



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Les stratégies de lutte contre le VIH/sida en Haïti : Identification des contraintes et propositions d'amélioration

présenté par

Kerline MONTPEROUSSE

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé internationale

30 mars 2009

Devant le jury composé de :

Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé de l'Université Senghor

Sani KOZMAN Examineur

Consultant international de VIH, Président ONG des PV avec VIH

Mme Anne Marie MOULIN Examineur

Directeur de recherche, CNRS-CEDEJ, Le Caire

REMERCIEMENTS

Je remercie l'Éternel Dieu Tout Puissant pour sa grâce constante et son amour infini.

Mes remerciements vont également à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce travail :

- A l'Université Senghor d'Alexandrie par l'intermédiaire du Recteur, Monsieur Fernand TEXIER, qui m'a octroyé une bourse d'études me permettant de réaliser cette formation de master en Santé Internationale ;
- Au Directeur du département de Santé, Monsieur Christian MESENGE pour son accompagnement tout au long de cette formation ;
- A la secrétaire du département santé, Madame Alice MOUNIR pour ses conseils ;
- Au Consultant international de VIH, Président ONG de PV avec VIH, Monsieur Sany KOZMAN pour ses corrections et ses conseils ;
- A tout le personnel de Spectre de rue à Montréal, spécialement Monsieur Gilles BEAUREGARD et Monsieur François CLEMENT;

A tout le personnel de l'Université Senghor qui a contribué d'une manière ou d'une autre à cette formation.

DEDICACES

Chantez à l'éternel un cantique nouveau vous tous habitants de la terre ! Célébrez-le, bénissez son Nom !

Je dédie ce mémoire à :

- ⌚ L'Eternel Dieu, le Roi des rois et le Seigneur des seigneurs, lui qui a fait de grandes choses pour moi ;
- ⌚ Ma très chère Maman, Madame Chrismène MONTPEROUSSE pour tous ses sacrifices pour faire de moi ce que je suis ;
- ⌚ Mes sœurs bien aimées, Rose M. LEBRUN et Manouchea MONTPEROUSSE pour leur amour ;
- ⌚ Mes nièces et neveux chéris Eunice R. Héloïdie LEBRUN, Yamanouchee JOSNY, Samuel L. Manoach LEBRUN ;
- ⌚ Mon très grand Ami et confrère, Nolex FONTIL qui m'a supporté pendant tout le long de ce travail ;
- ⌚ Mes Beaux Frères, Ernst LEBRUN et Mehu JOSNY pour leur soutien ;

Et enfin, tous mes amis et camarades de promotion qui ont connu les mêmes péripéties que moi loin des leurs.

RESUME

Par ses impacts sociaux, ses conséquences économiques, son incurabilité, le VIH/sida tend à se constituer comme l'un des grands défis du siècle. Environ 30 ans après sa découverte, il est déjà présent sur tous les cinq continents mais avec des dégâts beaucoup plus importants dans les territoires socio-économiquement faibles. Selon l'ONUSIDA, le désastre qu'il a déjà causé est significatif ; des dizaines de millions de morts, des centaines de millions d'années de vie perdues, d'innombrables orphelins et des économies affaiblies. En Haïti, le VIH/sida, est à la fois un problème de santé publique et aussi social. Et, il représente un facteur négatif très important au développement. Point focal de nombreux organismes non-gouvernementaux et publics, lesquels multiplient des activités pour tenter de faire face à son expansion et limiter ses dégâts au sein de la société, le virus continue de prendre de l'ampleur et entraîne une constante remise en question de ces interventions et les stratégies adoptées. Aussi, sommes-nous intéressé à explorer cette problématique sous le thème « Les stratégies de lutte contre le VIH/sida en Haïti : Identification des contraintes et propositions d'amélioration ».

Dans l'objectif d'identifier les contraintes qui amenuisent les effets des programmes d'intervention dans la lutte contre la pandémie, nous avons utilisé une approche méthodologique fondée, d'une part sur une recherche documentaire, l'analyse du contexte du pays à la recherche des facteurs causaux pour pouvoir mettre en évidence ces contraintes dans une perspective d'amélioration des actions ; d'autre part, sur les acquis de connaissances et des bonnes pratiques canadiennes grâce à un stage dans l'institution " Spectre de rue " en vue d'une analyse de leur transférabilité au contexte haïtien. L'étude a révélé une déficience des actions par rapport des facteurs socioculturels caractéristiques du milieu et la précarité économique des communautés n'ont pas été pris en compte, ou s'ils l'ont été mais de manière insuffisante. En conséquence, l'incidence du VIH est restée forte en dépit des efforts. Quels mécanismes d'intervention possibles pour améliorer les résultats des programmes ? Voici entr'autres, l'une des questions à laquelle nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse dans ce travail après avoir mis à jour les principales barrières à la lutte efficace contre le VIH/sida en Haïti.

Mots-clefs : VIH/sida et pauvreté, prévention, santé publique, développement, stratégies de lutte.

ABSTRACT

Through its social impact, its economic consequences, its incurability, HIV/AIDS tends to remain one of the great challenges of the century. Approximately 30 years after its discovery, it is already present on all five continents, but with much greater damage in the territories socio-economically disadvantaged. According to UNAIDS, the disaster it has already caused is significant, with tens of millions of deaths, hundreds of millions of years of life lost, countless orphans and weakened economies. In Haiti, HIV/AIDS is both a public health and social problem. And it is a very important negative factor in development. Focal point of many non-governmental and public activities which multiply in an attempt to cope with its expansion and limit its damage to society, the virus continues to grow and leads to constant questioning of these interventions and strategies. Also, we are interested in exploring this issue under the theme "Strategies to fight against HIV/AIDS in Haiti: Identification of constraints and proposed improvement."

With the aim to identify the constraints which reduce the effects of intervention programs in the fight against the pandemic, we used a methodological approach based, in part on a literature search, analysis of the country context in the search for causal factors in order to highlight these constraints in order to improve actions; on the other hand, on the acquired knowledge and best practices in Canada through an internship in the institution " Spectre de rue " in order to analyze their transferability to the Haitian context. The study found a deficiency of actions in relation to sociocultural characteristics of the environment and the economic precarity of communities were not taken into account, or have been but not sufficiently. Consequently, the incidence of HIV has remained strong in spite of efforts. What possible intervention mechanisms to improve programs performance? Here is among others, one of the questions to which we attempted to provide some answers in this work after updating the main barriers to the effective fight against HIV/AIDS in Haiti.

Key-words HIV/AIDS, poverty, prevention, public health, development, fight strategies.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACDI	: Agence Canadienne de Développement Internationale
ADPIC	: Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle et Commerciale
APD	: Aide Publique au développement
ARV	: Antirétroviraux
ASCP	: Association canadienne de santé publique
ASON	: Association de Solidarité Nationale avec les personnes affectées et infectées par le VIH/sida
BRH	: Banque de la République d’Haïti
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDC	: Center for Disease Control
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
COCQ-SIDA	: Coalition des Organismes Communautaires Québécois de lutte contre le sida
CPFO	: Centre de Promotion des Femmes ouvrières
CRS	: Catholic Relief Services
DPS	: Département de la Santé Publique
DSNCRP	: Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
EMMUS	: Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l’Utilisation des Services
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture
FHI	: Family Health International
FNUAP	: Fond des Nations Unies en matière de Population
FOSREF	: Fondation pour la Santé Reproductive et l’Education Familiale
GHESKIO	: Groupe Haïtien d’Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
GRASADIS	: Groupe de Recherches et d’Actions Antisida et Anti Discrimination Sexuelle
HARSAH	: Hommes Ayant des Rapports Sexuels avec d’Autres Hommes
IEC	: Information, Education et Communication
IHSI	: Institut Haïtien de Statistiques et d’Informatique
IMPACT	: Implementing Agency for Cooperation and Training
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
ITSS	: Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang
MAST	: Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	: Ministère de la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MENFP	: Ministère de l’Éducation Nationale et de formation professionnelle

MESI	: Monitoring and Evaluation System Interface
MJ	: Ministère de la Justice
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	: National Alliance of State and Territorial AIDS Directors
ODM	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMC	: Organisation Mondiale du Commerce
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	: Organisation Panaméricaine de la santé
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNSP	: Programme National de Santé Publique 2003-2012
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le développement
POZ	: Promoteurs Objectif Zéro sida
PSI	: Programme Santé et Information
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH/sida
RGPPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
Sida	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
UDI	: Utilisateurs de Drogues par Injection
UN	: Nations Unies
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UQAM	: Université du Québec à Montréal
USAID	: Agence des États-Unis pour le Développement
VDH	: Volontariat pour le Développement d'Haïti
VHC	: Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	v
LISTE DES FIGURES	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DU VIH/SIDA EN HAÏTI	3
1.1 Caractéristique global et informations démographiques d’Haïti	3
1.2 Panorama sur la situation du VIH en Haïti et l’état des risques	5
1.2.1 Les causes de la croissance de l’épidémie	7
1.2.2 La relation entre la pauvreté et les IST/VIH/sida	7
1.2.3 Niveaux d’infection au VIH et d’autres IST chez les groupes à risques.....	7
1.3 La question de recherche	8
1.4 Justification du choix du sujet du sujet	9
1.5 Les objectifs.....	10
1.5.1 Objectifs généraux	10
1.5.2 Objectif spécifique.....	10
CHAPITRE II : REVUE DE LITTERATURE	11
2.1. Origine et évolution du VIH/sida dans le monde	11
2.1.1. VIH et sida - définition.....	11
2.1.2. Modes de transmission	12
2.1.3. Moyens de prévention.....	12
2.2. Histoire naturelle du VIH/sida.....	13
2.3. Coup- d’œil sur VIH/sida dans le monde	13
2.4. Progression et évolution de l’infection du VIH/sida en Haïti	15
2.5. Complication du problème de VIH et la corrélation avec d’autres infections	16
2.6. État des recherches sur l’épidémie du VIH	17
2.6.1. Multiplication des efforts sur le plan international	17
2.6.2. L’apport des ARV dans la lutte	18
2.7. Haïti et les OMD sur le VIH/ sida.....	18
2.8. Les enjeux majeurs	20
2.8.1. Les difficultés socioéconomiques	20
2.8.2. La Vulnérabilité de certains groupes face au VIH/sida.....	20
2.9. VIH et sida un problème de développement complexe	21
2.10. Impacts socio- économiques de la maladie	22
2.11. Les attaches du sida avec la pauvreté	23
2.12. Mobilisation des ressources et stratégies de lutte contre le VIH/sida.....	24

2.12.1.	Réplique contre le VIH/sida au niveau mondial	24
2.12.2.	La lutte contre le VIH/sida en Haïti	25
2.12.2.1.	Réaction contre la pandémie au niveau du gouvernement	25
2.12.2.2.	Riposte à la pandémie par les organismes communautaires	26
2.12.3.	Connaissances sur le VIH/sida et des moyens de prévention	27
2.13.	Synthèse	27
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE DU TRAVAIL		28
3.1.	Sources des données utilisées	28
3.2.	Recherche bibliographique	28
3.3.	Analyse de l'évolution du VIH/sida en rapport avec les OMD	28
3.4.	L'expérience du stage à Montréal	29
3.4.1.	Contexte du stage professionnel	29
3.4.2.	Présentation de la structure d'accueil	29
3.4.3.	Activités menées lors du stage	30
3.4.4.	Contribution du stage à la réalisation du mémoire	31
3.4.4.1	Acquis pratiques sur la prévention du VIH/sida	31
3.4.4.2	Visites et entretiens	31
3.4.4.3	Autres acquis socioprofessionnels	32
3.5.	Limites et contraintes du travail.....	32
CHAPITRE IV : PISTES D'AMELIORATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN HAÏTI.....		34
4.1.	Les leçons apprises du Stage à Spectre de rue à Montréal.....	34
4.1.1.	Réseautage des ONG québécoises.....	35
4.1.2.	Spécialisation des tâches basées sur le résultat	35
4.1.3.	Présence et contrôle de l'Etat	35
4.1.4.	Bonne relation entre les intervenants et les bénéficiaires	36
4.2.	Les contraintes identifiées dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti.....	36
4.2.1.	Le couple pauvreté- chômage	36
4.2.2.	Contraintes d'interprétations socioculturelles.....	37
4.2.3.	Croisement des ONG et duplication des programmes sur le territoire	38
4.2.4.	Insuffisance de l'action gouvernementale	38
4.3.	Propositions de pistes d'amélioration.....	39
4.3.1.	Capitalisation du savoir-faire québécois	40
4.3.2.	Une nouvelle politique avec des ouvertures pour les communautés locales	41
4.3.3.	Des mesures incitatives préventives et curatives.....	42

4.3.3.1.	L'approche préventive	42
4.3.3.2.	L'approche curative	43
4.3.4.	Moyens et ressources.....	44
CONCLUSION		46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		48
ANNEXES		52
Annexe 1 Guide d'entretien avec des organismes à Montréal.....		52
Annexe 2 Guide d'entretien semi directif.....		53
Annexe 3 Tableau des antirétroviraux utilisés pour traiter l'infection par le VIH.....		54

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Haïti en Amérique	4
Figure 2	Prévalence du VIH dans la région de la Caraïbe.....	6
Figure 3	Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes selon l'âge en Haïti en 2006	6
Figure 4	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 dans les 10 départements du pays	8
Figure 5	Adultes et enfants vivant avec le VIH, estimations en 2007	15
Figure 6	Evolution de la prévalence du VIH en Haïti de 2001 à 2007.....	19
Figure 7	Structure des dépenses d'Investissements par Secteur (Ministère) en 2006-2007.....	39
Figure 8	Le flux des échanges et les avantages du fonctionnement en réseau des ONG	40
Figure 9	Personnes sous ARV, Haïti 2006, 2007.....	43
Figure 10	Répartition des sites ARV en Haïti par commune en 2006.....	44

INTRODUCTION

Après la découverte du VIH, il y a environ trente (30) ans, la réalité montre qu'il s'agit vraiment du mal du siècle. Il s'est vite transformé en une pandémie et reste le défi infectieux le plus grave en matière de santé publique. En effet, chaque jour, le VIH infecte plus de 6800 personnes, la prévalence en termes de pourcentage a tendance à se stabiliser mais la persistance de nouvelles infections même si c'est à un rythme moindre fait que le nombre de personnes qui vit avec le VIH s'élève à 33,2 millions et plus de 5700 personnes meurent du sida, particulièrement parce qu'elles n'ont pas pu accéder correctement aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH. Malgré les progrès accomplis pour élargir l'accès au traitement du VIH, l'épidémie du sida continue d'avancer plus vite que la riposte mondiale. Aucune région du monde n'est épargnée. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée et le sida reste l'une des principales causes de mortalité.

L'épidémie reste très dynamique et se développe en changeant de caractère au fur et à mesure que le virus exploite de nouvelles occasions de transmission. De ce fait, on peut dire que le sida est une crise d'une nature extraordinaire, qu'il est à la fois une urgence et un problème de développement à long terme. La réalité sur le VIH/sida en Haïti et à travers le monde est frappante. Cette situation a suscité beaucoup de mobilisations tant au niveau du gouvernement qu'au niveau des organismes nationaux et internationaux en vue de combattre la pandémie. En dépit de tous ces efforts, le virus défie encore les chercheurs et la science et continue de causer des dégâts sur son passage même si ce n'est pas au même rythme qu'au début de la découverte du virus.

Lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies en 2001, Haïti a ratifié la déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Par cet acte, le gouvernement haïtien s'est engagé à renforcer ses interventions en vue de combattre ce fléau et lutter contre le sida devient l'une des priorités du gouvernement. Il est important de signaler que l'apport des ONG via des progrès qui ont été déjà réalisés pendant la dernière décennie dans cette lutte est à considérer. Mais, en combinant ces deux types d'interventions, il y a lieu de questionner l'applicabilité de certaines stratégies d'actions à travers ce thème « Les stratégies de lutte contre le VIH/sida en Haïti : Identification des contraintes et propositions d'amélioration ». Ainsi, nous nous sommes proposé de trouver le bien fondé de ces préoccupations et de les analyser en vue d'une meilleure applicabilité.

