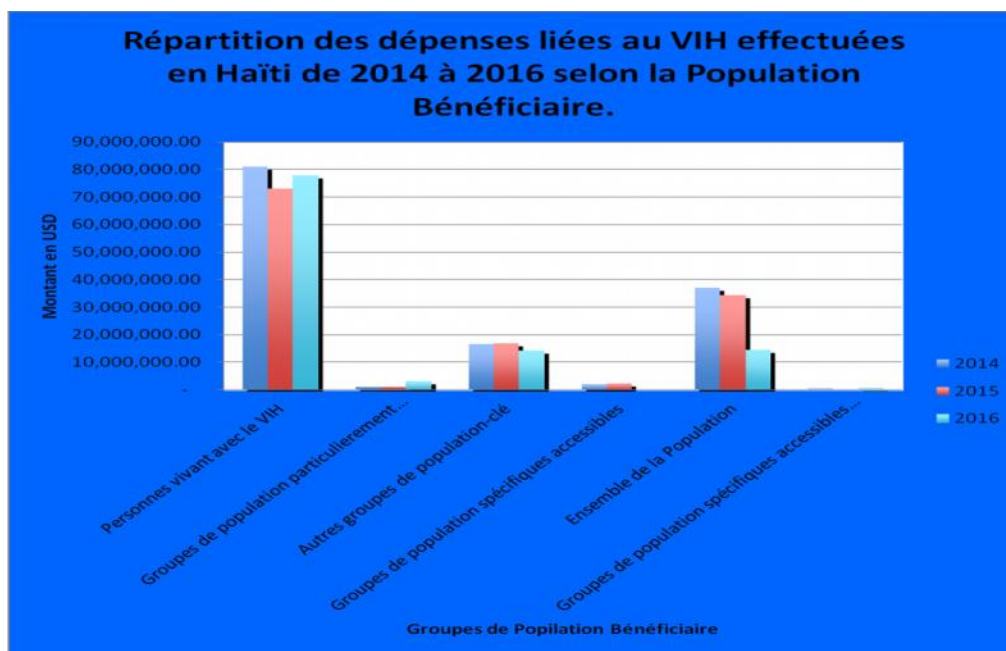
Population Bénéficiaire	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Personne vivant avec le VIH	81 142 269	58,92	72 990 121	57,12	77 848 646	70,39
Groupes de population particulièrement vulnérables	965 959	0,70	1 078 475	0,84	3 002 755	2,71
Autres groupes de population-clé	16 471 138	11,96	16 912 852	13,24	14 325 358	12,95
Groupes de population spécifiques accessibles	1 903 237	1,38	2 307 107	1,81	290 488	0,26
Ensemble de la population	36 924 285	26,81	34 391 037	26,92	14 561 923	13,17
Groupes de population spécifiques ciblés, données non classifiées ailleurs	315 371	0,23	94 360	0,07	571 468	0,52
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

Le traitement accordé aux « Groupes de Population particulièrement vulnérables » s’améliore chaque année en conformité avec le PSNM qui en a fait une cible prioritaire (Graphe No. 7). De 2014 à 2016, l’enveloppe du financement dédiée à cette catégorie a augmenté de plus de 2 millions de dollars américains : 965 959 USD en 2014 et 3 002 755 USD en 2016.

Les « autres groupes de populations-clé » qui renferment les orphelins et les « enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH » ont écopé d’une réduction de plus de 2 millions de dollars américains en 2016 en comparaison à 2015 quoique le pourcentage que représente le montant qui leur a été affecté ait augmenté d’une unité. Les montants investis dans l’accompagnement des orphelins et autres enfants rendus vulnérables étant invariables (Tableau No. 6), la réduction de cette rubrique a été infligée la PTME (Tableau No.9).

La réduction des fonds alloués aux « Groupes de population spécifiques accessibles » n’est qu’apparente. En effet, dans certains cas, la décaution des dépenses ne pouvant être faite selon la scolarisation, certains montants utilisés pour l’encadrement des jeunes sont attribués à l’« Ensemble de la Population ». Par contre, les fonds dépensés pour cette dernière catégorie qui représentaient presque 27% des dépenses de 2014 et de 2015 ont perdu plus de 50% de leur valeur en chiffre absolu (36 924 285 USD vs 14 561 923 USD), passant à 13,17% en 2016.



**Grphe No. 7 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon la population bénéficiaire.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016.

#### **4.6 Répartition des dépenses par Facteurs de Production**

Sur le tableau No. 11, est mise en évidence la répartition des dépenses liées au VIH selon le Facteur de Production. Au fil des années, une hausse du pourcentage des dépenses courantes est observée au détriment des dépenses en Capital : de 93,30% en 2014, elles ont franchi la barre des 95% en 2016. Cependant, le montant, en valeur absolue, suit la tendance générale du financement : 128 513 843 USD en 2014, 120 734 496 USD en 2015 et 105 951 284 en 2016.

**Tableau No. 11**

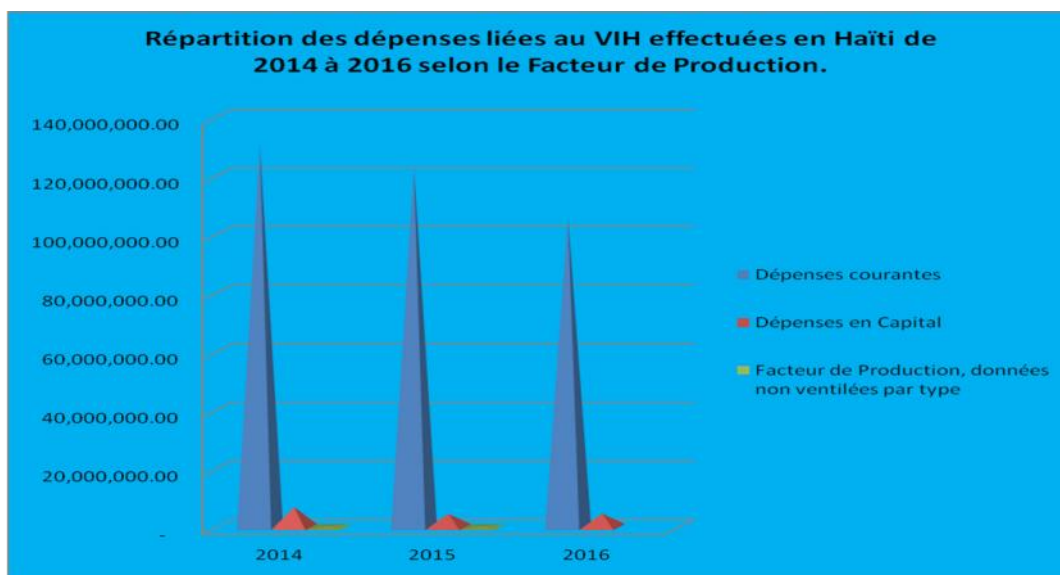
**Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par Facteurs de Production de 2014 à 2016.**

Facteurs de Production	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%	Dépenses en USD	%
Dépenses courantes	128 514 504	93,31	120 734 496	94,49	105 951 284	95,80
Dépenses en Capital	8 829 493	6,41	6 714 637	5,26	4 649 354	4,20
Facteurs de Production, données non ventilées par type	378 262	0,28	324 818	0,25	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

Un autre constat important est la disparition des « Facteurs de production non ventilés par type » (Grphe No. 8). Tous les Agents de Financement ont été en mesure de codifier leurs dépenses en

courantes ou en capital même si, dans certains cas, il a été impossible de « Ventiler par type » ces deux (2) catégories de dépenses.