Dans la réalisation de leurs activités, et en dépit de leurs efforts, les bailleurs de fond et les ONG ont manqué dans le passé et les résultats d'intervention pourraient être mieux si certains paramètres étaient pris en compte ainsi que les contextes socioculturels. Dans la réalisation des activités sur le terrain il y a lieu de constater aussi l'existence de duplication et tout ceci par manque de synergie. Face à cet état de fait il nous revient d'apposer cette interrogation : *En analysant les différentes stratégies d'intervention, ne serait-il pas possible d'en déterminer quels sont les principaux obstacles à l'application des politiques de lutte contre le VIH/sida en Haïti ?*

L'axe principal de la réflexion de notre travail est basé sur cette question. Pour y répondre, nous avons opté pour la démarche méthodologique reposant sur ces points suivants :

- Une recherche bibliographique pour passer en revue la littérature grise scientifique disponible sous forme de bibliographie éditée, rapports de conférences et séminaires qui traitent de tous les aspects en rapport avec le VIH/sida. Les données et les indicateurs d'analyse utilisés proviennent en majorité des bases de données des principales organisations qui sont très actives dans la lutte contre le sida. Ces bases de données sont entre autres celles de OMS, PNUD, USAID, ONUSIDA, Banque Mondiale, IHSI, IHE, MESI, etc...ont été consultées afin d'approfondir la problématique ;
- Une analyse de l'évolution du VIH/sida en rapport avec les OMD pour actualiser les données;
- Des éléments d'informations d'un stage de mise en situation professionnelle que nous avons réalisé à Spectre de rue sous le thème « Les stratégies de lutte contre le VIH/sida » ont été également utilisés dans le cadre de ce travail.

A partir de ces données, nous avons fixé et réalisé l'objectif spécifique suivant :

« Proposer des pistes d'amélioration dans la lutte contre le VIH/sida adaptées aux contextes socioculturels et économiques d'Haïti. »

Le plan organisationnel du travail comprend:

- La problématique sur la situation du VIH/sida en Haïti, l'état actuel du niveau de prévalence, sa corrélation avec la pauvreté et son impact sur le développement ;
- Une revue de littérature qui traite des différents thèmes et concepts qui traitent du VIH/sida sur le plan international et en Haïti, la mobilisation qui est déjà faite à tous les niveaux, les difficultés socioculturelles, l'état actuel des recherches ;
- La méthodologie décrivant l'approche et la méthode de traitement des informations qui ont aidé à l'accomplissement du travail ;
- L'identification des différentes contraintes dans l'applicabilité des stratégies de lutte contre le VIH/sida
- Une proposition des pistes d'amélioration ;
- La conclusion de notre travail.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE DU VIH/SIDA EN HAÏTI

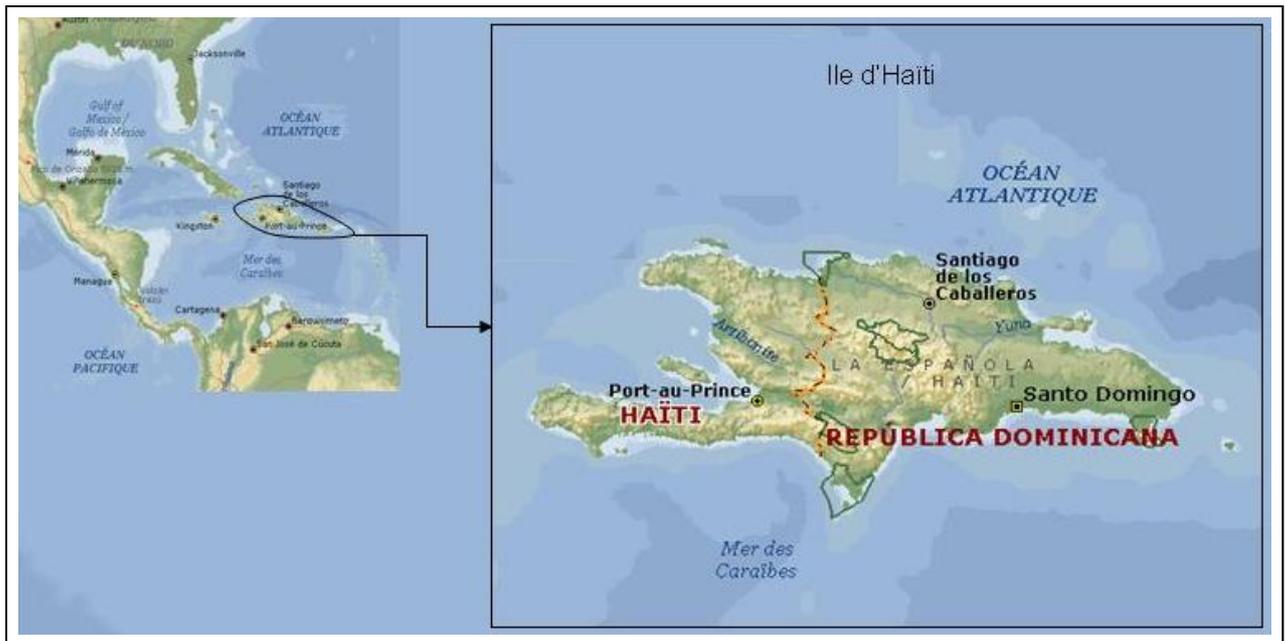
En regardant les taux de prévalence du VIH/sida selon les dernières statistiques pour la région de la Caraïbe on verra bien qu'Haïti a un fort taux. Et au vu de la répartition entre les différents groupes d'âges, groupes sociaux au niveau du territoire national, la question du VIH/sida représente un problème majeur de santé. Nombreux sont les organismes qui interviennent dans ce domaine afin de contrecarrer sa propagation rapide à travers différentes stratégies d'interventions mais, les résultats montrent qu'il reste encore à faire pour circonscrire ce mal de la société. Dans ce chapitre nous allons essayer de présenter un panorama de la problématique du VIH/sida en Haïti tout en tenant compte des contextes socioéconomique, sanitaire et environnemental. Nous mettrons en évidence ses liens avec la pauvreté et quelques causes favorisantes de sa propagation dans le milieu haïtien. Ensuite, nous exposerons la question de recherche et l'importance du choix du sujet suivi des objectifs poursuivis dans le cadre de ce travail.

1.1 Caractéristique global et informations démographiques d'Haïti

Haïti désigne à la fois une île, la deuxième plus grande des îles caribéennes en Amérique, et un état indépendant, la République d'Haïti. L'île d'Haïti (Figure 1, p. 4) est baignée par l'océan Atlantique et partagée entre la République dominicaine, à l'est, s'étendant sur $\frac{3}{4}$ de sa superficie, soit 48730 km² et la République d'Haïti située dans la partie occidentale qui occupe le tiers soit une superficie d'environ 27 750 km².

Administrativement, le pays est divisé en 10 départements : l'Artibonite, le Centre, la Grande Anse, le Nord, le Nord-est, le Nord-ouest, les Nippes, l'Ouest, le Sud et le Sud-est. La capitale économique et politique est Port au Prince dans le département de l'Ouest. Il existe 140 communes et 570 sections communales.

Figure 1 Haïti en Amérique



Source : Réalisée à partir de cartes tirées dans Microsoft Encarta 2006

Selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2007, la population est estimée à 9 609 600 en 2007. Selon l'Institut haïtien de statistiques et d'informatique (IHSI), près de 4,96 millions des habitants, c'est-à-dire environ 59.2% de la population, vivaient en zones rurales en 2003. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (52%) que les hommes (48%). L'indice synthétique de fécondité est de 4,7 enfants par femme. La population haïtienne est jeune : la moitié a moins de 20 ans. Le taux annuel de croissance démographique est de l'ordre de 2,08%, (MSPP, 2002).

Etant un pays moins avancé (PMA), Haïti fait face à de nombreux défis d'ordre politique, socio-économique et environnemental tels : dégradation des ressources naturelles, désastres naturels, urbanisation, eau et assainissement, éducation, VIH/sida qui rendent sa situation particulière. L'évolution de l'économie nationale est plutôt faible avec un taux de croissance du PIB de 2.30 % en 2006 et 3.2 % en 2007 (IHSI, 2007). Le dernier RGPH a révélé que le taux de population économiquement active se situe autour de 54,4%. D'une histoire jalonnée de crises politiques et économiques, les conditions de vie se sont altérées.

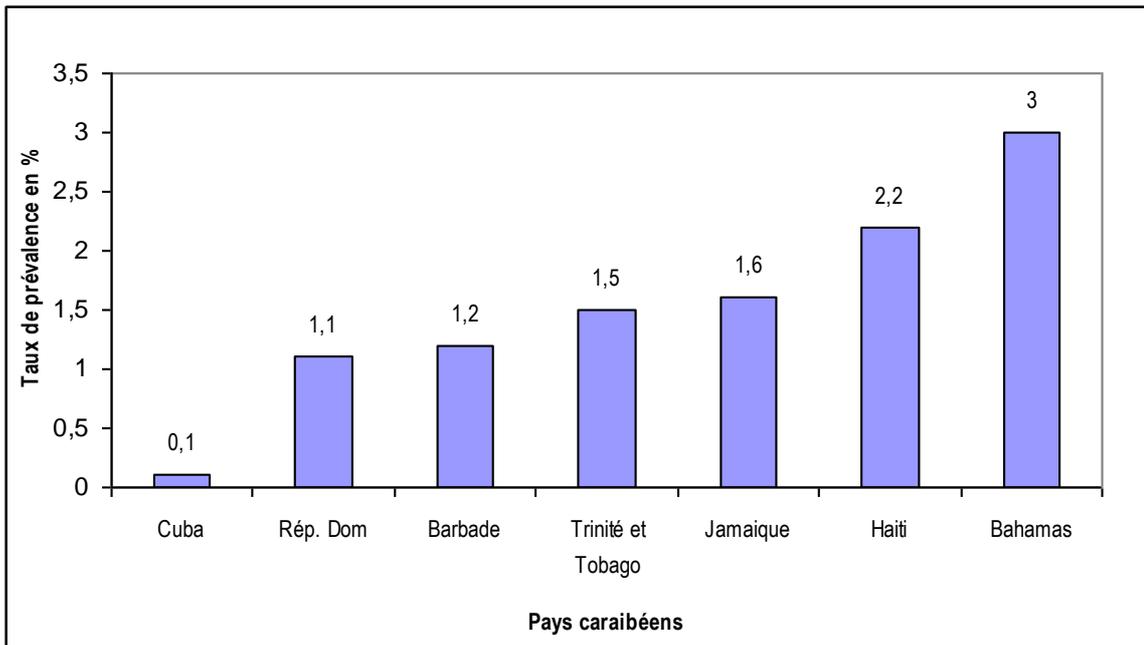
Sur le plan sanitaire, la situation en Haïti est précaire et en matière d'indicateurs de santé ; elle est la moins bien placée de tous les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. L'espérance de vie à la naissance est de 63 ans pour les femmes et de 59 ans pour les hommes (OMS, 2006). D'après les résultats de la dernière enquête démographique et de santé en 2006, seulement 25% des accouchements ont lieu dans une institution sanitaire; la mortalité maternelle est estimée à 630 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile à 57 pour 1000. Les ressources humaines en santé sont en nombre insuffisant et mal réparties à travers la région. La couverture en personnel sanitaire est de 2,5 médecins, 1 infirmière, 2,5 auxiliaires, pour 10.000 habitants. Des 1 850 médecins

qui garantissent la couverture sanitaire dans les hôpitaux et centres de santé publics, la majorité se trouve dans le département sanitaire de l'Ouest (UNGASS Haïti, 2007). Les coûts, la distance et le manque de transport sont souvent cités comme des obstacles importants dans l'accès aux soins, en particulier en ce qui concerne les femmes.

1.2 Panorama sur la situation du VIH en Haïti et l'état des risques

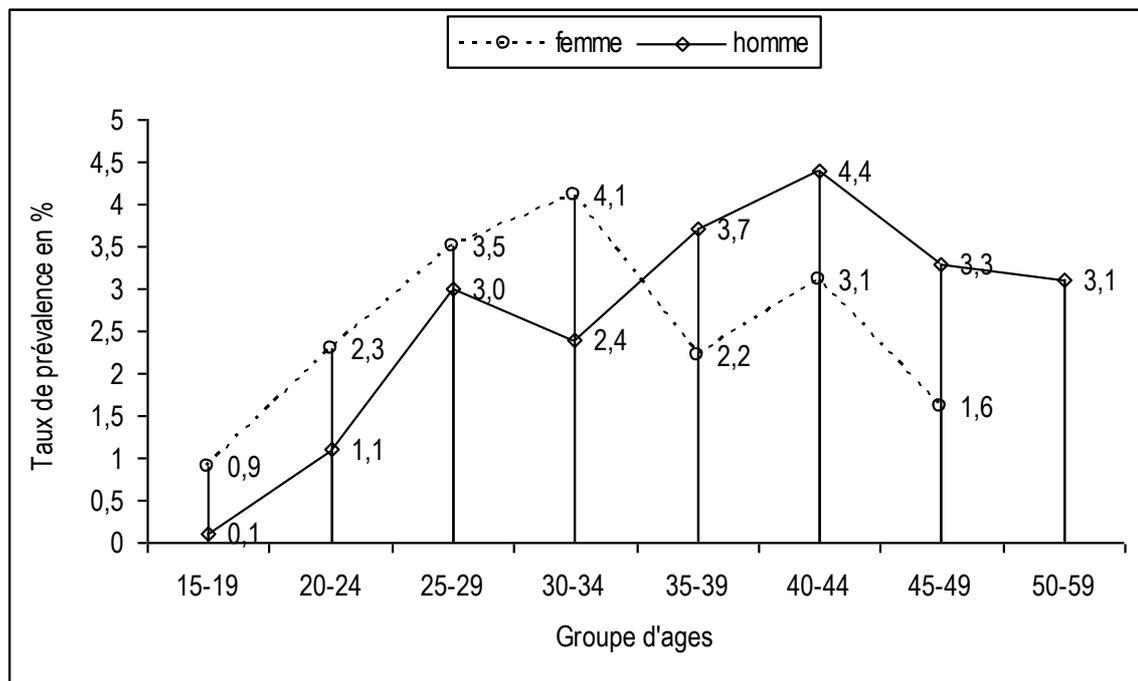
Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (sida) constitue l'une des causes principales de décès par maladie infectieuse dans la population adulte de la planète. Là où il sévit le plus, et notamment dans les régions pauvres du monde, le VIH a réduit à néant le gain d'espérance de vie réalisé au cours des trois dernières décennies du XX^e siècle (UN, 2005). Partout et ainsi qu'en Haïti, le VIH/SIDA représente un problème de santé publique majeur. Parmi toute la région des Caraïbes, Haïti et Bahamas ont les plus forts taux de prévalence du VIH/sida soit respectivement 2.2 % et 3 % (ONUSIDA, 2008) (Figure 2). L'épidémie a un caractère omniprésent dans la société haïtienne. Pendant les récentes années, on a constaté qu'elle a touché beaucoup plus les adolescents, et les jeunes en général (Figure 3, p. 6). Cependant, elle se situe en proportion alarmante chez les individus de sexe féminin avec 115 femmes pour 100 hommes. En 1988, l'infection touchait 6 hommes et 1 femme alors qu'en 2002 elle touchait 1 homme pour 1 femme. Pour l'année 2007, le nombre d'individus infectés s'élèverait à 109 116 pour les adultes âgés de 15 ans et plus, et à 5 888 pour les enfants de 0-14 ans, (Cayemittes et al, 2006). Selon UNGASS Haïti (2007), le nombre de décès annuels serait de 8 109 tous les âges confondus et les nouvelles infections attendues sont estimées à 12 499. La modélisation de l'épidémie montre que, outre la mortalité, les changements de comportement en matière de protection sont au moins en partie responsables de ces baisses (Gaillard et al, 2006). Des études comportementales ont montré une diminution de 20% du nombre moyen de partenaires sexuels entre 1994 et 2000 tandis que le recours au préservatif augmentait, surtout lors des rapports occasionnels (Hallet et al, 2006).

Figure 2 Prévalence du VIH dans la région de la Caraïbe



Sources : Réalisée à partir des données tirées dans ONUSIDA 2008

Figure 3 Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes selon l'âge en Haïti en 2006



Sources : Réalisée à partir des données tirées dans EMMUS-IV¹ 2005-2006

¹ Enquête de Morbidité et de Mortalité sur l'Utilisation des Services réalisée au pays chaque cinq (5) ans ; les données citées dans ce travail sont tirées du rapport de la 4^{ème} (EMMUS IV), dernière en date.

1.2.1 Les causes de la croissance de l'épidémie

Au niveau des Caraïbes, la prévalence du VIH chez les adultes est évaluée à 1,0% en 2007 ; avec des taux plus élevés en Haïti et au Bahamas. Les trois quarts (3/4) des 230 000 personnes vivant avec le VIH dans la région se trouvent en Haïti et en République Dominicaine, y compris les 17 000 personnes nouvellement infectées en 2007. On estime à 11 000 le nombre de décès dus au sida dans la région au cours de cette année et il reste une des principales causes de décès chez les personnes de 25 à 44 ans (ONUSIDA, 2007). Les rapports sexuels restent le principal mode de transmission du VIH dans la région ; les rapports sexuels non protégés entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle sont un facteur déterminant de la propagation du VIH. Selon Gaillard et al (2006), en Haïti, les jeunes sont sexuellement actifs prématurément de plus en plus. Il y a un recul entre l'âge moyen du premier rapport sexuel qui a diminué de près d'un an parmi les femmes et les hommes, mais le recours au préservatif est moins régulier dans le groupe d'âge des 15-24 ans.

Le contrôle économique, social et sexuel des hommes sur les femmes rend celles-ci très vulnérables ; et de ce fait, elles n'ont pas le pouvoir de négocier l'utilisation du condom. Le manque de fidélité des partenaires et le grand appétit sexuel des hommes qui entretiennent plusieurs relations parallèles amplifient le problème. La communication sur la sexualité entre les époux et de parents à enfants est toujours considérée comme un sujet tabou. L'utilisation de la prostitution comme initiation au sexe pour les jeunes hommes qui est souvent arrangée et payée par les membres masculins d'une famille montre à quel point l'usage de la prostitution est attaché dans la culture (Tucker, 2002)

1.2.2 La relation entre la pauvreté et les IST/VIH/sida

Depuis un certain temps, Haïti est connu comme le pays le plus pauvre du continent américain. C'est au début du XIX^{ème} siècle qu'elle a conquis son indépendance dans des situations difficiles, et jusqu'à aujourd'hui la communauté haïtienne a vécu d'une économie à prépondérance agricole (plus de 25 % PIB) qui est basée sur la petite exploitation paysanne de faible productivité. La pauvreté touche 65% de la population haïtienne (Montas, 2005).

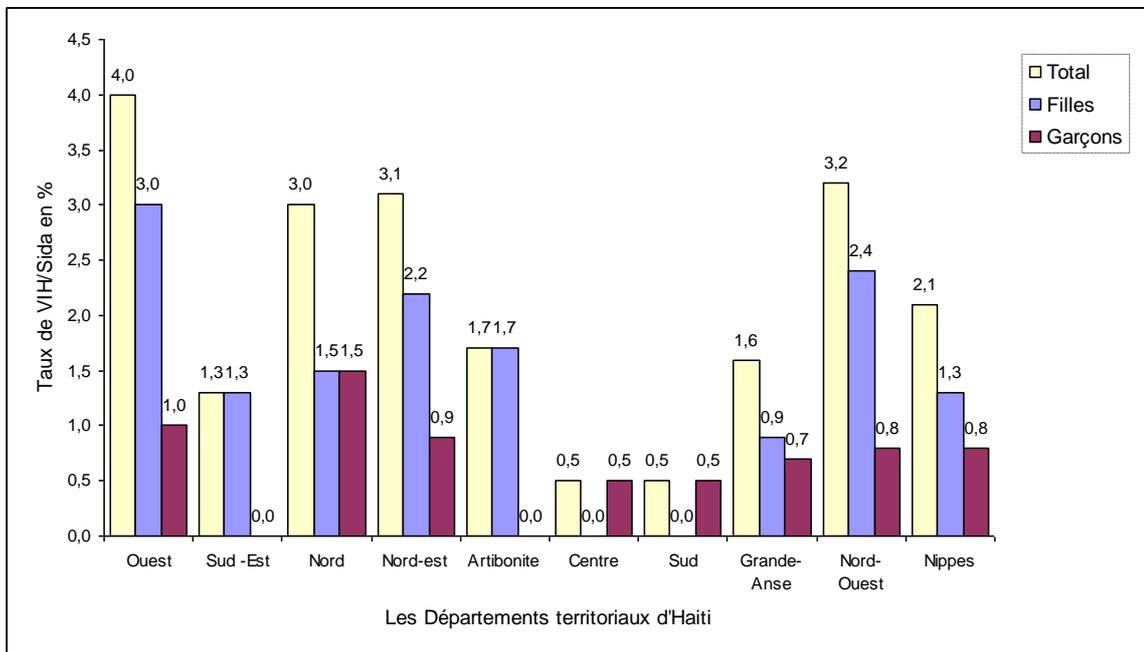
Cette pauvreté qui sévit au sein de cette communauté a beaucoup de répercussions sur la société à différents niveaux. Rappelons que près de ¾ de la population haïtienne vivent avec moins de 2\$ US par jour. Beaucoup de jeunes n'ont pas eu la chance d'aller à l'école 23% chez les femmes et 21% les hommes (Cayemittes et al 2006), ils ne sont pas éduqués sexuellement. Pour subvenir à leurs besoins les femmes sont obligées de se prostituer ou d'avoir plusieurs partenaires sexuels et s'exposent ainsi davantage aux IST/VIH.

1.2.3 Niveaux d'infection au VIH et d'autres IST chez les groupes à risques

Les facteurs contribuant au développement de l'épidémie du VIH en Haïti sont nombreux. On peut citer entre autre, l'instabilité sociopolitique, l'accès limité aux soins de santé et aux informations relatives à la

santé, la pauvreté, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles, la multiplicité des partenaires sexuels et les mécanismes mal développés de contrôle et traitement des IST. Selon la dernière enquête de l'EMMUS en 2006, la prévalence moyenne chez les jeunes de 15 -24 ans est de 1,0% chez les femmes et 0,6% chez les hommes. On constate aussi que la prévalence chez les hommes comme chez les femmes augmente avec l'âge soit 0,9% chez les filles de 15- 19 ans contre 2,3% chez celles de 20-24 ans. Tandis que chez les hommes elle passe de 0,1% chez les 15-19 ans à 1,5% chez les 20-24 ans (Cayemittes et al, 2006). Indépendamment du groupe d'âge, la prévalence reste toujours plus élevée chez les femmes que les hommes. L'enquête montre aussi que le niveau d'infection n'est pas le même dans tous les départements. Le tableau suivant nous donne une idée de la répartition du VIH par département chez les hommes et les femmes de 15-24 ans.

Figure 4 Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 dans les 10 départements du pays



Sources : Réalisée à partir des données tirées dans EMMUS-IV 2005-2006

1.3 La question de recherche

Vu l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida à travers le monde, elle constitue une préoccupation pour tous les gouvernements et les responsables. En juin 2001, à la fin d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, les 189 gouvernements des États Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida qui indique une adhésion mondiale sur un cadre de travail complet pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui consiste à stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance de l'épidémie d'ici à 2015.

Les différents programmes internationaux attachés au VIH/sida y travaillent depuis plus d'une décennie en Haïti. Il se révèle que des progrès ont été enregistrés dans le domaine ; mais, certaines faiblesses persistent. Les ONG et les bailleurs de fonds ont couramment échoué dans la coordination de leurs efforts dans le passé. De ce fait, activités, matériels et messages ont été inutilement reproduits et les erreurs couramment répétées. On rencontre ce problème particulièrement dans les programmes de communication pour le changement de comportement (CCC). Un autre problème mentionné fréquemment c'est le fait que la majorité des activités ont été le plus souvent concentrées à Port-au-Prince et dans certaines grandes villes. En conséquence, la répartition non équilibrée des activités est une faiblesse face à une pandémie qui tend à se généraliser dans la population et à se répandre de plus en plus en milieu rural. En analysant les différentes stratégies d'intervention, ne serait-il pas possible d'en déterminer quels sont les principaux obstacles à l'application des politiques de lutte contre le VIH/sida en Haïti ? Une analyse concise de ces différentes politiques d'intervention va nous permettre d'apporter quelques éléments de solution à travers ce mémoire qui a pour thème: *Les stratégies de lutte contre le VIH/sida en Haïti : Identification des contraintes et propositions d'amélioration*

1.4 Justification du choix du sujet

Depuis le début de l'épidémie de VIH/sida vers la fin des années 70, beaucoup de personnes sont victimes et continuent encore de l'être. Les dernières estimations de l'ONUSIDA en 2007 montrent que 33,2 millions de personnes vivent avec le virus, dont 2,5 millions d'enfants et 2,5 millions de nouveaux cas. Le nombre de décès s'élève à 2.1 millions. Le poids de morbidité le plus lourd est supporté par le continent africain qui compte à lui seul 67% du nombre de personnes infectées. Avec ses 230 000 cas, la région des Caraïbes est la deuxième plus touchée par ce fléau et en Haïti, le VIH/sida cause encore un grand problème car il est aussi le deuxième pays le plus affecté. La corrélation existant entre le sida et la pauvreté fait que les deux s'aggravent mutuellement. En regard de tout ce qui précède nous avons jugé bon de porter une réflexion à ce niveau afin de contribuer dans cette grande lutte. Actuellement, l'épidémie est considérée comme un véritable obstacle au développement en général et en Haïti en particulier. Il nous faut signaler d'un autre côté que la mobilisation est grande en matière de lutte contre le VIH/sida tant sur le plan national qu'international ; mais ceci n'empêche pas pour autant que le virus se propage. Les approches d'intervention sont agencées suivant différentes façon telles : prévention, services et traitement, mobilisation communautaire, plaidoyer, etc. Il est manifeste que de nombreuses interventions sont mises en place par le gouvernement et les organisations communautaires, mais il est important de questionner les approches adoptées. Est-ce qu'il y a une combinaison entre les approches ? Ou du moins, ces approches tiennent-elles compte des différentes réalités de chaque zone ou des contextes socioculturels haïtiens ? En dépit de toutes ces interventions on constate que l'épidémie constitue encore une préoccupation et qu'elle continue de faire ravage surtout chez les jeunes. Ainsi donc, notre travail se propose de faire une analyse approfondie de ces différentes

approches d'intervention, de relever les contraintes et de proposer des pistes d'amélioration pour le grand bien de différents groupes.

1.5 Les objectifs

Dans ce travail, nous poursuivons deux objectifs généraux et un objectif spécifique:

1.5.1 Objectifs généraux

- Identifier les principaux problèmes dans l'efficacité des stratégies de lutte contre le VIH/sida en Haïti ;
- Améliorer les résultats d'intervention dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

1.5.2 Objectif spécifique

Proposer des pistes d'amélioration dans la lutte contre le VIH/sida adaptées au contexte socioculturel et économique d'Haïti.

La réalité sur le VIH/sida en Haïti a suscité beaucoup de mobilisation tant au niveau du gouvernement qu'au niveau des organismes internationaux en vue de combattre la pandémie. En dépit de tous ces efforts, le virus défie encore les chercheurs et la science et continue de causer des dégâts sur son passage même si ce n'est pas au même rythme qu'au début de la découverte de la maladie. A travers cette revue de littérature qui va suivre nous allons essayer de questionner ce qui a déjà été dit ou fait par les chercheurs et analyser les différentes interventions des organismes intervenant dans ce domaine.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTERATURE

Dans le cadre de ce travail, en vue de mieux aborder la question de recherche que nous nous sommes posé à la problématique et atteindre en conséquence les objectifs fixés, nous avons commencé par établir un cadre théorique de notre travail. En effet, nous nous sommes fait le devoir de passer en revue une grande majorité de documents ayant rapport avec le VIH/sida pour voir l'état actuel des recherches. Nous avons aussi essayé de comprendre la mobilisation et l'engagement qui se font contre le fléau du sida à travers le monde. Nous avons questionné les différentes stratégies de lutte contre le sida appliquées tant par le gouvernement que par les organismes internationaux et leur efficacité afin de déceler certaines faiblesses.

2.1. Origine et évolution du VIH/sida dans le monde

2.1.1. *VIH et sida - définition*

Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus qui détruit le système immunitaire du corps. Il ne s'élimine pas comme le virus de la grippe, mais reste dans l'organisme de la personne infectée indéfiniment. Le VIH est un virus d'une fragilité extrême qui ne peut survivre longtemps en dehors de fluides ou de tissus corporels et ne peut pénétrer l'épiderme non éraflé (OIT, 2001). Le stade avancé du VIH entrainera le sida (Syndrome immunodéficitaire Acquis) ou AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome). Il est caractérisé par une déficience de certaines cellules du système immunitaire, les lymphocytes T CD4 (ou T4) responsables de la coordination des différents acteurs cellulaires et moléculaires de la réponse immunitaire. Il facilite les infections par divers micro-organismes (bactéries, champignons, parasites) et l'apparition de certains cancers. C'est en 1983 que le virus est découvert par le Pr Luc Montagnier²

Le VIH peut tuer par l'affaiblissement du système immunitaire de l'organisme jusqu'à ce que ce dernier ne puisse plus lutter contre l'infection. Il se développe sur une dizaine d'années avant de se transformer en sida, mais un délai important s'écoule entre le moment où l'infection a lieu et celui où les symptômes se révèlent. Par contre, certaines occasions favorisantes telles que l'âge, la malnutrition, les IST et le mode de transmission peuvent réduire ce délai. Les premiers symptômes du VIH sont fréquemment une fatigue chronique, la diarrhée, de la fièvre, une perte de poids, une toux persistante, des irritations cutanées, l'herpès et d'autres infections orales, un gonflement des ganglions et une perte de mémoire ou d'autres changements d'ordre mental (Lamptey et al, 2006).

² Luc Montagnier a été professeur à l'Institut Pasteur et directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique. Il est célèbre pour avoir été le directeur du laboratoire qui a découvert en 1983 le VIH. Il est prix Nobel de physiologie ou de médecine en octobre 2008.