**Graph No. 8 : Représentation des dépenses liées au VIH effectuées en Haïti de 2014 à 2016 selon le facteur de production.**

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016

Il est à souligner que, malgré l'importance de la part du financement provenant de l'aide externe, la contribution de l'Etat dans les dépenses en Capital (qui n'est pas mise en exergue sur le Tableau No. 11) représente près de 50% de celles-ci (voir annexe No. 9). Il est donc clair que le renforcement du système de santé devra provenir de l'Etat Haïtien, le support de l'International étant presque exclusivement consacré à la mise en œuvre des activités.

## 5. Indicateurs liés à la réponse financière du pays

Conformément aux exigences du PNLS, l'analyse de certains indicateurs liés à la réponse financière du pays au VIH/SIDA a été entreprise et les résultats rapportés dans le tableau No. 12.

**Tableau No. 12**

**Analyse des indicateurs économiques et financiers par rapport aux dépenses réalisées en VIH. Haïti. 2014 à 2016.**

Indicateurs	Valeurs		
	2014	2015	2016
Dépenses totales liées au VIH	137 722 259	127 773 951	110 600 638
PIB*	8 921 051 083	8 877 000 000	8 022 638 722**
Dépenses liées au VIH par rapport au PIB	1,54%	1,44%	1,38%
Nombre de PVVIH sous ARV	63 511	68 849	83 196
Dépenses faites en « Soins et Traitement » par PVVIH sous traitement	841,58 USD	875,42 USD	478.50 USD
Dépenses du MSPP à partir des fonds du Trésor Public	67 705 021	60 874 156	59 271 745
Dépenses globales liées au VIH par rapport à celles du MSPP faites à partir du Trésor Public	203,41%	209,90%	186,60%

Nombre de PVVIH	147 088	150 000	153 164 <sup>+</sup>
Dépenses liées au VIH par PVVIH	936,32 USD	851,83 USD	722,11 USD
Dépenses en VIH par tête d'habitant	12,82	11,71	9,98
Budget national	2 569 955 586	2 247 978 067	1 891 600 765
Dépenses liées au VIH par rapport au budget national	5,36%	5,68%	5,85%
Dépenses en VIH faites à partir des fonds du Trésor Public	2 662 292	2 664 832	3 392 830
Pourcentage du budget national dépensé en VIH/sida par le Trésor Public	0,10%	0,12%	0,18%

Sources : Bases de données REDES 2014 – 2015 et 2016. \* REDES 2014 – 2015. \*\* Banque Mondiale + Bulletin épidémiologique No 14 du PNLS.

D'une manière générale, un affaiblissement progressif de ces indicateurs est observé entre 2014 et 2016, ce qui prouve que, loin de se renforcer, les capacités du pays à faire face aux besoins du PNLS s'amointrissent. Le seul indicateur à afficher une faible amélioration est le « Pourcentage du budget national dépensé en VIH/SIDA par le Trésor Public » (0,10% en 2014 vs 0,18% en 2016) grâce à l'implication d'une nouvelle entité de l'Etat dans les dépenses en VIH.

La faible augmentation du pourcentage de l'indicateur « Dépenses liées au VIH par rapport au budget national » doit s'interpréter comme un résultat négatif. En effet, de 4,87% du budget national qu'elles représentaient en 2014, les dépenses en VIH sont passées à 5,85% du budget de 2016. Malgré le fait que les deux variables aient perdu de leur valeur, (les dépenses en VIH ont été réduites de 13,44% alors que le budget national, d'abord égal à celui de l'année antérieure, a été révisé à la baisse à un pourcentage de 8%), l'effet de la variation du taux de change a amplifié l'écart entre les deux variables.

Le PIB a encore baissé entre 2015 et 2016, en partie à cause du passage du cyclone Matthew. Cependant, comme les dépenses en VIH ont, elles aussi, été réduites, l'écart entre le pourcentage représenté par le rapport de celles-ci et le PIB n'a pas beaucoup changé en 2016 par rapport à 2015.

Les dépenses en VIH sont supérieures à celles faites par le MSPP à partir des fonds du Trésor Public pour tout le secteur santé haïtien. Elles représentent, en 2016, 186,60% des dépenses du MSPP faites à partir des fonds du Trésor Public. Ce taux, malgré la réduction des dépenses du MSPP, est plus faible que celui de l'année antérieure à cause de la baisse de plus de 13% du financement des activités de VIH en 2016 par rapport à 2015.

Comme il était à prévoir, les dépenses en « Soins et Traitement » ayant perdu 66% de leur valeur par rapport à l'année 2015, l'indicateur des Dépenses faites en « Soins et Traitement » par rapport au nombre de PVVIH sous ARV a lui aussi connu une baisse spectaculaire. Cependant, la variation de cet indicateur doit s'interpréter avec prudence en considérant que le montant investi en ARV en 2016 a été revu à la baisse à cause de la disponibilité des médicaments probablement achetés en 2015.

Les dépenses liées au VIH par habitant présentent le profil à la baisse attendue : les premières diminuent alors que la population augmente. Cependant, elles sont presque égales aux dépenses par habitant faites par le MSPP dont la valeur est d'environ 13 USD. Le même profil est observé pour les « Dépenses liées au VIH par PVVIH ».

## 6. Analyse MOFF

L'analyse MOFF du financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA en Haïti présente quelques modifications pour l'année 2016. Si le PNLS a gagné en Forces et en Opportunités, les faiblesses et Menaces ne demeurent pas moins importantes. Les conclusions de cette analyse sont reportées au tableau No. 13.