2.1.2. Modes de transmission

Le virus peut se transmettre par plusieurs moyens. Le rétrovirus qui est dans le sang est transmissible par les contacts sexuels non protégés via le sperme et les sécrétions vaginales, l'utilisation de drogues par injection, les transfusions de sang contaminé ou de produits sanguins contaminés, les greffes de tissus ou d'organes, l'utilisation d'aiguilles de scalpel, de seringues ou coupure avec d'autres matériels contaminés et la non-observation de ce que l'on appelle aujourd'hui dans les milieux médicaux les « précautions universelles ». L'utilisation des brosses à dents, coupe-ongles, ciseaux, rasoirs des personnes contaminées comporte un risque qui est certes minime, mais impose la prudence. Il en est de même pour les aiguilles utilisées pour le tatouage, les instruments de chirurgie dentaire et les aiguilles d'acupuncture. Il peut encore se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

2.1.3. Moyens de prévention

La prévention est et demeure avant tout le meilleur moyen pour lutter contre toute forme de contamination ou d'infection. C'est l'élément clé de la lutte contre le VIH/sida. On dit « prévenir vaut mieux que guérir » ; ainsi dans le cas du VIH/sida, il s'avérerait préférable d'agir en amont de façon à limiter les dégâts. Car, jusque là, la maladie demeure toujours incurable. Dans de nombreuses études réalisées, les résultats ont toujours montré l'importance de la prévention dans la lutte contre la pandémie du VIH (UNGASS, 2007). Nombreux sont les gouvernements et les organismes qui ont fait de ce volet une priorité d'action. Les moyens de prévenir la contamination par le virus sont nombreuses, citons entre autres :

- Abstention d'avoir des rapports sexuels ;
- Fidélité dans le cadre d'une relation avec un partenaire ;
- Utilisation des préservatifs masculins ou féminins de manière correcte à chaque rapport sexuel ;
- Se soumettre à un test et se faire traiter en cas d'infections sexuellement transmissibles ;
- Éviter de consommer des drogues injectables, ou si on le fait, utiliser toujours des aiguilles et des seringues neuves et jetables ;
- S'assurer que le sang ou les produits sanguins dont on est susceptible d'avoir besoin ont été soumis à un dépistage du VIH et que l'on applique des normes de sécurité transfusionnelle. La stérilisation systématique après chaque utilisation ou l'emploi de matériel à usage unique supprime aussi tout risque de contamination ;
- Sensibilisation des couches les plus vulnérables.

Connaissant déjà les moyens de transmission les chercheurs ont pu voir que, là où l'expertise des dons de sang était efficace, la transmission liée aux transfusions a pu être éliminée, mais que le VIH ne s'est pas laissé facilement barrer la route. D'une part, si le préservatif masculin de son côté s'est révélé capable de faire effectivement obstacle à la contamination par voie sexuelle, on n'a pas tardé à

s'apercevoir qu'à lui seul, il n'était pas suffisamment efficace dans des conditions où la pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes rendaient ces dernières particulièrement vulnérables à l'infection. Les femmes, une fois contaminées, transmettaient à leur tour le virus aux enfants qu'elles portaient ou qu'elles allaitaient. D'autre part, l'utilisation de drogues par voie intraveineuse a contribué à introduire le virus dans des zones jusque-là indemnes comme dans certaines régions d'Asie (Faucher, 2000). La médiocre qualité des soins qui existait dans le temps, notamment la réutilisation de seringues, aiguilles et autres accessoires médicaux, a également aidé la nouvelle épidémie à s'enraciner davantage.

2.2. Histoire naturelle du VIH/sida

La description liminaire du sida remonte à 1981, année où de jeunes adultes jusqu'ici en bonne santé - ont commencé à contracter des infections opportunistes encore jamais observées chez les sujets de ce groupe d'âge. Découvert aux Etats Unis puis en Europe dans des catégories de personnes bien spécifiées, l'appréhension de cette maladie et de ses conséquences a été particulièrement lente. La majorité des jeunes gens de ces catégories sont décédées, donnant lieu à toutes sortes d'hypothèses contradictoires, encore que l'existence d'un agent pathogène véhiculé par le sang ait été soupçonnée de bonne heure. Les pouvoirs publics et la population en générale pensaient que cette épidémie resterait circonscrite à ces catégories de personnes (Faucher, 2000). Pourtant, la propagation a continué de faire ravage.

Le sida est une maladie nouvelle, apparue en Afrique probablement au cours de la seconde moitié du XXe siècle ; sur la base d'analyses de sérums sanguins conservés à des fins d'études biologiques sur les maladies infectieuses, on pense qu'il a émergé vers la fin des années 1950. L'épidémie de sida que nous connaissons aujourd'hui a débuté à la fin des années 1970 ou au début des années 1980 en Afrique subsaharienne, en Amérique du Sud et du Nord, aux Caraïbes, en Europe de l'Ouest, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Elle s'est répandue rapidement aux autres régions de la planète, touchant l'Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est, la région Pacifique, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient à la fin des années 1980. L'Europe de l'Est et l'Asie centrale, jusque-là épargnées, ont vu l'apparition du fléau au début des années 1990.³

Le sida est présent aujourd'hui dans le monde entier et se transforme en une pandémie planétaire en progression constante. Les recherches menées depuis le début des années 1980 ont permis d'élucider les mécanismes de la maladie au niveau moléculaire et cellulaire, et de mettre au point des traitements antiviraux permettant de freiner son évolution. Cependant, aucun moyen n'existe encore pour la guérir.

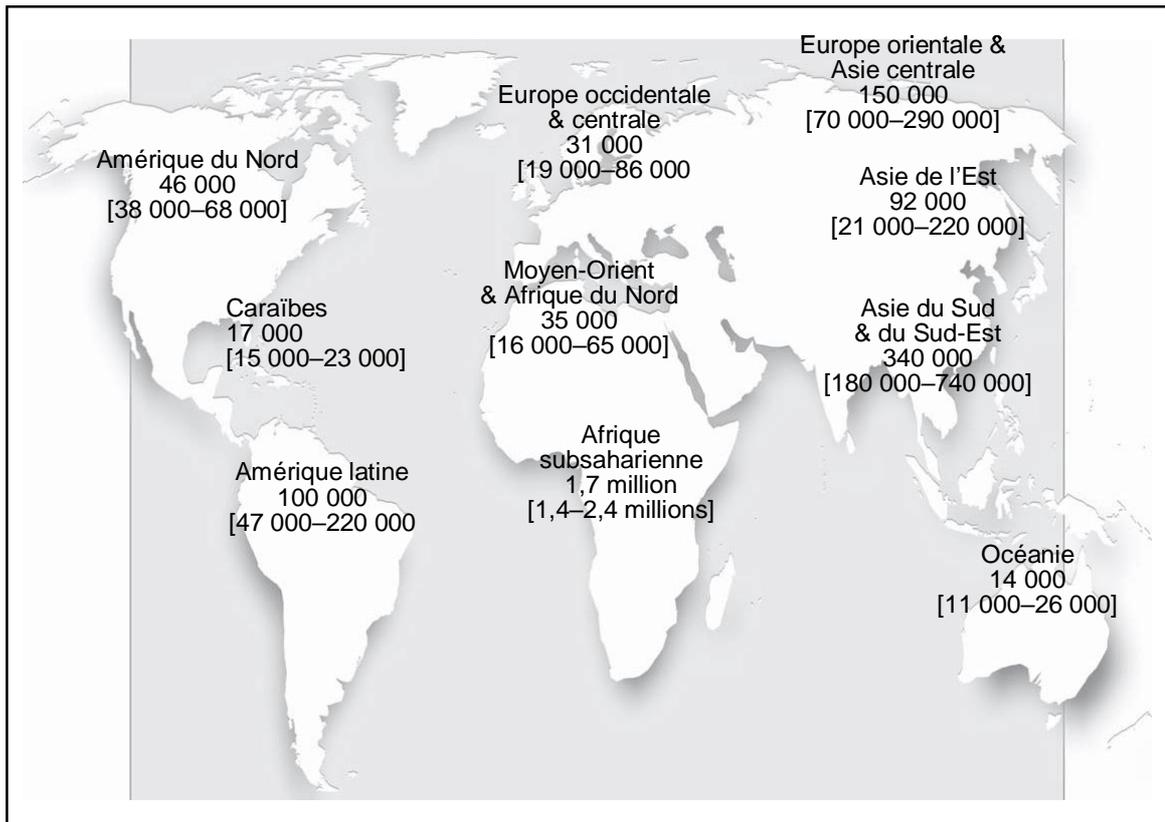
2.3. Coup- d'œil sur VIH/sida dans le monde

Actuellement, environ 33,2 millions de personnes, dont 2,5 millions d'enfants, vivent avec le VIH sur la planète (ONUSIDA 2007) et plus de 2,1 millions en sont mortes (OMS, 2008). L'épidémie du sida

³ Informations ont été tirées dans : http://www.srajbf.org/pdf/pdf_maladies/sida.pdf (consultée le 20/09/08).

continue à s'étendre, les populations vulnérables (femmes, jeunes, etc...) sont les plus exposées. Les données par pays indiquent que le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter dans toutes les parties du monde en dépit qu'il existe des stratégies de prévention dites efficaces. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée et supporte à elle seule près de 67% du total des personnes infectées (ONUSIDA 2008). Une prévalence du VIH extrêmement élevée est enregistrée dans plusieurs pays parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans. En Asie, l'épidémie de VIH reste largement concentrée chez les UDI (utilisateurs de drogues par injection), les HARH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), les professionnels(les) de sexe, leur clientèle, et leurs partenaires sexuels immédiats. Dans ces populations, la couverture des programmes de prévention efficaces est inadéquate. En Amérique latine et dans les Caraïbes, 11 pays ont une prévalence nationale du VIH estimée à 1% ou plus, (ONUSIDA, 2007). En Europe orientale et en Asie centrale la consommation de drogues injectables est le moteur principal de contamination. Ces régions sont plus menacées avec une courbe d'augmentation du VIH la plus rapide au monde (ONU, 2005). Dans bons nombres de pays à revenu élevé, les rapports sexuels entre hommes jouent un rôle important dans la propagation de l'épidémie. L'injection de drogues joue un rôle variable. En 2002, elle a représenté plus de 10% de toutes les infections au VIH signalées en Europe occidentale et a été responsable de 25% des infections au VIH en Amérique du Nord. Mais, d'autres causes aussi sont responsables telles : rapports sexuels précoces, la féminisation de l'épidémie et une faible utilisation des préservatifs chez certains groupes. Le tableau suivant donne une idée globale du nombre de personnes qui sont infectées à travers la planète.

Figure 5 Adultes et enfants vivant avec le VIH, estimations en 2007



Source : ONUSIDA, 2007

2.4. Progression et évolution de l'infection du VIH/sida en Haïti

En Haïti, une étude réalisée par Deschamps et al entre 1995 et 2000 a montré que la progression du VIH dans une cohorte haïtienne était presque deux fois plus rapide que dans les pays développés avant l'usage étendu du traitement antirétroviral. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation parmi lesquelles la mauvaise nutrition où 10% des femmes vivant en zone urbaine étaient sous alimentées (Cayemittes et al, 2001), la prévalence élevée des infections au sein de la communauté comme les infections des voies respiratoires (IRA) et la diarrhée aiguë et la prévalence élevée de la tuberculose active (Deschamps et Al, 2000).

Historiquement, le taux de séroprévalence a toujours été plus élevé en zone urbaine que rurale bien qu'au fil du temps cette disparité a tendance à diminuer, (Hempstone et al, 2004). En 1982, 80% des patients atteints de sida en Haïti étaient originaires de Port-au-Prince, 10% pour les autres grandes villes et le reste sont de l'étranger. En 1990, seulement 65% des nouveaux cas de sida venaient de la zone de Port-au-Prince (Desvarieux et Pape, 1991). Brutus (1996) pense que l'instabilité politique qui régnait au pays au cours des années 90 a beaucoup contribué à ce changement. Car elle a encouragé la migration des villes vers les zones rurales, et a mis ainsi les populations rurales à plus faible prévalence en contact avec celles des zones urbaines ayant des taux de prévalence de VIH élevés.

2.5. Complication du problème de VIH et la corrélation avec d'autres infections

En analysant le problème du VIH/sida et son évolution, on a pu comprendre qu'il s'avère très complexe en raison de ses liaisons avec d'autres pathologies infectieuses. En effet, le VIH affaiblit le système immunitaire et nuit ainsi à la capacité du corps de lutter contre d'autres maladies infectieuses, comme la tuberculose et le paludisme. Le VIH et la tuberculose sont fortement liés : un bassin accru d'infection à la tuberculose dans une collectivité contribue à la propagation de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et dans la population générale. Par conséquent, à cause du VIH, des pays comme Haïti font face aux doubles épidémies du VIH et de la tuberculose. En fait, en Afrique subsaharienne, la tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH/sida : six(6) personnes vivant avec le VIH sur douze(12) présenteront des symptômes de tuberculose et deux de ces personnes en mourront (ACDI, 2002).

La transmission du VIH est majoritairement sexuelle soit 90% environ en Haïti (Hempstone et al, 2004). Le fait d'attraper le VIH lors d'un rapport sexuel peut entraîner aussi le risque de contracter d'autres ITS. La déficience de l'organisme favorisera le développement d'autres infections opportunistes. Généralement, les infections les plus courantes liées au VIH rencontrées en Haïti, sont la candidose œsophagienne, la cryptosporidiose, le prurigo, l'herpès zoster et la tuberculose qui est beaucoup plus en vue chez les PVVIH. Desormeaux et al, 1996 cité par Hempstone et al, 2004 a montré que le risque de tuberculose chez les personnes ayant un résultat positif au test cutané à la tuberculine est beaucoup plus élevé parmi les personnes séropositives que les séronégatives, et les séropositives peuvent transmettre efficacement la tuberculose. De plus, on pense que la tuberculose active affecte la reproduction du VIH et la progression de la maladie comme l'indiquent les taux élevés de mortalité observés chez les personnes séropositives qui avaient été traitées avec succès de la tuberculose. La prévention de la tuberculose et le traitement efficace du VIH/sida sont par conséquent inextricablement liés (Gordin et al, 2000).

Une étude effectuée en 2000 a montré qu'une chimiothérapie préventive de deux mois à base de Rifampin/Pyrazinamide était aussi efficace que le traitement standard de douze mois à base d'isoniazide pour prévenir le développement de la tuberculose active chez les personnes séropositives dont le test cutané à la tuberculine s'est révélé positif. Cette découverte est caractéristique dans la mesure où le traitement de plus courte durée pourrait améliorer l'adhérence et la rentabilité tout en empêchant un développement ultérieur de pharmacorésistance à la tuberculose. Cette corrélation qui existe entre le VIH et la tuberculose fait penser que les programmes de dépistage et de contrôle de la tuberculose constituent un cadre rassurant pour les activités de counseling et dépistage au service d'un grand nombre de personnes en Haïti (Hope et al, 2004).

2.6. État des recherches sur l'épidémie du VIH

2.6.1. Multiplication des efforts sur le plan international

Le VIH/sida est une épidémie qui cause des ravages considérable dans le monde il y a environ trente (30) ans. Vu l'ampleur de cette maladie et son impact sur la société beaucoup de chercheurs se sont mis au travail pour trouver un moyen de contrecarrer la propagation de cette épidémie. Bon nombre d'actions ont été entreprises, des textes rédigés et beaucoup d'encre versées. Pourtant, l'épidémie continue à s'étendre notamment dans les pays en voie de développement avec 2.5 millions de nouveaux cas (ONUSIDA 2007). Beaucoup d'organisations ou de bailleurs de fond financent les recherches sur la maladie, c'est le cas d'ACDI qui pense que le secteur de la recherche et du développement, particulièrement dans les domaines des vaccins et de microbicides, pourrait donner une solution. Les vaccins et les microbicides sont des biens publics mondiaux, ils présentent des avantages au-delà des personnes qui les utilisent directement. Selon une dernière étude, il y a un gel vaginal qui s'est révélé prometteur contre le VIH responsable du sida, suite aux résultats d'un essai clinique étendu conduit en Afrique et aux Etats-Unis. Ce microbicide appelé PRO 2000 du laboratoire américain Indevus Pharmaceuticals à Lexington s'est révélé sans danger et efficace pour environ 30% des participantes⁴.

L'ACDI, en collaboration avec des partenaires internationaux appuie la recherche et le développement dans plusieurs domaines spécialement les méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes, les vaccins et les thérapies efficaces et rentables (ACDI 2002). Un regain d'énergie et d'engagement a été observé dans la riposte à l'épidémie depuis 2002 car, chaque infection évitée supprime une chaîne potentielle d'infections résultant de l'infection primaire.