**Tableau No. 13**

**Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du PNLS en relation avec le financement du Programme. 2016.**

	Forces	Faiblesses
<b>Interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'existence d'un Plan Stratégique National Multisectoriel jusqu'à 2023.</li> <li>✓ Le nombre important de prestataires et leur expertise par groupe de population qui se confirme de plus en plus.</li> <li>✓ La Coordination Technique du PNLS à même de jouer son rôle d'instance décisionnelle avec un personnel expérimenté, formé et motivé.</li> <li>✓ La bonne structuration de l'organigramme du PNLS pour la mise en œuvre des activités.</li> <li>✓ L'existence de presque tout le paquet de services dans tous les sites de prestations VIH.</li> <li>✓ Augmentation de 27% de l'apport du trésor Public par rapport à 2015.</li> <li>✓ La meilleure distribution du financement par population bénéficiaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La Coordination Technique du PNLS reçoit le même traitement qu'un prestataire de services ordinaire lors de la répartition des fonds.</li> <li>✓ Le renforcement de la CT recommandé dans le précédent REDES n'a pas été entrepris et certains postes-clé de l'organigramme restent encore vacants.</li> <li>✓ Le pourcentage représenté par les fonds publics dans les dépenses du Programme est faible.</li> <li>✓ L'inexistence d'analyses du cout réel pour les soins et services VIH au niveau national.</li> <li>✓ L'impact des interventions pour contrôler l'épidémie VIH sur l'économie nationale n'est pas évalué.</li> <li>✓ L'inexistence d'un plan de pérennisation du programme.</li> <li>✓ Le rapport REDES n'est pas assez utilisé pour entreprendre des plaidoyers.</li> <li>✓ Les campagnes de sensibilisation de masse, malgré la preuve de leur efficacité en santé publique, ne sont pas financées.</li> <li>✓ L'intégration multisectorielle n'est effective ni sur le plan financier ni sur le plan programmatique.</li> <li>✓ Le niveau international finance les activités de lutte contre le VIH-sida à plus de 95%.</li> </ul>

Externe	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le nombre important des FS.</li> <li>✓ L'ajout de nouveaux FS.</li> <li>✓ La validation de la « Demande de continuation TB/VIH » soumise au FM.</li> <li>✓ La validation du COP 2017.</li> <li>✓ La possibilité de combler les gaps du Programme à travers le PAAR du FM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La tendance à la baisse du financement se confirme : -19,69% sur trois ans.</li> <li>✓ La réduction significative des fonds internationaux, -20,62%.</li> <li>✓ Le manque de considération de certaines lignes budgétaires du PSNM dans la répartition des fonds.</li> <li>✓ L'insuffisance des fonds du Trésor Public par rapport aux besoins du Programme.</li> <li>✓ L'incapacité du pays à prendre en charge les PVVIH actuels et futurs en cas de retrait de l'aide externe.</li> </ul>

## 7. Leçons apprises de la mobilisation et de l'utilisation des ressources dans le cadre de la riposte

Les précédentes analyses ont permis de tirer certaines leçons de la mise en œuvre du programme VIH/sida en Haïti qui sont ci-dessous partagées avec le lecteur :

- L'impact de la tendance des fonds en provenance du secteur international sur le programme de VIH/SIDA d'Haïti est absolu à cause de la très grande dépendance de ce dernier de l'aide internationale.
- La session de restitution du REDES est très motivante. Les FA et les PS deviennent après mieux réceptifs et les données gagnent en qualité et en quantité.
- La prise en compte des recommandations contribue à rationaliser la répartition des fonds mobilisés.
- La cessation de l'aide internationale risquerait de provoquer l'incapacité de prendre en charge les PVVIH.
- La « Protection sociale » continue à être traitée en parent pauvre dans la ventilation des dépenses par ASC.
- La distribution des ressources en dépenses de fonctionnement et en Capital prouve que le renforcement du système de santé ne pourra venir que de l'Etat Haïtien.

## 8. Recommandations

Bon nombre des recommandations formulées dans le précédent rapport ayant été mises en œuvre, le rapport REDES 2016 a beaucoup gagné en qualité, ce qui réduit considérablement l'importance des nouvelles recommandations. Elles peuvent donc ainsi être énoncées :

- ✚ Continuer à sensibiliser les FS et FA sur l'importance du rapport REDES pour le pays.
- ✚ Sensibiliser les FA sur la nécessité de réduire les « activités non ventilées par type » pour une meilleure appréciation des interventions.



- ✚ 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.
- ✚ Continuer à sensibiliser les partenaires 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.
- ✚ Maintenir et renforcer le pôle d'« Experts nationaux » car cela non seulement rationalise le financement mais aussi facilite l'identification des populations bénéficiaires
- ✚ Finaliser la délimitation géographique de l'aire d'intervention des Prestataires afin de réduire les risques de duplication des interventions.
- ✚ Renforcer les capacités de gestion et de mise en œuvre de certains axes du Programme au sein de la CT du PNLS afin d'augmenter le pourcentage des dépenses confié au Secteur Public.
- ✚ Faire le plaidoyer pour augmenter les activités visant la « Protection sociale » pour les PVVIH.
- ✚ Renforcer la surveillance de la pharmacorésistance.
- ✚ Harmoniser les coûts de « Planification, coordination et gestion de Programmes » avec les mouvements et tendances du financement.
- ✚ Faire le plaidoyer pour mobiliser des fonds destinés à l'encadrement des PrS dans les points chauds dont l'augmentation du nombre est comminatoire.
- ✚ Maintenir la tendance à la hausse des fonds attribués à l'encadrement des HARSAH et des PrS afin d'intensifier les activités de prévention qui leur sont dédiées et réduire les taux d'incidence observés chez ces « groupes de population particulièrement vulnérables ».
- ✚ Entreprendre le plaidoyer auprès du MSPP pour couvrir le financement des activités de mobilisation communautaire afin de potentialiser l'impact des activités de prévention.
- ✚ Sensibiliser les Agents de Financement et les Prestataires impliqués dans l'encadrement des jeunes sur la nécessité de décanter les interventions par jeunes scolarisés et non scolarisés pour une meilleure distribution des fonds entre les rubriques « Ensemble de la population » et « Groupes de population spécifiques accessibles ».
- ✚ Organiser une rencontre de partage du PSNM et de discussion avec le MCFDF afin de mieux harmoniser ses interventions avec celles de ce document de référence.

## 9. Conclusion

Contrairement au traitement donné à certains documents produits en Haïti, l'analyse des dépenses liées au VIH/SIDA en 2016 montre que le rapport antérieur n'a pas atterri au fonds d'un tiroir. La répartition du financement de 2016 révèle que de nombreuses recommandations du rapport 2014-2015 ont été suivies. L'amélioration de la distribution du financement révélée dans le rapport REDES de l'année 2016 prouve que les partenaires tiennent de plus en plus compte des stratégies de lutte de la CT du PNLS et du budget de son Plan Stratégique National Multisectoriel. Cependant, la répartition des fonds et leur utilisation peuvent encore s'améliorer pour donner plus d'efficacité à l'investissement si la CT du PNLS encourage ses partenaires à se référer davantage au PSNM au moment des prises de décisions financières.

De plus, 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.

## 10. Annexes

### ***Annexe No. 1 Définition des vecteurs REDES***

Les vecteurs REDES représentent les différentes dimensions de l'analyse selon la méthodologie. Les dépenses du sida estimées sont ventilées suivant ces vecteurs et une lecture spécifique peut être faite de la répartition des dépenses, vecteur par vecteur. La présentation de ces vecteurs se fait par code selon une nomenclature précise de l'ONUSIDA.

Les différents vecteurs sont : (1) les sources de financement, (2) les agents de financement, (3) les prestataires de Services, (4) les catégories de dépenses sida ou les interventions, (5) la population bénéficiaire et (6) les facteurs de production.

#### ***Sources de financement***

Les sources de financement se définissent comme des entités qui fournissent des ressources aux agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Elles peuvent être du secteur public, du secteur privé ou appartenir au « reste du monde ».

L'analyse de ces sources dans le cadre de la réponse au VIH et au sida permet de voir l'apport de chaque entité dans la mise en œuvre des activités de lutte contre cette pandémie.

#### ***Agents de Financement***

Les Agents de financement sont des entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement dans le but de les transférer aux prestataires de services pour financer un programme ou pour payer des biens ou des services. Ils sont soit des secteurs public, privé ou international.

#### ***Prestataires de Services***

Ce sont toutes les entités qui se livrent à la production de biens, services ou activités en réponse au VIH et au sida. Ils peuvent être du gouvernement, du privé ou de l'étranger.

#### ***Catégories de dépense SIDA***

La classification des dépenses relatives au sida se fait par fonction, comprenant la prévention, les soins et le traitement, ainsi que d'autres services sanitaires ou non sanitaires liés au VIH.

Les différentes catégories de dépense SIDA sont les suivantes :

##### **ASC 01. Prévention**

La prévention est définie comme un large ensemble d'activités ou de programmes ayant pour objectif la réduction des comportements à risque. Elle permet de diminuer le taux d'infection au VIH parmi la population et d'améliorer la qualité ainsi que la sûreté des traitements administrés exclusivement ou principalement aux patients séropositifs au VIH dans les établissements de santé. Les services de prévention supposent l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de matériels adaptés à la langue, à la culture et à l'âge de la population bénéficiaire.

### **ASC 02. Soins et traitement**

La catégorie soins et traitement comprend les dépenses, achats, transferts et investissements réalisés pour mettre au point les activités dans des dispensaires, à domicile et dans des communautés afin de dispenser le traitement et les soins aux adultes et enfants séropositifs au VIH.

### **ASC 03. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables**

Il s'agit de toutes les dépenses encourues pour assurer la prise en charge d'enfants, en remplacement de leurs parents décédés du sida. Il importe d'enregistrer ici également les 52 dépenses encourues pour atténuer les difficultés sociales d'orphelins des deux ou d'un seul parent(s).

Il convient d'enregistrer ici tous les services susceptibles de renverser la situation de vie des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables, ainsi que celle des familles affectées par le VIH.

### **ASC 04. Gestion et administration de programmes**

Les dépenses liées aux programmes regroupent les services tels que la gestion des programmes de lutte contre le sida, le suivi et évaluation, la sensibilisation, la formation avant l'entrée en fonction, l'amélioration des structures au moyen d'achats d'équipements de laboratoire et de télécommunication. Il s'ajoute aussi à ces charges : les investissements à long terme, tels que la construction d'établissements de santé, qui profitent à l'ensemble du système.

### **ASC 05. Ressources humaines**

Cette catégorie regroupe les services liés au personnel, dont la formation, le recrutement, le maintien en poste, le déploiement et la gratification des professionnels de santé et de leurs responsables, au regard de leurs performances dans le domaine de la lutte contre le VIH. Ces dépenses visent à accroître la disponibilité en ressources humaines dans le secteur de la santé. Les activités relevant de cette catégorie comprennent uniquement les mesures incitatives complémentaires facilitant la concrétisation de ce dernier objectif.

### **ASC 06. Protection sociale et services sociaux**

La Protection sociale fait référence aux avantages financiers ou en nature octroyés par des organisations gouvernementales ou non gouvernementales aux PVVIH ou à certaines catégories de personnes à risque.

La protection sociale comprend les services sociaux et la sécurité sociale personnalisés. Elle regroupe les dépenses relatives aux services et aux moyens financiers accordés aux personnes et aux ménages et celles liées aux services fournis collectivement.

### **ASC 07. Environnement favorable**

C'est la promotion et le soutien du développement d'un environnement VIH fort à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel spécifique au SIDA, et autres...

## **ASC 08. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)**

La recherche liée au VIH/SIDA se définit comme la création de connaissances pouvant être utilisées pour la prévention de la maladie, la promotion, la restauration, le maintien, la protection, l'amélioration du développement et du bien-être social.

### ***1. 5. Population bénéficiaire***

Les groupes de population décrits ici constituent la cible explicite des activités conduites spécifiquement à leur égard, à savoir les bénéficiaires de différents services. La délimitation des groupes de population bénéficiaires vise à quantifier les ressources allouées aux groupes de population bénéficiaires des services fournis dans le cadre d'un programme. Les groupes de population bénéficiaires sont sélectionnés en fonction du projet ou de l'objectif associé aux dépenses engagées dans le cadre du programme en question. Il s'agit là du résultat recherché par les dépenses engagées, indépendamment de l'efficacité ou de la couverture effective de l'initiative développée. Ils sont ainsi répartis :

#### **BP.01 Personnes Vivant avec le VIH**

- BP.01.01 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
  - BP.01.01.01 Adultes et jeunes hommes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
  - BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)
  - BP.01.01.98 Adultes et jeunes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe
- BP.01.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
  - BP.01.02.01 Garçons (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
  - BP.01.02.02 Filles (âgées de moins de 15 ans) vivant avec le VIH
  - BP.01.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe
- BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par âge ou par sexe

#### **BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables**

- BP.02.01 Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels
- BP.02.02 Professionnel(le)s du sexe et leurs clients
  - BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients
  - BP.02.02.02 Hommes travestis professionnels du sexe (et leurs clients)
  - BP.02.02.03 Hommes non travestis professionnels du sexe (et leurs clients)
  - BP.02.02.98 Professionnel(le)s du sexe, données non ventilées par sexe, et leurs clients
  - BP.02.02.99 Professionnel(le)s du sexe et leurs clients, données non classifiées ailleurs (n.c.a).
- BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- BP.02.98 « Groupes de population particulièrement vulnérables », données non ventilées par type d'activité.