Le financement dans le domaine de la recherche s'est amplement accru et les donateurs cherchent comment acheminer au plus vite les ressources là où elles sont plus nécessaires. Tous ces efforts effectués ont apporté des changements non seulement dans la propagation du VIH mais aussi dans la qualité de vie des personnes infectées et celle de leur famille. Mais, ces améliorations s'opèrent à une échelle qui ne permet nulle part d'arrêter ou de renverser la courbe de l'épidémie. Au taux auquel il se propage actuellement, le virus aura dans l'avenir un impact de plus en plus sévère, détruisant partout sur son passage le tissu social. Des investissements des secteurs privé et public seront nécessaires pour trouver des vaccins et des microbicides. Selon l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, les investissements du secteur public dans la recherche vaccinale semblent prêts à s'accroître, mais le financement global n'atteint pas le niveau des besoins (ONUSIDA, 2004).

⁴ Information recueillies selon une dernière dépêche de L'Agence France Presse, texte en ligne dans : [<http://fr.news.yahoo.com/2/20090209/thl-un-gel-vaginal-prometteur-contre-l-i-96993ab.html>] (consulté le 02 février 2009)

2.6.2. L'apport des ARV dans la lutte

La venue des ARV dans la lutte contre l'infection à VIH a marqué un tournant décisif dans l'histoire de la pandémie dans le monde en dépit que son accès n'est pas certes le même dans tous les pays. Dans les pays développés, la plupart des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral ont accès à ce traitement. De ce fait, elles vivent beaucoup plus longtemps que celles des pays en développement. Aux USA par exemple, le nombre de décès a pu être réduit parce que les séropositives ont accès largement aux ARV. EN 2001, 16 311 décès ont été enregistrés, alors que ce nombre était de 19005 en 1998 et en Europe Occidentale, le nombre de décès imputé au sida a baissé également passant de 3373 en 2001 à 3101 en 2002 (ONUSIDA, 2005). Actuellement il y a une large gamme d'ARV qui est utilisée un peu partout dans le monde, (Annexe 3 Tableau des antirétroviraux utilisés pour traiter l'infection par le VIH, p. 54). Malgré ce grand pas, nous devons signaler que de ces 33,2 millions de personnes séropositives dans le monde, 6 millions ont besoin d'être mises sous ARV. Pourtant, seulement 6% à 12% y ont accès. Avec l'élargissement des services de traitement antirétroviraux, le nombre de personnes qui meurent du sida a commencé à reculer, passant de 2,2 millions en 2005 à 2,0 millions en 2007 (Nations Unies, 2008)

Dans les pays à ressources limitées, le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement d'ARV est grand. A ce niveau, il y a des progrès qui ont été réalisés pour améliorer l'accès aux ARV des malades dans ces pays suite à la mise en œuvre des accords commerciaux ADPIC. La gravité de la situation sanitaire liée au VIH/ sida et la pression exercée par la société civile et les associations des malades ont conduit les autorités politiques et sanitaires à passer outre les recommandations de l'OMC. Ainsi ont été mises en place les premières industries de fabrication de médicaments génériques d'AVR dans des pays comme le Brésil, la Chine, l'Inde, la Thaïlande et l'Afrique du Sud en dernier lieu. A partir de ce moment, les exportations des produits génériques ont alors commencé pour les pays très touchés, comme Haïti, qui en avaient tant besoin.

Ces médicaments fabriqués à moindre coût ont été déterminants et les instances de santé internationale ont pu étendre l'accès des ARV à un plus grand nombre de malades dans des pays pauvres. C'est dans cette optique que l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé de façon conjointe en 2003 l'*initiative 3 x 5* qui consistait à assurer l'accès aux ARV à 3 millions de séropositives en 2005 (OMS, 2004).

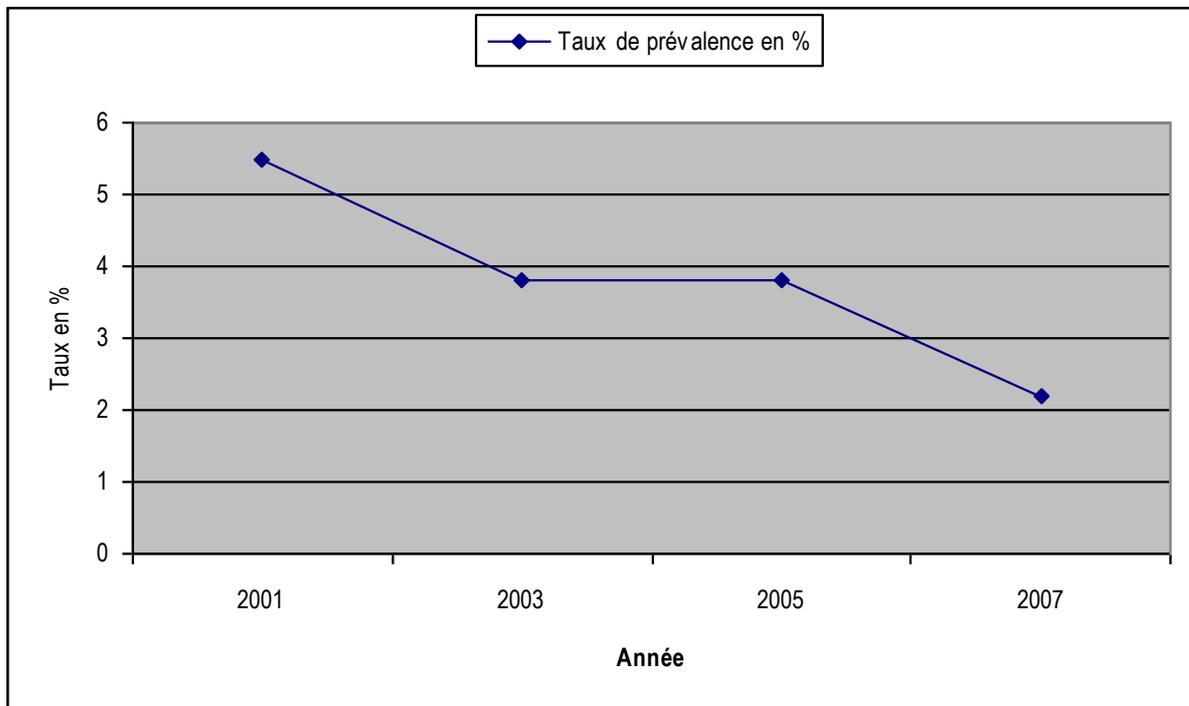
A la suite de cette initiative, les gouvernements ont pu assurer la distribution gratuite des ARV tout en bénéficiant de l'appui des institutions comme la Banque Mondiale et le Fond Mondial de lutte contre le VIH et ceci a entraîné une augmentation de la proportion des malades des pays pauvres ayant accès à ces médicaments.

2.7. Haïti et les OMD sur le VIH/ sida

Les objectifs du millénaire pour le développement sont un ensemble de stratégies coordonnées qui traitent plusieurs problèmes simultanément qu'environ 189 pays dont Haïti en septembre 2000 se sont

engagés à mettre en œuvre. Ces objectifs qui sont au nombre de 8 avec des cibles et indicateurs devraient être atteints en 2015. Ils mettent la santé au cœur du développement et reflètent l'engagement des gouvernements du monde entier à faire encore davantage pour diminuer la pauvreté, la faim et pour lutter contre la mauvaise santé. Trois des huit objectifs sont directement en rapport avec la santé et tous les autres ont sur elle d'importants effets indirects. L'objectif 6 est de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Comme cible, c'est de stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle, mais à mis chemin on peut dire que cela s'annonce difficile. Des études réalisées sur l'évolution de l'infection au VIH montrent qu'en Haïti la prévalence se situerait en 1998 entre 8 % et 11,4 % en zone urbaine et entre 3,6 % et 5,2 % en zone rurale, soit entre 5,1 % et 7,3 % au niveau national ce qui constituait un fort pourcentage et un problème grave mais cela tend à diminuer au fur et à mesure grâce aux interventions du gouvernement et des organismes communautaires. Le VIH/sida a sur Haïti un impact socio-économique très négatif car la population sexuellement active (15-49 ans), donc plus vulnérable à l'infection, coïncide avec la tranche d'âge la plus productive du pays. En regardant, sous cet angle, ce qu'apportent les Objectifs du millénaire pour le développement, il est clair qu'Haïti n'atteindra pas les cibles fixées par la déclaration du millénaire. Les conséquences du VIH/sida se réverbèrent sur la santé, la croissance économique, le développement communautaire et l'amélioration des conditions de vie en Haïti. Tout ceci porte à croire qu'il y a encore du chemin à parcourir dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

Figure 6 Evolution de la prévalence du VIH en Haïti de 2001 à 2007



Source : Réalisée à partir de données ont été tirées de ONUSIDA

2.8. Les enjeux majeurs

Depuis la découverte de virus du sida au début des années 80, beaucoup de progrès ont été réalisés tant sur le plan social que sur le plan médical. Cette épidémie qui continue de faire ravage à travers le monde représente beaucoup d'enjeux notamment sur le plan social. En janvier 2000, lors du conseil de sécurité des Nations Unies, le problème du sida fut porté à l'échelon mondial et on l'a qualifié d'« enjeu majeur en termes de sécurité et d'obstacle au développement surtout en Afrique ». Ce fut pour la première fois qu'une question de santé a été discutée au sein de cette instance. Il a été décidé lors de l'Assemblée générale des Nations unies, de juin 2001 d'attribuer au sida une session extraordinaire au cours de laquelle tous les chefs d'États ont signé une déclaration d'engagement qui inclut des objectifs et des échéances nettement indiqués en matière de prévention, de ressources et autres éléments de la réponse globale face à cette menace (Croix Rouge, 2008). Les enjeux que représente le VIH/sida peuvent être vus sous plusieurs angles.

2.8.1. Les difficultés socioéconomiques

Le profil social ainsi que les conséquences de l'épidémie mutent comme le virus qui en est la cause. Le VIH/sida représente des problèmes, sur le plan économique et humain, sur la productivité, la sécurité, l'éducation, la santé, les systèmes de fonction publique, la cohésion sociale et la stabilité politique. Il réduit l'espérance de vie des adultes en âge de travailler, induit une hausse considérable des chiffres de la mortalité chez les nourrissons et les enfants ainsi qu'une contraction de la main-d'œuvre, fait des dizaines de millions d'orphelins, creuse l'écart entre les riches et les pauvres et anéantit les effets positifs du développement (Hecht et al, 2002). L'épidémie frappe directement le monde du travail, des millions de personnes d'âge actif sont contaminées par le virus ou atteintes du sida. Il est important de signaler que les problèmes sociaux qui sont liés au VIH/ sida sont nombreux. La personne à l'annonce de sa séropositivité, en plus de la vivre très durement, est souvent sujet d'exclusion par son environnement. Les réactions à l'annonce d'une séropositivité peuvent être diverses et même fatales. Les difficultés que ces personnes vont rencontrer soit séropositives ou malades sont aussi nombreuses. Ces dernières sont d'ordre : médical avec l'apparition de symptômes, la détérioration de l'état physique, et les lourds traitements qui s'en suivent sont certes indispensables mais difficile à gérer au quotidien, économiques car des problèmes pour continuer à s'occuper des enfants, de garder son travail et son logement, mais aussi d'ordre psychologique qui sont insuffisamment pris en compte généralement.

2.8.2. La Vulnérabilité de certains groupes face au VIH/sida

Dans plusieurs régions du monde en développement, la plupart des nouveaux cas d'infections se trouvent chez des jeunes adultes, et les jeunes femmes qui constituent un groupe particulièrement vulnérable. Un tiers (1/3) environ des personnes aujourd'hui porteuses du VIH/sida ont entre 15 et 24 ans (ONUSIDA, 2004). Quelques facteurs rendent ces groupes plus vulnérables par rapport au VIH/sida. Citons notamment des raisons biologiques, comportementales et culturelles qui font que ces

derniers courent le plus de risques de contracter des IST surtout le VIH (FHI, 97). Partout dans le monde, les taux de déclaration les plus élevés des IST sont enregistrés chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans. Dans le monde industrialisé, la majorité des IST signalées frappent les jeunes, hommes et femmes, de moins de 25 ans et la proportion est encore plus élevée dans les pays en développement (Behets et al 1995). Nombreux sont les adolescents sexuellement actifs. Au sein ou en-dehors du mariage, l'activité sexuelle commence au début de l'adolescence dans certains pays. Le risque de contracter une IST est beaucoup plus élevé lors des rapports sexuels à un très jeune âge. De l'autre côté, les jeunes femmes sont d'autant plus vulnérables à l'infection par le fait que l'accès, à l'information, à l'éducation et aux services essentiels pour garantir leur santé sur le plan sexuelle et reproductive et prévenir les risques d'infection ou d'avoir accès aux soins et aux traitements, particulièrement aux thérapies antirétrovirales et aux autres médicaments contre les infections opportunistes est limité dans des pays en développement comme Haïti. Elles sont incapables de refuser les rapports sexuels ou d'insister sur l'efficacité de se protéger vu l'inégalité existant entre les hommes et les femmes au sein des différentes communautés.

2.9. VIH et sida un problème de développement complexe

Le sida est avant tout un drame humain (Touzé et Ventelou, 2002) et d'une manière générale on peut dire que le VIH/sida est un obstacle au développement et un problème de santé grave. Il est connu que la santé est un facteur du développement, quand elle est menacée elle entraînera des pertes de productivité, de revenus et de potentiels humains qui compromettront le rythme auquel un pays, fût-il en développement ou industrialisé, peut progresser. Voilà pourquoi dit-on :

Le VIH et le sida frappe des gens dans la force de l'âge. Ils s'attaquent aux riches comme aux pauvres, leur impact est plus grand sur les pauvres, les démunis et les marginalisés et comme les pauvres sont plus nombreux, leur maladie aura un effet sur le développement, au niveau national et international.⁵

Le développement est intimement lié à la pauvreté et est toujours handicapé par celle-ci. La vulnérabilité même des pauvres au VIH/sida met en évidence ce problème et le rend plus criant. Le VIH et le sida ont aggravé la pauvreté existante et créent partout dans le monde de nouvelles privations et de nouveaux besoins. Le sida ravage toutes les couches et a aboli les progrès durement acquis en matière de développement au cours de ces dernières années. Il touche tous les aspects du bien-être, de la production agricole et des potentialités de développement durable. Il est maintenant clair que le VIH/sida a une incidence économique sérieuse sur les pays en développement. La Banque Mondiale a estimé en 2000 le coût total de l'épidémie du sida dans les Caraïbes à près de 6 % du PIB. C'est ainsi que Madame Marcela Villarreal⁶, chargée de liaison de la FAO pour le VIH/sida a déclaré :

⁵ Source : impact de sida, dans [<http://www.fao.org/corp/statistics/en>] (consulté le 08/12/08)

⁶ Marcela Villarreal, est Chargée de liaison de la FAO pour le VIH/sida (FAO/G.Diana)

Le virus du VIH/ sida n'est plus un simple problème de santé, il a un effet dévastateur sur la sécurité alimentaire et le développement. La main d'œuvre agricole disparaît à un rythme alarmant, et les mécanismes de transmissions des connaissances et du savoir-faire sont ébranlés.

Ceci nous amène à confirmer l'étroite relation existant entre le développement et le VIH/sida.

2.10. Impacts socio- économiques de la maladie

En regardant les effets dévastateurs de la pandémie du VIH/sida sur tous les continents même s'ils ne sont pas touchés à un même niveau, on comprend combien son impact est grand tant sur le plan social que sur le plan économique. On constate que le VIH/sida dérobe à des pays leurs travailleurs les plus productifs, n'épargnant aucune industrie ni aucun secteur. IL est source de stigmatisation, d'isolement et d'instabilité sociale surtout pour les femmes. A regarder le nombre d'enfants obligés d'abandonner l'école pour prendre soin de parents malades ou de frères et sœurs orphelins, l'impact économique total de la pandémie pourrait toutefois ne se faire sentir que dans plusieurs années. L'effet de la pandémie est nettement visible lorsque des adultes meurent des suites du sida, leur perte impose un stress plus grand sur la famille élargie pour prendre soin des enfants qui sont devenus orphelins. Dans le cas où les familles ne peuvent pas en prendre soins et faire face à la situation, les enfants risquent de se retrouver dans la rue et deviennent ainsi vulnérables aux mauvais traitements et à l'infection. Un grand nombre de jeunes vont grandir sans éducation, ce qui laisse leur pays mal outillé pour relever les défis du développement. Dans cet ordre d'idées, Foster et Garmaise dans leur rapport pour le conseil des ministres sur le VIH/sida en 2003 eurent à dire :

La grande majorité (95%) des personnes atteintes du VIH/sida se trouvent dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, soit la région le plus gravement touchée, l'espérance de vie a été ainsi réduite de façon dramatique – de 35 ans au Zimbabwe et de 28 ans au Botswana et au Swaziland, pour ne citer que ces exemples. Les femmes représentent de 50 à 58 pour cent des adultes séropositifs en Afrique subsaharienne, en Afrique du nord, au Moyen- Orient et dans les Caraïbes. La crise du VIH/sida est aussi, dans une grande part, une crise des droits de la personne. Le VIH/sida menace pratiquement tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, tout en minant la capacité des gens à défendre leurs droits et la capacité des gouvernements à respecter, à protéger et à promouvoir les droits. Il pose des défis particuliers quant aux droits de l'homme, notamment en ce qui a trait à la stigmatisation et à la discrimination, à la confidentialité et au droit à l'information en matière de santé, à l'emploi de même qu'à la santé de la mère et de l'enfant (p18).

Les données recueillies dans le cadre de nouvelles enquêtes soulignent aussi l'impact disproportionné du sida sur les femmes, en particulier en Afrique subsaharienne où, en moyenne, trois femmes sont infectées pour deux hommes. Parmi les jeunes (15–24 ans), le ratio est encore plus marqué, avec trois jeunes femmes infectées pour un jeune homme. La répercussion est aussi visible compte tenu du nombre d'enfants infectés au VIH (ONUSIDA, 2002). L'autre impact du VIH/sida sur l'économie qui en

résulte est sa retombée négative en atteignant surtout la classe productive et entraînant une utilisation accrue des ressources dans le cadre de la prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH/sida, en dépit du fait que le prix des ARV a nettement chuté.

Au niveau national c'est le secteur commercial et industriel, à travers la Chambre de Commerce et d'Industrie d'Haïti et l'Association des Industries d'Haïti qui s'est engagé avec l'appui du Centre de Promotion des Femmes Ouvrières (CPFO) aux côtés du gouvernement dans la lutte contre le VIH/sida dans le but entre autres de diminuer l'impact économique et social de la pandémie (UNGASS Haïti, 2005). Une étude qualitative réalisée en 1995 dans quatre sites en Haïti a révélé que le VIH/SIDA avait entraîné l'isolement social de toute la famille de la personne infectée, et non pas seulement de la personne elle-même (FHI/IMPACT, 2000). La même étude a révélé que les communautés ne se sentaient pas responsables d'aider les familles touchées par le sida et pensaient que la fourniture de soins était la responsabilité d'organisations venant d'ailleurs.

2.11. Les attaches du sida avec la pauvreté

Le sida est causé par le VIH mais, la pandémie elle-même repose sur l'action mutuelle de nombreux facteurs, notamment la pauvreté, les inégalités entre les sexes, le chômage, la stigmatisation et la discrimination de même que la marginalisation. Ils rendent les gens individuellement et collectivement vulnérables à l'infection par le VIH. On peut dire que la pauvreté est à la fois une cause et une conséquence de la pandémie (ACDI, 2002). La pauvreté et le VIH/sida sont corrélatifs. Elle est un facteur capital des comportements qui exposent l'individu au risque d'être infecté par le VIH, donc elle accroît l'incidence du VIH/sida. La réalité du VIH/sida entraîne facilement un accroissement de la pauvreté et pousse même à la pauvreté des individus non pauvres, (African Studies Center, 2003).

Sur le plan mondial, on constate que les pays pauvres sont ceux où l'on enregistre les taux de prévalence les plus élevés pour le VIH/sida. Mais, en exceptant des régions comme l'Afrique, on verra que ce ne sont pas obligatoirement les pays les plus pauvres qui dégagent les taux d'infection les plus forts. Toutefois, pour UN en 2000, il ne demeure pas moins que la pauvreté accroît la vulnérabilité au VIH/sida et augmente les dégâts de l'épidémie. Elle dépouille l'individu de tous ses moyens pour faire face à la maladie. Les gens pauvres disposent rarement de connaissances et de réceptivité essentiels pour lutter contre le virus. Lorsque ces derniers deviendront séropositifs, la possibilité pour eux d'accéder aux médicaments qui prolongent leur vie sera moindre. D'un côté, l'infection rend plus pauvre les familles et les collectivités du fait de la maladie et du décès des personnes responsable pour soutenir la famille et des personnes soignantes. De l'autre côté, les systèmes de santé des pays pauvres sont généralement dépassés par les événements et les ressources pour la prévention et le traitement sont limitées. Les conséquences économiques du VIH/sida aggravent ces problèmes, notamment par la réduction de la productivité et par les carences de main-d'œuvre (PNUD, 2007).

2.12. Mobilisation des ressources et stratégies de lutte contre le VIH/sida

Dès le début de l'apparition de la maladie, la mobilisation chez les chercheurs, médecins et le monde associatif a été importante. Beaucoup de mobilisations et de stratégies sont mises en place afin de stopper la montée de l'épidémie. Ces ressources disponibles pour combattre le VIH/sida proviennent de sources variées telles: dépenses intérieures, fonds dégagés par l'allègement de la dette, programmes bilatéraux d'aide publique au développement (APD), prêts et subventions multilatérales et initiatives de fondations privées et d'ONG. Avant la création du Fonds mondial de lutte contre le sida et d'autres maladies opportunistes comme la tuberculose et la malaria, les dépenses annuelles liées au VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire étaient d'environ 2,8 milliards \$US. Par la suite, Le Fonds Mondial fut conçu pour réunir et dépenser de l'argent frais, et non pour remplacer des dépenses existantes. Selon ONUSIDA, dans les phases de financement, soit entre 2002 et 2004, le Fonds Mondial a dépensé 1,5 milliard \$US, dont 65 pour cent (65%) sont allés au VIH/sida, et il s'est engagé à y consacrer 1,5 milliard \$US supplémentaire.

Selon une estimation de La Commission Macroéconomie et santé, les coûts totaux de la riposte au VIH/sida atteindraient 14 milliards \$US en 2007 et 22 milliards \$US en 2015. Elle estimait aussi que les dépenses annuelles pouvaient être partagées à parts égales entre la prévention, le traitement des infections opportunistes et les traitements antirétroviraux. La Commission a fondé ses projections sur des statistiques très prudentes, présument que seulement cinq pour cent des Africains atteints du VIH/sida ont actuellement conscience de leur état, et sont par conséquent en mesure de déterminer s'ils doivent se faire traiter ou non (OMS, 2001).

2.12.1. Réplique contre le VIH/sida au niveau mondial

Une tragédie de l'ampleur de celle du VIH/sida exige une riposte proportionnelle quant à son envergure et à sa portée. Pour surmonter les défis que pose le VIH/sida à l'échelle mondiale, un soutien matériel et politique beaucoup plus important de la part des pays industrialisés s'avère indispensable. La communauté internationale a la capacité et les ressources nécessaires pour fournir des traitements VIH/sida à un grand nombre de victimes. Beaucoup de vies peuvent être prolongées et sauvées, si des dispositions sont prises aux relatives à la propriété intellectuelle qui ont jusqu'ici enrichi les sociétés pharmaceutiques multinationales au détriment du droit à la santé. Les systèmes de santé et les services collectifs qui font en sorte que l'éducation, la prévention et les soins aillent de pair avec la prestation et le soutien efficaces de traitements viables doivent être renforcés et élargis.

L'apport en ressources des pays donateurs doit être rehaussé, et non en termes de pourcentage mais bien en termes de multiples, si on veut sauver des vies. En regardant les sommes récemment affectées aux efforts de guerre on peut dire que la capacité monétaire existe et que les ressources nécessaires pourraient être dégagées si la volonté y était (Foster et Garmaise, 2003). Le problème de VIH/sida a été d'actualité pour « Le Groupe des huit (G8) » qui a, au cours des quatre dernières années, abordé la

question du VIH/sida et d'autres grandes maladies. Au Sommet d'Okinawa⁷ (2000), les dirigeants ont ainsi déclaré leur intention d'établir de nouveaux partenariats internationaux visant à réduire le fardeau du VIH, de la tuberculose et du paludisme ainsi que d'une variété de maladies infantiles infectieuses en améliorant les systèmes de santé, l'accès aux médicaments et les mesures préventives, de même qu'en accentuant la recherche et le développement de nouveaux médicaments, vaccins et autres outils.

2.12.2. La lutte contre le VIH/sida en Haïti

EN Haïti, la lutte contre le VIH/sida se fait à deux niveaux : sur le plan public et sur le plan privé.

2.12.2.1. Réaction contre la pandémie au niveau du gouvernement

A l'instar d'autres pays, Haïti a ratifié la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001. Par cet acte, le gouvernement haïtien s'est engagé à renforcer ses interventions en vue de combattre ce fléau. De ce fait on constate que la lutte contre le sida en Haïti constitue l'une des priorités du gouvernement actuel en regardant sa déclaration de politique générale de juin 2006. Le sida constitue aussi l'un des axes du "Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté" (DSNCRP). Dès son apparition en Haïti vers la fin des années 1978 un groupe de chercheurs et de cliniciens ont mis sur pied le Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO) pour pouvoir mieux cerner cette nouvelle pathologie et proposer des éléments de réponses scientifiques et adaptés. Depuis, plusieurs plans et commissions ont été créés aussi à travers le MSPP. La première Commission Nationale contre le sida a vu le jour en 1987. Quatre (4) plans stratégiques nationaux furent élaborés : l'un relatif à la période 1988-1992, un deuxième concernant la période 1996-2000 ; un troisième se rapportant à 2002-2006 et le dernier pour celle de 2008 à 2012.

Les différents intervenants attribuèrent au plan stratégique 2002-2006, un caractère multisectoriel, conscients du fait que le sida est une maladie sociale et que le secteur santé à lui seul ne saurait la juguler. Divers autres secteurs furent impliqués tels : le Ministère de l'Éducation Nationale et de formation professionnelle (MENFP), le Ministère de la Condition Féminine et aux Droits de la Femme (MCFDF), le Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST) et du Ministère de la Justice (MJ) ; des organisations non gouvernementales et internationales et certains groupes constitués comme l'Association de Solidarité Nationale avec les personnes affectées et infectées par le VIH/sida (ASON) et le Groupe de Recherches et d'Actions Antisida et Anti Discrimination Sexuelle (GRASADIS). Les 5 axes stratégiques d'intervention du plan 2006-2012 sont :

- Réduction de la vulnérabilité ;
- Réduction de l'impact ;

⁷Le Sommet d'Okinawa est celui qui s'est tenu à Okinawa au Japon en 2000 avec le Groupe des huit (G8) qui comprend les 8 pays les plus puissants économiquement au monde. Ce sont : les États-Unis, le Japon, l'Allemagne, le Royaume-Uni, la France, l'Italie, le Canada, et la Russie.

- Promotion et défense des droits humains ;
- Construction de la pérennité des interventions ;
- Surveillance de l'épidémie et recherche.

Pour le plan 2002-2006 on avait pris en compte les aspects préventif et curatif. Mais, du fait de la non disponibilité à grande échelle des antirétroviraux dans le système, l'accent avait été mis principalement sur la prise en charge des infections opportunistes, (UNGASS Haïti, 2007). Depuis 2001, après la déclaration d'engagement sur le VIH/sida par le gouvernement, des efforts ont été entrepris en Haïti pour "initier et maintenir la surveillance du VIH/sida au niveau national". Les estimations sur la prévalence nationale du VIH sont actuellement basées sur la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes.

2.12.2.2. Riposte à la pandémie par les organismes communautaires

Le secteur privé à travers les organismes communautaires joue un grand rôle dans cette lutte contre le VIH/sida. Putnam et al, 2001 pensent que le leadership national dans cette lutte n'a pas toujours été fort historiquement. La majeure partie des progrès qui ont été réalisés dans ce secteur au cours de la dernière décennie peut être attribuée aux efforts des diverses ONG qui ont concentré le financement international pendant les années 90 très agitées politiquement en Haïti, (Hempstone et al, 2004). Certains programmes des Nations Unies soutiennent les activités qui sont en rapport avec la lutte. L'ONUSIDA a mobilisé des groupes techniques de travail pour que les dirigeants haïtiens puissent développer leurs priorités stratégiques. Ces activités se sont concentrées sur le counseling volontaire, l'accès étendu au dépistage, l'amélioration du système de surveillance nationale, la promotion de la femme, la diminution de la transmission du VIH, et l'amélioration des soins aux personnes vivant avec le sida. Pour sa part, le FNUAP a financé plusieurs programmes qui visent les jeunes, comprenant le Volontariat pour le Développement d'Haïti, (VDH), les Promoteurs Objectif Zéro sida, (POZ), et la Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale, (FOSREF). De son côté, l'UNICEF œuvre avec plusieurs autres ONG pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et fournir entre autre des antirétroviraux. Selon FHI/IMPACT (2000) des recherches en matière de réponses communautaires au VIH/sida ont été financées par le PNUD.

Dans ce domaine, l'OPS (Organisation Panaméricaine de la Santé) est aussi entrepreneur en Haïti. Elle a beaucoup collaboré avec le CDC en améliorant les systèmes de surveillance du VIH/sida et avec l'organisme POZ pour la prise en charge d'une ligne de téléphone ouverte pour les questions liées à la santé reproductive (Putnam et al, 2001). Depuis plus d'une décennie, l'USAID est présente sur le terrain, elle a soutenu bon nombre d'organisations en ce qui concerne la prévention, les services de traitement, de la mobilisation communautaire et du plaidoyer (Hempstone et al, 2004).

2.12.3. *Connaissances sur le VIH/sida et des moyens de prévention*

D'après EMMUS III 97% des personnes qui ont été interrogées, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction ou du lieu de résidence ont connaissance de l'existence du VIH/sida. Mais, les idées erronées demeurent en dépit de ce taux élevé de connaissance sur la maladie. L'enquête révèle que 13.5% des hommes et 24% des femmes enquêtés pensaient qu'on ne pouvait pas prévenir le VIH/sida. Dix-neuf pour cent (19%) des hommes enquêtés étaient mal informés et trente-cinq pour cent (35%) des femmes enquêtées étaient au courant de l'existence du VIH/sida, mais ne pouvaient indiquer aucune méthode de prévention toujours selon la même enquête. Les trois idées principales véhiculées par les programmes de lutte contre le VIH/sida sont abstinence, fidélité envers un partenaire et usage du préservatif, les idées erronées qui en résultent sont inquiétantes. Car seulement quelques résidents de certaines zones urbaines ont su citer le préservatif comme l'un des moyens de prévention d'un côté, et quelques femmes ayant fréquenté l'école secondaire, celles qui cohabitent avec leur mari et quelques personnes âgées étaient plus aptes à citer la fidélité à un partenaire de l'autre côté (Cayemittes et al, 2001). Mais une amélioration est constatée concernant les connaissances et les moyens de prévention du VIH/sida soit 99% des femmes et 100% des hommes indépendamment, du niveau d'instruction, du milieu de résidence, de l'âge ou de l'état matrimonial d'après la dernière enquête nationale (Cayemittes et al, 2006).