### **BP.03 Autres groupes de population clés**

#### **BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)**

BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH

BP.03.03 Réfugiés (déplacés hors de leur pays)

BP.03.04 Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (en raison d'une situation d'urgence)

BP.03.05 Migrants/populations mobiles

BP.03.06 Groupes autochtones

BP.03.07 Détenus et personnes placées en institutions

BP.03.08 Chauffeurs-routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial

BP.03.09 Enfants et jeunes gens vivant dans la rue

BP.03.10 Enfants et jeunes gens membres de gangs

BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés

BP.03.12 Enfants et jeunes gens placés en institutions

BP.03.13 Partenaires de personnes vivant avec le VIH

BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins

BP.03.98 « Autres groupes de population clés », données non ventilées par type 'activité

BP.03.99 « Autres groupes de population clés », données non classifiées ailleurs (n.c.a..)

### **BP.04 Groupes de population spécifiques « accessibles »**

BP.04.01 Personnes reçues dans des services de prise en charge des IST

BP.04.02 Elèves d'écoles élémentaires

BP.04.03 Jeunes gens/lycéens

BP.04.04 Etudiants à l'université

BP.04.05 Professionnels de soins de santé

BP.04.06 Marins

BP.04.07 Militaires

BP.04.08 Représentants de la police et d'autres services en uniforme (autres que les militaires)

BP.04.09 Ex-combattants et autres groupes armés dépourvus d'uniforme

BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)

BP.04.98 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non ventilées par type d'activité

BP.04.99 Groupes de population spécifiques « accessibles », données non classifiées ailleurs (n.c.a.)

### **BP.05 Ensemble de la population**

BP.05.01 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans)

BP.05.01.01 Population adulte masculine

BP.05.01.02 Population adulte féminine

BP.05.01.98 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans), données non ventilées par sexe

BP.05.02 Enfants (âgés de moins de 15 ans)

BP.05.02.01 Garçons

BP.05.02.02 Filles

BP.05.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans), données non ventilées par sexe  
BP.05.03 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans)  
BP.05.03.01 Jeunes hommes  
BP.05.03.02 Jeunes femmes  
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe  
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.

**BP.06 Initiatives non ciblées :** dépenses n'étant pas explicitement liées aux populations sélectionnées ou ciblées.

**BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données non classifiées ailleurs (n.c.a.) :** groupes de population ciblés non enregistrés dans les catégories susmentionnées.

### ***1.6. Facteurs de production***

Les facteurs de production représentent le bien ou le service que les ressources ont servi à payer pour une intervention donnée.

**Annexe # 2 Parcours du financement de la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti en 2016 de la Source de Financement au Prestataire de Services.**

Sources de Financement	Agents de financement	Prestataires de Services
Trésor Public	MJSAC	MJSAC
	MSPP	UCP
		PNLS
		LNSP
	DS	
	MCFDF	MCFDF
USDOL	ILO	ILO
Gouvernement Américain : PEPFAR	CDC USAID	CDC
		USAID
		CDS
		PNST
		PIH
		NASTAD
		Partnership for Supply Chain
		I-TECH : University of Washington
		John Snow Inc.
		HTW
		University Research Corporation
		Pathfinder International
		MSPP
		Linkages
		POZ
		Future Group
		University of Miami
		Caris Foundation
		Measure Evaluation
		MSH
<b>Abt Associates</b>		
GHESKIO		
University of Maryland		
Catholic Medical Mission Board		
FOSREF		
OPS/OMS	OPS/OMS	OPS/OMS
		PNLS
ONUSIDA	ONUSIDA	ONUSIDA
		PNLS
		CCM
Fonds Mondial	PSI/OHMaSS	PSI/OHMaSS
		CDS
		PNST
		POZ
		FOSREF
		GHESKIO
		PIH
		World Vision
		PNLS
		VDH
Gileal Foundation	Gileal Foundation	HTW
Fondation Elton John	Fondation Elton John	HTW
Gouvernement Français*	Ambassade de France	VDH
		CCM
UNICEF	UNICEF	UNICEF
		FOSREF
		VDH



		DSF
		RHJS
MINUSTAH*	MINUSTAH	Fondation Toya
UNESCO	UNESCO	UNESCO
UBRAF	UNESCO	UNESCO
UBRAF	UNFPA	UNFPA
		DSF
MHTF	UNFPA	DSSE
		DSO
CAA44	UNFPA	PROFAMIL
		MCFDF
		GHESKIO
UNFPA	UNFPA	UNFPA
		DSF
		PROFAMIL
		DSSE
		DSO
		CPFO
		MCFDF
		IHE
		FMP
GPRHCS	UNFPA	UNFPA
		DSSE
		CPFO
		DSO
		MSPP
		PROFAMIL
		PROMESS
		DSF
ONU-Femmes	ONU-Femmes	ONU-Femmes
PIH	PIH	PIH
Mac-Aids Foundation	Mac-Aids Foundation	PIH
Ambassade de Taiwan	Ambassade de Taiwan	MCFDF
Gouvernement Suisse	Gouvernement Suisse	MCDF

**\* La liste de Prestataires de Services non exhaustive. Institutions pour lesquelles le recours à l'utilisation des données de la « Demande de continuation » au Fonds mondial a du être adopté.  
Source : Base de données REDES 2016.**

**Annexe No. 3 Répartition par Sources de Financement des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016.**

Sources de Financement	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Montants en USD	%	Montants en USD	%	Montants en USD	%
<b>FS.01 Fonds Publics</b>	<b>2 662 292</b>	<b>1,93</b>	<b>2 664 832</b>	<b>2,09</b>	<b>3 392 830</b>	<b>3,07</b>
FS. 01.01.01 Recettes du Gouvernement Central	2 662 292	1,93	2 664 832	2,09	3 392 830	3,07
<b>FS.02 Fonds Privés</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>FS.03 Fonds Internationaux</b>	<b>135 059 967</b>	<b>98,07</b>	<b>125 109 119</b>	<b>97,91</b>	<b>107 207 808</b>	<b>96,93</b>
FS.03.01.07 Gouvernement Français	260 818	0,19	286 298	0,22	325 102	0,29
FS.03.01.22 Gouvernement Américain : PEPFAR	117 771 590	85,50	110 549 082	86,52	89 671 396	81,08
FS.03.01.20 Gouvernement Suisse	0	0,00	0	0,00	55 928	0,05
FS.03.01.23 Gouvernement de la République Populaire de Chine					20 000	0,02
FS.03.02.07 Fonds Mondial	15 363 827	11,15	12 671 666	9,92	14 469 574	13,08
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	304 000	0,22	278 000	0,22	225 000	0,20
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	239 086	0,17	234 778	0,18	150 000	0,14
FS.03.02.12 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	25 000	0,02	28 000	0,02	70 369	0,06
FS.03.02.16 Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)	0	0,00	87 563	0,07	160 972	0,15
FS.03.02.18 Banque Mondiale	0	0,00	1 000	0,001	Donné Non disponibles	N/A
FS.03.02.29 Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	49 820	0,04	105 906	0,08	63 263	0,06
FS.03.03.98 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	284 518	0,21	194 356	0,15	242 734	0,22
FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux n.c.a.	760 647	0,55	672 471	0,52	1 753 469	1,59
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de Données REDES 2014 – 2015 et 2016

**Annexe No. 4 Répartition par Agents de Financement des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016.**

Agents de Financement	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Montants en USD	%	Montants en USD	%	Montants en USD	%
<b>FA.01 Secteur Public</b>	<b>2 662 292</b>	<b>1,93</b>	<b>2 664 832</b>	<b>2,09</b>	<b>3 392 830</b>	<b>3,07</b>
FA. 01.01.01 .01 Ministère de la santé (ou entités du même secteur)	2 639 565	1,92	2 633 014	2,06	2 817 402	2,55
FA.01.01.01.08 Autres ministères (ou entités du même secteur) : MJSAC, MCFDF	22 727	0,01	31 818	0,02	575 429	0,52
<b>FA.02 Secteur Privé</b>	<b>15 000</b>	<b>0,01</b>	<b>15 000</b>	<b>0,01</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
FA.02.99 Autres agents de financement du secteur privé n.c.a.	15 000	0,01	15 000	0,01	0	0,00
<b>FA.03 Organismes Acquéreurs Internationaux</b>	<b>134 860 531</b>	<b>97,91</b>	<b>124 986 119</b>	<b>97,82</b>	<b>105 853 715</b>	<b>95,71</b>
FA.03.01.07 Gouvernement Français	137 500	0,10	237 350	0,19	325 102	0,29
FA.03.01.22 Gouvernement Américain : CDC/USAID	117 771 590	85,50	110 549 082	86,52	89 671 396	81,08
FA.03.02.07 Secrétariat de l'ONUSIDA	304 000	0,22	278 000	0,22	225 000	0,20
FA.03.02.08 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	239 086	0,17	234 778	0,18	150 000	0,14
FA.03.02.10 Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)	15 363 827	11,15	12 671 667	9,92	0	0,00
FA.03.02.11 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	25 000	0,02	28 000	0,02	70 369	0,06
FA.03.02.16 Fonds des Nations Unies pour la population (UNPFA)	723 147	0,52	663 253	0,52	520 864	0,47
FA.03.02.17 Banque Mondiale	0	0,00	1 000	0,00	Données non disponibles	N/A
FA.03.02.19 Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	49 820	0,04	105 906	0,08	63 263	0,06
FA.03.02.99 Autres entités multilatérales n.c.a.	159 853	0,12	48 948	0,04	115 412	0,10
FA.03.03.23 Population Services International	0	0,00	0	0,00	14 469 574	13,08
FS.03.03.98 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif, n.c.a.	86 708	0,06	168 135	0,13	242 734	0,22
<b>FA.03.99 Autres Agents internationaux n.c.a.</b>	<b>183 775</b>	<b>0,13</b>	<b>108 000</b>	<b>0,08</b>	<b>1 354 093</b>	<b>1,22</b>
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de Données REDES 2014 – 2015 et 2016

**Annexe No. 5 Répartition par prestataires de services des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti en 2016.**

Code et description du Prestataires de services	Année 2016	
	Montant en USD	%
<b>PS.01 Prestataires du secteur public</b>	<b>29 794 863</b>	<b>26,94</b>
PS.01.01.01 Hôpitaux	19 848 564	17,95
PS.01.01.02 Soins ambulatoires	3 849 695	3,48
PS.01.01.05 Laboratoires et centres d'imagerie	697 159	0,63
PS. 01.01.14 Département relevant du MSPP	4 729 368	4,28
PS.01.01.99 Organismes gouvernementaux non classifiés ailleurs	670 077	0,61
<b>PS. 02 Prestataires du secteur privé</b>	<b>23 372 867</b>	<b>21,13</b>
PS.02.01 Prestataires du secteur privé à but non lucratif	42 431	0,04
PS.02.01.01.01 Hôpitaux du secteur privé à but non lucratif	9 248 332	8,36
PS.02.01.01.02 Soins ambulatoire, secteur privé à but non lucratif	2 582 430	2,33
PS.02.01.01.05 Laboratoires et centre d'imagerie du secteur privé à but non lucratif	95 088	0,09
PS.02.01.01.13 Institution de recherche	1 782 701	1,61
PS.02.01.01.15 Organisation de la société civile	3 462 608	3,13
PS.02.02.01 Hôpitaux privés à but lucratif	5 505 501	4,98
PS.02.02.02 Soins ambulatoires à but lucratif	639 291	0,58
PS.02.02.99 Autres prestataires non classifiés ailleurs	14 484	0,00
<b>PS.03 Entités bilatérales et multilatérales dans les bureaux des pays</b>	<b>54 531 086</b>	<b>49,30</b>
PS.03.01 Organismes bilatéraux	47 264 104	42,73
PS.03.02 Organismes multilatéraux	7 266 982	6,57
<b>PS.99 Prestataires non classifiés ailleurs</b>	<b>2 901 822</b>	<b>2,62</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Source : Base de Données REDES 2016

**Annexe No. 6 Répartition par Activités des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti en 2016.**

Code et description de l'activité	Année 2016	
	Montant en USD	%
<b>ASC.01 Prévention</b>	<b>23 414 740</b>	<b>21,17</b>
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	207 902	0,19
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	115 596	0,10
ASC.01.03 Conseil et test volontaires	8 179 421	7,40
ASC.01.05 Prévention jeunes gens scolarisés	236 712	0,21
ASC.01.07.01 Communication pour le changement de comportement dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH parmi les PVV	2 486 396	2,25
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnelles du sexe et à leurs clients	723 429	0,65
ASC.01.08.01 CTV dans le cadre des programmes destinés aux professionnelles du sexe et à leurs clients	325 102	0,29
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	767 313	0,69
ASC.01.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables	33 514	0,03
ASC.01.11.02 Marketing social du social et mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail	586	0,00
ASC.01.11.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail	4 943	0,00
ASC.01.11.04 Communication pour le changement de comportement dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail	8 059	0,01
SC.01.11.99 Autres initiatives menées dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail	4 266	0,00
ASC. 01.12 Marketing social du préservatif	30 820	0,03
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant	75 000	0,07
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaire destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	2 453 221	2,22
ASC.01.17.02 Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés séropositifs au VIH	1 631 494	1,48
ASC.01.17.04 Méthodes d'accouchement dans le cadre des programmes de PTME	63 122	0,06
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activités	2 375 088	2,15
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	2 555 375	2,31
ASC.01.22.98 Prophylaxie post-exposition, données non ventilées par type d'activité	571 468	0,52
ASC.01.98 Activité de prévention non ventilées par type d'activités	542 652	0,49
ASC.01.99 Activités de prévention non classifiées ailleurs	23 261	0,02
<b>ASC.02 Soins et traitement</b>	<b>39 809 255</b>	<b>35,97</b>