Les rapports sexuels non protégés se révèlent comme l'un des facteurs de propagation du VIH. Pour se protéger contre les infections, la connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle. Les principaux moyens de prévention de l'infection VIH restent l'utilisation du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté. L'abstinence étant moins plausible à être adoptée.

2.13. **Synthèse**

Ce bref panorama des différentes interventions du gouvernement haïtien et d'autres organisations multilatérales relatif à la lutte contre le VIH/sida, nous montre que ce sujet est une préoccupation pour tout un chacun. En dépit de toutes les actions posées tant sur le public que privé et les mobilisations sur le plan international cela n'a pas suffi pour contrecarrer et inverser la tendance de la propagation de cette pandémie à mi-chemin des OMD, car les chiffres parlent d'eux-mêmes. Ainsi pouvons-nous questionner les différentes stratégies mises en place dans le cadre de la lutte pour voir si elles prennent en compte tous les paramètres qui pourraient amener à un résultat satisfaisant. De ce fait, nous pouvons nous demander : quels sont vraiment les obstacles à la réalisation des stratégies de lutte ? C'est ce que nous proposons de déterminer à travers le dernier chapitre de ce travail à savoir d'élaborer les contraintes qui entravent la réalisation des programmes et proposer des pistes d'amélioration pour une bonne application des stratégies de lutte contre le VIH/sida. Pour ce faire, nous avons adopté la méthodologie qui va suivre.

CHAPITRE III

CADRE METHODOLOGIQUE DU TRAVAIL

Le cadre méthodologique présente la démarche que nous avons suivie et les outils utilisés dans le cadre de ce travail de réflexion sur la problématique du VIH/sida en Haïti. Il comprend aussi un aspect théorique se référant à une recherche documentaire qui nous a permis de couvrir de manière générale les divers acquis de connaissances sur la maladie. Et enfin, l'expérience de notre stage qui est le support pratique qui nous a procuré des données de terrain en rapport avec le thème de travail.

3.1. Sources des données utilisées

Les informations, particulièrement les données, les indicateurs d'analyse utilisés dans cette étude sont puisés en majorité des bases de données des principales organisations actives dans la lutte contre le sida. Ces bases de données sont entre autres celles OMS, PNUD, USAID, ONUSIDA, Banque Mondiale, etc....

Au niveau national, les principales sources de données consultées et utilisées sont : Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI), de l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et du Monitoring and Evaluation System Interface (MESI).

3.2. Recherche bibliographique

Dans le cadre de ce travail, nous avons passé en revue dans un premier temps la littérature grise scientifique disponible sous forme de bibliographie éditée, sites internet et rapports de conférences et séminaires qui traitent de tous les aspects en rapport avec le VIH/sida. Cela nous a permis de connaître l'état actuel et tout ce qui a été dit par les spécialistes sur ce fléau.

3.3. Analyse de l'évolution du VIH/sida en rapport avec les OMD

Lors de la déclaration du millénaire, les gouvernements au siège des Nations Unies en septembre 2000 ont ratifié les objectifs du Millénaire pour le développement qui sont au nombre de huit (8) dont le 6^{ième} est de « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ». A mi-chemin de l'atteinte de ces objectifs, les données ont montré qu'Haïti ne parviendra vraisemblablement pas à en atteindre un bon nombre en 2015. Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes référés aux données disponibles sur le site d'ONUSIDA pour la région Amérique Latine et Caraïbe pour pouvoir tracer une courbe comparative de l'évolution du taux de prévalence du VIH/sida entre Haïti et quelques autres pays de la Caraïbe.

3.4. L'expérience du stage à Montréal

3.4.1. Contexte du stage professionnel

Pour l'obtention du diplôme de master en développement offert par l'université Senghor d'Alexandrie, chaque étudiant doit effectuer un stage de mise en situation professionnelle de 3 mois allant de mai à juillet 2008. Ce stage est une application pratique et un apprentissage sur le tas qui est en rapport direct avec le sujet du mémoire de fin d'études de l'étudiant pour obtenir le diplôme. C'est dans cette optique que je me suis trouvée à l'institution « Spectre de rue » à Montréal.

3.4.2. Présentation de la structure d'accueil

Spectre de rue est un organisme communautaire créé en 1990 après le constat du taux élevé de travailleurs de sexe, de l'itinérance et de la toxicomanie avec pour groupe cible les jeunes défavorisés du centre sud de Montréal. Sa mission principale est de :

- Prévenir la propagation du VIH/sida et d'autres ITSS (Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang) auprès des personnes marginalisées âgées de 15 à 40 ans de l'arrondissement du centre sud de Montréal (habitants, travailleurs ou personnes en transit sur le territoire), au prise avec des problèmes de toxicomanie, de travail de sexe, d'itinérance et de santé mentale ;
- Sensibiliser et éduquer la population et le milieu aux réalités de ces personnes pour favoriser leur cohabitation ;
- Soutenir les démarches des membres vers la socialisation et l'intégration sociale.

En vue de répondre aux besoins de la clientèle, l'organisme met en œuvre cinq (5) programmes qui sont : le site fixe, le centre de jour, le travail de milieu, le travail de rue et le TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée). La stratégie d'intervention de Spectre s'appuie sur une approche éclectique relevant tant du modèle psychosocial que de la philosophie socioculturelle. L'amélioration de la qualité de vie globale de la clientèle et l'augmentation de l'estime de soi sont au nombre des principaux objectifs d'intervention de l'institution. L'établissement et le maintien d'un lien de confiance significatif est la stratégie de base dans une approche basée sur la réduction des méfaits. Ses quatre éléments d'interventions sont l'accueil, l'écoute, l'aide et la référence.

Le site fixe a pour mandat de rendre accessible un programme d'échange de seringues (PES) et de distribuer du matériel de consommation pour les utilisateurs de drogue par injection et d'autres matériels de protection contre les IST auprès des personnes ayant un style de vie à risque selon une approche de réduction des méfaits, pour prévenir et réduire le VIH/sida, les ITSS et autres maladies transmises par le sang.

Le centre de jour est un lieu d'écoute, de soutien, de référence où l'on offre des services d'interventions ponctuels, informels et confidentiels. Les usagers peuvent venir discuter, et prendre un café. Ce lieu est ouvert aux différences et libre de préjugés. Il travaille à briser l'isolement et favoriser la socialisation.

Quant au programme Travail de rue, il vise la prévention et la diminution des risques liés au mode de vie de la rue, la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les intervenants se déplacent quotidiennement sur le territoire afin de rencontrer les gens de la rue dans leur milieu là où ils mènent leurs activités quotidiennes. Le travail de milieu favorise l'intégration au sein de la communauté des usagers travailleurs de sexe, toxicomanes et ou itinérants(es) qui utilisent ou non les services de l'organisme. Il vise aussi la réduction des méfaits attribuables à la présence des seringues usagées dans le milieu urbain et s'adresse à la population en général.

Le TAPAJ pour sa part accueille les jeunes de 30 ans et moins qui vivent dans la précarité et qui ne sont pas capables d'occuper un emploi stable ou participer à un programme de réinsertion à l'emploi.

A partir de cette expérience j'ai pu comprendre la politique du Québec dans la lutte contre le VIH/sida et l'engagement du gouvernement à cet effet. Je pourrai de ce fait tirer profit et essayer d'ajuster certaines des stratégies à la réalité d'Haïti où le VIH/sida constitue encore un problème de santé publique.

3.4.3. Activités menées lors du stage

Lors de ce stage, j'ai pu réaliser les activités suivantes sous la supervision de Mr Clément FRANÇOIS intervenant au programme "site fixe et centre de jour". Ces activités consistaient en :

- Distribuer du matériel de consommation et de prévention aux usagers (seringues neuves contre usagées, tampons d'alcool, condoms, lubrifiants, ampoules d'eau stérile, pipe à crack et stéricup) ;
- Mettre à jour la base de données avec le responsable informatique c'est-à-dire revoir certains indicateurs pour une meilleure compréhension et faciliter la saisie des données ;
- Diffuser les messages de prévention concernant le VIH/sida, les hépatites et toutes autres ITSS et sensibiliser les usagers sur le comportement à risque et comment avoir un comportement responsable et protégé ;
- Orienter les usagers vers d'autres ressources selon leurs besoins. Soit vers des centres de santé quand leur cas l'oblige ou vers des centres de désintoxication s'il le souhaite ;
- Consulter les différentes documentations disponibles afin d'être informée et à jour sur les différentes activités de l'organisation ;
- Assurer le bon déroulement des activités au centre de jour et au site fixe, c'est-à-dire que tous les matériels à distribuer aux usagers soient disponibles et que ceux-ci se sentent à l'aise dans l'espace qui leur est réservé.

3.4.4. Contribution du stage à la réalisation du mémoire

3.4.4.1 Acquis pratiques sur la prévention du VIH/sida

Ce stage à Spectre de rue m'a permis d'avoir une plus grande idée de comment le Canada mène sa lutte contre l'épidémie du VIH/sida. Il se mobilise à travers les organismes communautaires et d'autres activités dans cette lutte. Il existe la "Coalition des Organismes Communautaires Québécois de lutte contre le sida" (COCQ-sida) qui regroupe tous les organismes communautaires québécois impliqués dans la lutte contre le sida afin de favoriser l'émergence et le soutien d'une action concertée. De plus, le Département de la Santé Publique (DPS) a sa politique d'intervention pour soutenir les organismes communautaires, et d'autres bailleurs de fond se mobilisent aussi dans cette lutte contre le VIH. Mon expérience à Spectre de rue s'est révélée très instructive et j'ai acquis de nouvelles connaissances pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études et qui pourront me servir aussi à l'avenir.

Ainsi, toutes ces informations m'ont montré que le choix de venir faire ce stage au Canada, un pays qui s'engage à lutter contre ce fléau s'est révélé fructueux car j'ai pu en profiter au maximum. J'ai voulu comprendre les stratégies d'intervention de lutte contre le VIH/sida dans un pays développé et les comparer avec celles de mon pays afin d'identifier des obstacles à une bonne application. Puisque Haïti reste encore l'un des pays des Caraïbes le plus touché par le virus du VIH avec un taux de 2,2%.

3.4.4.2 Visites et entretiens

Au Québec, la lutte contre les ITSS et le VIH/sida et l'hépatite C se fait surtout à travers différents organismes communautaires, c'est pourquoi j'ai jugé nécessaire de visiter quelques uns d'entr'eux, afin de rencontrer leurs responsables et de leur poser des questions sur le fonctionnement de l'organisme au moyen d'un questionnaire (Annexe 1 ; p. 52) pour comprendre leurs différentes stratégies d'intervention dans cette lutte. Ces organismes sont :

- Le Centre d'Action Communautaire pour Toxicomanes et Utilisateurs de Seringues (CACTUS) qui a pour mission d'intervenir auprès des personnes toxicomanes à risque afin de prévenir les ITSS particulièrement le sida et l'hépatite C ;
- Le Groupe d'Entraide à l'Intention des Personnes Séropositives Itinérantes ayant un vécu lié à la toxicomanie (GEIPSI) qui a été créé pour rejoindre les femmes et les hommes (de 18 ans et plus) touchés par le VIH/sida et qui présentent un profil de toxicomane. Ce dernier pour mission de favoriser la prise en charge par les participants de leur santé ;
- Le Groupe d'Action pour la Prévention de la transmission et l'Eradication du sida (GAPVIES) qui travaille pour prévenir la transmission du VIH/sida et aider les personnes atteintes du VIH ;
- La Stella, qui est créé par et pour les travailleuses du sexe. Elle travaille en vue d'améliorer leur qualité de vie, de sensibiliser et d'éduquer l'ensemble de la société aux différentes formes et réalité du travail de sexe pour qu'elles puissent jouir des mêmes droits à la santé et à la sécurité que le reste de la population ;

- L'Anonyme, elle est une unité d'intervention mobile qui offre de l'aide aux jeunes de 14 à 30 ans en difficulté en allant à leur rencontre. Son action est basée sur une approche humaniste, l'écoute active et le respect du rythme personnel tout en adoptant aussi l'approche de réduction des méfaits ;
- Le Dopamine pour sa part a pour mandat principal de prévenir les ITSS/ VIH/sida et les hépatites auprès des usagers de drogues par injection (UDI) et/ou travailleurs de sexe, de leur entourage et la population en général. Il préconise l'approche de réduction des méfaits et le pouvoir d'agir ;
- L'Action Sero Zéro est un organisme qui propose aux, bisexuels ou Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes (HARSAH) divers programmes gratuits de promotion de la santé et de prévention du VIH/sida et d'autres ITSS. Il privilégie une approche globale de la santé qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe.

J'ai pu mener une enquête aussi auprès des usagers qui sont majoritairement des toxicomanes et d'autres personnes atteintes du VIH, des transsexuels ou des itinérants. Les entretiens réalisés avec ces gens m'ont permis de mieux comprendre le fonctionnement des gens de la rue. Cette enquête m'a permis aussi de comprendre l'importance d'un organisme tel que Spectre de rue dans les soutiens et les accompagnements qu'il leur fournit et son implication dans la lutte contre le VIH/sida. (Annexe 2, p. 53).

3.4.4.3 *Autres acquis socioprofessionnels*

Pendant mon passage à Spectre de rue j'ai réalisé un apprentissage sur le tas, lequel m'a mis en contact directement avec les toxicomanes et les itinérants pour discuter avec eux et mieux comprendre certains phénomènes liés à la toxicomanie et le VIH/sida.

Cette expérience faite à Spectre de rue m'a fait comprendre le fait que plein d'organismes rendent disponible des matériels de consommation soit pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI) ou les utilisateurs de crack ou autres types de drogues, peut contribuer énormément dans la lutte contre le sida et l'hépatite C en aidant les usagers à avoir un comportement responsable.

3.5. Limites et contraintes du travail

Pour l'accomplissement de ce travail nous avons fait face à certaines contraintes. Car, étant situé très loin du pays et le manque de disponibilité des informations sur le sujet à travers le pays ont été des contraintes majeures. Il n'y avait pas de possibilité d'entrer en contact avec des responsables du service publique de santé du pays en dépit de nos efforts. De ce fait, nous nous sommes contenté des informations qui sont disponibles sur les sites internet de quelques institutions telles : ONUSIDA, OMS, IHSI et autres. Ainsi ce travail est présenté avec le peu que nous avons pu trouver.

Sur le plan du stage nous pouvons dire que la préparation et le déroulement se sont globalement bien passés. Nous avons pu effectuer certaines recherches et collecter des données sans grandes difficultés. Cependant, la durée du stage ne nous a pas permis de contacter quelques autres acteurs à Montréal de la lutte contre le sida que l'on souhaitait rencontrer. Nous n'avons pas pu cerner totalement les différents contours et les stratégies Québécoises de lutte contre l'infection par le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement.