ASC.02.01 Soins ambulatoires	1 607 272	1,45
ASC.02.01.01 Conseil et test volontaires à l'initiative du prestataire	1 041 810	0,94
ASC.02.01.03.98 Thérapie antirétrovirale, données non ventilées soit par âge, soit par intention	21 347 119	19,30
AC.02.01.03.02.98 Polychimiothérapie antirétrovirale pédiatrique, données non ventilées par intention	879 064	0,79
ASC.02.01.04 Aide alimentaire associée à la thérapie antirétrovirale	474 306	0,43
ASC.02.01.05 Suivi en laboratoire spécifique au VIH	7 922 712	7,16
ASC.02.01.07 Traitement et service d'accompagnement psychologique	149 593	0,04
ASC.02.01.09 Soins à domicile	1 023 110	0,93
ASC.02.01.98 Services de soins ambulatoires non ventilés par type d'activités	2 908 247	2,63
ASC.02.98 Services de soins et traitement non ventilés par type d'activités	2 453 443	2,22
ASC.02.99 Services de soins et traitement non classifiés ailleurs	2 480	0,00
<b>ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables</b>	<b>4 875 791</b>	<b>4,41</b>
ASC.03.01 Education des OEV	2 002 430	1,81
ASC.03.02 Soins de santé de base destinés aux OEV	734 076	0,66
ASC.03.03 Appui à la famille à domicile aux OEV	2 139 285	1,93
<b>ASC.04 Gestion et Administration de programmes</b>	<b>29 722 364</b>	<b>26,87</b>
ASC.04.01 Planification. Coordination et gestion de programmes	9 405 085	8,50
ASC.04.02 Coûts administratifs et de transaction liés à la gestion et au décaissement des fonds	6 930 014	6,27
ASC.04.03 Suivi et évaluation	2 230 104	2,02
ASC.04.04 Recherche opérationnelle	625 375	0,57
ASC.04.05 Surveillance sérologique	382 621	0,35
ASC.04.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH	42 513	0,04
ASC.04.07 Système d'approvisionnement en médicaments	1 879 380	1,70
ASC.04.08 Technologie de l'information	3 956 954	3,58
ASC.04.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients	3 319 322	3,00
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	117 413	0,11
ASC.04.10.01 Amélioration des infrastructures et nouveaux équipements de laboratoire	796 881	0,72
ASC.04.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs	36 601	0,03
<b>ASC.05 Ressources humaines</b>	<b>2 429 634</b>	<b>2,20</b>
ASC.05.01.03.99 Incitations financières à l'égard d'autre personnel, données non classifiées ailleurs	45 540	0,04
ASC.05.03 Formation	1 739 749	1,57
ASC.05.98 Ressources humaines, données non ventilées par type d'activités	644 345	0,58

<b>ASC.06 Protection sociale et services sociaux</b>	<b>3 191 967</b>	<b>2,89</b>
ASC.06.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers	200 777	0,18
ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifiques de la lutte contre le VIH	594 276	0,54
ASC.06.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activités	2 396 914	2,17
<b>ASC.07 Environnement favorable</b>	<b>6 044 083</b>	<b>5,46</b>
ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida	2 632 074	2,38
ASC.07.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida se concentrant sur les femmes	14 749	0,01
ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexistes	656 954	0,59
ASC.07.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type	2 654 425	2,40
ASC.07.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable non classifiées ailleurs	85 880	0,08
<b>ASC.08 Recherche liée au VIH à l'exception de la recherche opérationnelle</b>	<b>1 112 805</b>	<b>1,01</b>
ASC.08.03 Recherche épidémiologique	18 399	0,02
ASC.08.98 Activités de recherches liées au VIH non ventilées par type d'activités	1 094 406	0,99
<b>TOTAL</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Source : Base de Données REDES 2016

**Annexe No. 7 Répartition par Populations Bénéficiaires des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016.**

Code et description de la population bénéficiaire	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>BP.01 Personnes vivant avec le VIH</b>	<b>81 142 269</b>	<b>58,91</b>	<b>72 990 121</b>	<b>57,12</b>	<b>77 848 646</b>	<b>70,39</b>
BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	49 629	0,04	0	0,00	0	0,00
BP.01.01.98 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe	3 762 852	2,73	2 375 175	1,86	0	0,00
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par âge et par sexe	76 147 274	55,28	68 715 047	53,78	76 969 582	69,59
BP.01.02.98 Enfants âgés de moins de 15 ans vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	1 182 514	0,86	1 899 899	1,49	879 064	0,79
<b>BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables</b>	<b>965 959</b>	<b>0,70</b>	<b>1 078 475</b>	<b>0,84</b>	<b>3 002 755</b>	<b>2,71</b>
BP. Consommateurs de drogues injectables (CDI) et leurs partenaires sexuels	0	0,00	0	0,00	33 514	0,03
BP.02.02.01 Professionnels du sexe et leurs clients	438 014	0,32	446 667	0,35	820 186	0,74
BP.02.02.98 Professionnels du sexe et leurs clients, données non ventilées par sexe.	0	0,00	237 350	0,19	1 061 840	0,96
BP.02.98 Groupes de population particulièrement vulnérables, données non ventilées par type d'activités	11 535	0,01	0	0,00	0	0,00
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	516 411	0,37	394 458	0,31	1 087 214	0,98
<b>BP.03 Autres groupes de population clé</b>	<b>16 471 138</b>	<b>11,96</b>	<b>16 912 852</b>	<b>11,96</b>	<b>14 325 358</b>	<b>12,21</b>
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables	3 608 585	2,62	4 949 986	3,87	4 875 791	4,41
BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	5 358 761	3,89	6 626 534	5,19	6 622 958	5,99
BP.03.04 Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (en raison d'une situation d'urgence)	0	0,00	0	0,00	9 638	0,01



BP.03.07 Détenus et personnes placées en institution	0	0,00	0	0,00	24 445	0,02
BP.03.13 Partenaires de personnes vivant avec le VIH	836 477	0,61	1 514 368	1,19	45 290	0,04
BP.03.14 Transfusés ou receveurs de produits sanguins	5 699 056	4,14	2 950 233	2,31	2 747 235	2,48
BP.03.98 Autres groupes de population clés, données non ventilées par type d'activités	968 259	0,70	870 731	0,68	0	0,00
BP.03.99 Autres groupes de population clés, données n.c.a	0	0,00	1 000	0,00	0	0,00
<b>BP.04 Groupes de population spécifiques "accessibles"</b>	<b>1 903 237</b>	<b>1,38</b>	<b>2 307 107</b>	<b>1,81</b>	<b>290 488</b>	<b>0,05</b>
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	40 835	0,03	0	0,00	236 712	0,22
BP.04.04 Etudiants à l'université	10 800	0,01	5 285	0,00	0	0,00
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	1 767 614	1,28	2 133 687	1,67	0	0,00
BP.04.10 Ouvriers d'usines (Initiatives engagées sur le lieu de travail)	83 987	0,06	168 135	0,13	53 776	0,05
<b>BP.05 Ensemble de la population</b>	<b>36 924 285</b>	<b>26,82</b>	<b>34 391 037</b>	<b>26,92</b>	<b>14 561 923</b>	<b>14,13</b>
BP.05.01.02 Population adulte féminine	123 317	0,09	136 511	0,11	25 000	0,02
BP.02.02.02 Filles	0	0,00	0	0,00	66 503	0,06
BP.05.02.98 Enfants âgés de moins de 15, données non ventilées par sexe	0	0,00	28 000	0,02	0	0,00
BP.02.03 Jeunes femmes	0	0,00	0	0,00	746 286	0,67
BP.05.03.98 Jeunes gens âgés de 15 à 24 ans	437 431	0,33	249 132	0,19	366 792	0,33
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe	36 363 537	26,40	33 977 394	26,59	13 374 381	12,09
<b>BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données n.c.a.</b>	<b>314 710</b>	<b>0,23</b>	<b>94 360</b>		<b>571 468</b>	<b>0,52</b>
BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données n.c.a.	314 710	0,23	94 360	0,07	571 468	0,52
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Sources : Bases de Données REDES 2014 – 2015 et 2016

**Annexe No. 8 Répartition par Facteurs de Production des Dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti de 2014 à 2016.**

Facteurs de Production	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>PF.01 Dépenses courantes</b>	<b>128, 513,842.96</b>	<b>93,30</b>	<b>120 734 496</b>	<b>94,49</b>	<b>105 951 284</b>	<b>95,80</b>
PF.01.01.01 Salaires	6 701 835	4,87	6 314 113	4,94	7 097 099	6,42
PF.01.01.03 Revenus salariaux indirects	7 500	0,01	0	0,00	14 382	0,01
PF.01.01.98 Revenus de travail, données non ventilées par type	45 974 900	33,38	39 385 114	30,82	43 152 629	39,02
PF.01.01.99 Revenus de travail non classifiés ailleurs	-		2 800	0,002	48 756	0,04
PF.01.02 Fournitures et services					120 879	0,11
PF.01.02.01.01 Antirétroviraux	10 590 417	7,69	14 999 781	11,74	5 563 278	5,03
PF.01.02.01.02 Autres médicaments et produits pharmaceutiques (à l'exception des antirétroviraux)	4 222 694	3,07	4 813 545	3,77	5 615 609	5,08
PF.01.02.01.03 Fournitures médicales et chirurgicales	2 545 613	1,85	2 552 365	2,00	1 837 485	1,66
PF.01.02.01.04 Préservatifs	1 218 533	0,88	2 436 923	1,91	1 074 086	0,97
PF.01.02.01.05 Réactifs et matériels	441 679	0,32	24 931	0,02	313 890	0,28
PF.01.02.01.06 Produits alimentaires et nutriments	70 242	0,05	273 988	0,21	638 663	0,58
PF.01.02.01.07 Uniformes et matériels scolaires	621 137	0,45	317 990	0,25	173 820	0,16
PF.01.02.01.98 Matériels, données non ventilées par type	4 864 545	3,53	7 471 060	5,85	3 611 902	3,27
PF.01.02.01.99 Autres matériels, n.c.a.	1 465	0,00		0,00	0,00	0,00
PF.01.02.02.01 Services administratifs	1 031 982	0,75	1 146 066	0,90	868 587	0,79
PF.01.02.02.02 Maintenance et services de réparation					225 786	0,20
PF.01.02.02.03 Services liés à la publication, à la production cinématographique, à la radiodiffusion et à l'élaboration de programmes	220 207	0,16	36 601	0,03	400 867	0,36

PF.01.02.02.04 Services de consultants	5 074 541	3,68	4 064 409	3,18	3 934 305	3,56
PF.01.02.02.05 Services de transport et de déplacement	6 220 037	4,52	6 499 729	5,09	6 088 885	5,51
PF.01.02.02.06 Services d'hébergement	5 221	0,00	73 316	0,06	27 618	0,02
PF.01.02.02.07 Services logistiques liés à des manifestations y compris les services de restauration	674 492	0,49	490 784	0,38	691 445	0,63
PF.01.02.02.08 Services d'intermédiation financière	660 217	0,48	942 280	0,74	497 051	0,45
PF.01.02.02.98 Services, données non ventilées par type	1 857 212	1,35	1 424 609	1,11	1 368 714	1,24
PF.01.02.02.99 Services non classifiés ailleurs	95 343	0,07	98 505	0,08	556 024	0,50
PF.01.98 Dépenses courantes, données non ventilées par type	35 414 030	25,71	27 365 586	21,42	22 029 524	19,92
<b>PF.02 Dépenses en capital</b>	<b>8 829 493</b>	<b>6,41</b>	<b>6 714 637</b>	<b>5,26</b>	<b>4 649 354</b>	<b>4,20</b>
PF.02.01.01 Modernisation des laboratoires et autres infrastructures	0	0,00	211 058	0,17	80 967	0,07
PF.02.01.98 Construction, données non ventilées par type	1 483 386	1,08	1 460 436	1,14	146 609	0,13
PF.02.02.01 Véhicules	258 776	0,19	176 735	0,14	58 500	0,05
PF.02.02.02 Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)	4 879	0,00	115 812	0,09	637 783	0,58
PF.02.02.03 Laboratoires et autres équipements médicaux					91 795	0,08
PF.02.02.98 Equipements, données non ventilées par type	4 152 618	3,01	1 477 236	1,16	1 664 387	1,50
PF.02.99 Dépenses en capital, données non classifiées ailleurs	0	0,00	1 969 304	1,54	1 969 304	1,78
PF.02.98 Dépenses en capital, données non ventilées par type	2 929 834	2,13	1 304 056	1,02	10	0,00
<b>PF.98 Facteurs de production, données non ventilées par type</b>	<b>378 262</b>	<b>0,29</b>	<b>324 818</b>	<b>0,25</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>137 722 259</b>	<b>100</b>	<b>127 773 951</b>	<b>100</b>	<b>110 600 638</b>	<b>100</b>

Source : Bases de Données REDES 2014 – 2015 et 2016