Ainsi, comme l'a montré la démarche méthodologique suivie, nous nous sommes efforcé d'avoir des informations optimales nous permettant de répondre aux questions posées dans la problématique du sujet et d'atteindre les objectifs poursuivis dans ce travail de recherche. Le chapitre qui suit présente une analyse succincte des données recueillies, les principales contraintes des projets de lutte contre le VIH/sida en Haïti et enfin quelques propositions de pistes pour améliorer la situation actuelle concernant la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

CHAPITRE IV

PISTES D'AMÉLIORATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN HAÏTI

Comme nous avons pu le démontrer précédemment, la problématique du VIH/sida reste une préoccupation en Haïti et représente un problème très sérieux de Santé publique. Les résultats des interventions sont plutôt faibles par rapport à l'évolution de la pandémie dans la tranche de la population la plus jeune sur laquelle repose l'avenir et le développement du pays. Dans la logique de l'objectif spécifique nous nous sommes fixés en réalisant ce travail, sur la base des relevés d'informations commentées de notre revue de littérature, l'apprentissage expérimental de notre stage de mise en situation professionnelle dans l'institution Spectre de rue à Montréal, nous enchainons cette réflexion ; d'abord, par la présentation des leçons tirées de cette expérience canadienne, son importance dans une perspective d'action en Haïti, nous poursuivrons avec un exposé des principales contraintes aux programmes de lutte contre le VIH/sida entrepris en Haïti. En dernier lieu, nous tenterons de prodiguer quelques propositions en vue de permettre aux acteurs nationaux et les ONG sur le terrain de rendre plus efficaces les actions et améliorer les résultats dans la lutte contre la pandémie dans le pays.

4.1. Les leçons apprises du Stage à Spectre de rue à Montréal

Le Canada est l'un des pays qui possède déjà un très vaste réseau de personnes et d'organismes spécialisés qui participent à la défense, à l'élaboration de politiques, à la prévention, aux soins, aux traitements, au soutien et à la recherche dans le domaine. Des centaines d'unités et d'organismes partout dans le pays se sont engagés dans des programmes et services liés au VIH. Pour répondre à la problématique changeante du VIH et atteindre des buts communs, ils se sont mis à travailler ensemble. Les principaux acteurs sont ceux qui ont un mandat spécifique au VIH/sida tels le ministère de la santé, les organismes communautaires de lutte contre le sida, les fournisseurs de soins de santé et chercheurs ; Toutefois, en raison des facteurs économiques et sociaux qui entretiennent l'épidémie, d'autres ministères, individus et organismes jouent également un rôle essentiel dans cette bataille. C'est le cas des organismes de défense des droits de la personne, des services de traitement et de réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues, des services de santé mentale, des services de logement, des services d'établissement, des organismes de développement international et des programmes visant les jeunes et les femmes.

Le gouvernement du Québec pour sa part s'est très engagé dans cette lutte à travers la direction de la protection de la santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux. La lutte contre les IST et le sida est assurée au Québec par le service des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Un document intitulé "Stratégies québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement" est le premier document complémentaire du PNSP 2003-2012. Durant notre stage à l'ONG Spectre de rue, nous avons relevé

des points forts dans la stratégie d'intervention du Canada que nous considérons comme des leçons importantes sur lesquelles nous pouvons capitaliser dans le cadre d'intervention en Haïti.

4.1.1. Réseautage des ONG québécoises

Ce réseautage est le fait que les différentes ONG travaillent en étroite collaboration. Celui-ci est marqué par la consécration des différents acteurs de la lutte contre le sida, avec leur implication dans l'élaboration des politiques. Ainsi, tout en gardant leur autonomie organisationnelle, ces ONG bénéficient d'un soutien financier et matériel de la part des autorités sanitaires fédérales, provinciales et même municipales. Ces organismes, bien qu'ayant chacun leurs cibles particulières, entretiennent beaucoup de relations de coopération et d'échange d'expériences entr'eux. C'est ainsi que chaque organisme programme dans ses actions un volet de formation, qui est en fait, un échange d'expérience des intervenants de l'organisme avec des intervenants d'autres organismes visant à peu près les mêmes objectifs et les mêmes stratégies d'action.

4.1.2. Spécialisation des tâches basées sur le résultat

La particularité des interventions des ONG québécoises est la précision et l'objectivité des actions. Les cibles sont clairement identifiées et les interventions spécifiques, orientées vers des résultats concrets. En effet, nous voulons évoquer un constat fait à propos de notre institution d'accueil à Montréal pour le stage, les structures respectives ont su conjuguer leurs efforts tout en gardant leur activité spécifique qui représente leur « corps de métier ». Par ailleurs, entre les différents organismes communautaires, dans la réalisation des tâches sur le terrain, une certaine compétitivité est observée ; l'enjeu est le résultat, condition de base pour avoir le financement du gouvernement. Chacun de son côté doit se mettre à l'œuvre afin d'aboutir à de bons résultats. Car, en fonction des résultats à la fin de l'année, on peut voir son financement soit augmenté ou diminué. Il s'agit d'un bel exemple d'un Etat pourvoyeur de ressources qui externalise sur les institutions de son territoire les effets d'une culture de résultats en matière de management.

4.1.3. Présence et contrôle de l'Etat

Nous avons aussi pu constater le rôle clef que jouent l'Etat fédéral et le Gouvernement du Québec dans la lutte contre la propagation du VIH/sida au Québec.

Selon le document « L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada » (2004, p 6) :

Le leadership fédéral est la pierre angulaire qui facilitera la progression dans cette voie. En plus de continuer à appuyer la mise en œuvre du Plan d'action, le gouvernement du Canada a élaboré une approche renouvelée en vue de lutter contre l'épidémie : l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.
Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

Intervenants et Gouvernement ont conclu la nécessité d'une approche plutôt stratégique embrassant les principes de justice sociale tout en envisageant une collaboration croissante, une meilleure planification au sein de leur société.

4.1.4. Bonne relation entre les intervenants et les bénéficiaires

Les intervenants étant là pour recevoir les bénéficiaires, il y a une certaine relation de confiance qui s'est établie entr'eux. Une bonne relation qui est basée sur un respect mutuel et qui facilite la collaboration. Les intervenants doivent faire en sorte que les bénéficiaires se sentent en confiance. Ils doivent aussi manifester de l'écoute et le support, référer l'individu à l'endroit qui répond le plus à ses besoins, à sa situation autant physique, psychologique et sociale. Donc un véritable climat de confiance au profit des personnes en difficulté et qui ont besoin d'être secourues sans crainte pour leur intimité et leur intégrité.

4.2. Les contraintes identifiées dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti

Maintenant, la démarche de notre réflexion sur la problématique du VIH/sida en Haïti nous amène à aborder le fond de notre question de recherche dont l'essence consiste à établir les principales contraintes à la lutte contre la propagation du VIH/sida dans le pays. Tout compte fait, après avoir posé la problématique dans son cadre contextuel, inventorié les leçons en guise de bonne pratique de notre stage dans l'institution Spectre de rue à Montréal, après avoir effectué une revue de littérature déjà abondante, mais concluante, sur ce problème d'actualité mondiale, il nous revient d'élucider ces difficultés qui constituent les obstacles aux initiatives visant à contenir et stopper la maladie. Et, en plus d'être un problème de santé et de société, ces contraintes s'érigent aussi en menace pour le développement du pays. Ces contraintes sont d'ordre économique, socioculturel, politique et organisationnel. Elles sont présentées dans les points suivants.

4.2.1. Le couple pauvreté- chômage

La crise économique est l'un des facteurs clefs dans le développement du VIH/sida ; elle contribue à augmenter la vulnérabilité de la population, notamment les couches sociales touchées par la pauvreté. Cette situation caractérisée par la survie, a des conséquences très négatives sur le comportement des individus par rapport à leur propre santé, et en particulier par rapport aux risques liés au VIH/sida. Acculées dans la pauvreté, ou sous l'effet du chômage, beaucoup de personnes y compris des jeunes hommes et femmes se livrent à des pratiques risquées et de fait s'exposent. Dans bien de cas, c'est surtout le travail de sexe qui reste la principale activité de secours face aux difficultés économiques. Les personnes qui s'offrent en service, étant économiquement faibles et dépendantes de leurs activités, n'ont de choix que céder à des rapports sexuels non-protégés selon le caprice leurs clients. En plus des risques de contamination, les personnes qui sont malades du sida n'ont pas les moyens d'accéder aux soins nécessaires ; ce qui fait le lien entre chômage, pauvreté, VIH/sida un cercle vicieux dangereux

pour un pays comme Haïti. Pour conclure cette partie, nous dirons que ce lien étroit entre pauvreté et la vulnérabilité au VIH/sida est une évidence, ce qui permet de dire que combattre cette maladie sans prendre des mesures de lutte contre la pauvreté est un choix qui n'est pas certain mais est voué à l'échec.

4.2.2. Contraintes d'interprétations socioculturelles

Selon UNGASS (2008 ; p. 22),

[...] l'épidémie est toujours au stade généralisé en Haïti ; toutes les couches sociales tous âges confondus sont atteintes par ce fléau. La concentration des cas se retrouve davantage en milieu urbain (1,9% contre 1% en milieu rural). Mais la tendance à la ruralisation se fait de plus en plus sentir.

Dans les villes comme dans les milieux ruraux, on constate des comportements différents vis-à-vis de la maladie. Les différentes perceptions de la population constituent un autre élément de contraintes non négligeable sinon le plus important. Si le concept est actuellement très répandu à travers le pays, ce n'est pas pour autant que la connaissance de la maladie est bien perçue dans la population à travers le territoire. Chez les jeunes de 15 à 24 ans par exemple, seulement 40 % des hommes et environ 30% des femmes ont des connaissances suffisantes sur le VIH/sida (Cayemittes set al 2006).

En effet, le VIH/sida est une fatalité ; le virus une fois contracté, on n'y peut rien. C'est une maladie qui inspire la frayeur. Le séropositif doit faire face à diverses formes de stigmatisation dans ses rapports sociaux. C'est pourquoi il a toujours tendance à dissimuler sa séropositivité. La maladie n'est pas encore réellement reconnue comme telle et les personnes qui en souffrent sont considérées comme potentiellement dangereuses et par conséquent sont négligées et parfois exclues. Sur le plan culturel, certains signes symptomatiques sont attribués à des maladies relevant du domaine de la sorcellerie ; dans ce cas, les malades sont détournés du circuit de la médecine conventionnelle pour se diriger vers des guérisseurs traditionnels (Médecins feuille, « Hougans⁸ ») qui possèdent des dons surnaturels de guérison mais n'ayant aucune connaissance sur le VIH/sida. Dans le cas du VIH/sida dont les symptômes ne sont pas toujours évidents, il se voit souvent interprété comme une maladie d'origine maléfique qu'il faut traiter hors du circuit médical. A ce niveau, le risque s'accroît, compte tenu de la précarité sanitaire des lieux (péristyles, humforts⁹) où ces traitements sont administrés ; ces pratiques exposent les guérisseurs eux-mêmes ainsi que les autres personnes qui fréquentent ces lieux.

Pour conclure, les campagnes de sensibilisation, d'information et de formation sur la maladie ne sont pas encore parvenues à endiguer l'ignorance de la population pour enfin cerner le fléau et limiter sa propagation.

⁸ Quelqu'un possédant des pouvoirs surnaturels de guérison et connaissant des propriétés médicinales des plantes.

⁹ Endroit où le Hougans reçoit sa clientèle

4.2.3. Croisement des ONG et duplication des programmes sur le territoire

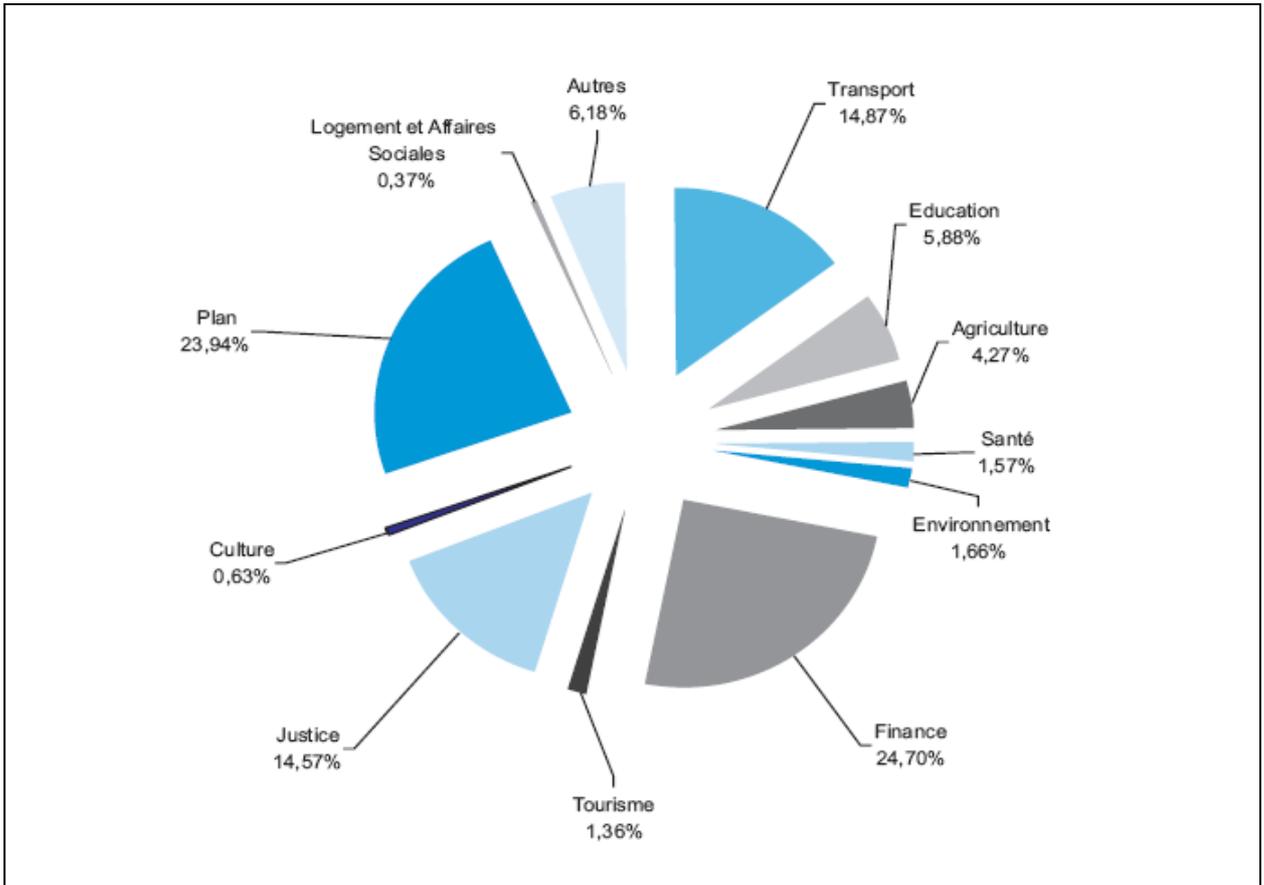
Les expériences de terrain ont montré que le fait que chaque ONG travaille seule dans son secteur et que les employés se croisent sur le terrain entraîne des fois la duplication des activités et programmes qui est considérée comme un gaspillage de ressources, (humaines, financières et matérielles) qui pourrait être évitée s'il y avait une meilleure synergie entre ces ONG.

De ce fait, nous pensons qu'une amélioration de la documentation saurait en conséquence servir à minimiser cette duplication des programmes qui est une pratique courante en Haïti. L'amélioration de la communication et la collaboration entre différents groupes seraient très efficaces. La création d'une base de ressources qui contient les principaux documents publiés par les organismes travaillant dans le domaine de lutte contre le VIH/sida en Haïti pourrait résoudre ce problème. Pour arriver à une telle collecte, il nécessiterait des mises à jour et une gestion régulière des données par un membre du Groupe Technique. Actuellement, on pense que l'évaluation de principaux programmes de VIH/sida en Haïti constitue un problème majeur. Donc, il faudrait une meilleure implication de l'Etat dans ces activités. Et tout ceci amènerait à éviter cette duplication et le croisement des ONG sur le terrain.

4.2.4. Insuffisance de l'action gouvernementale

Les critiques font penser qu'un certain manque d'engagement constant du gouvernement et de la société haïtienne en général dans la lutte pour la prévention et le contrôle du VIH/sida a concouru au développement de la maladie en Haïti (Hempstone et al, 2004). De plus, le fait aussi qu'Haïti n'ait pas participé aux différents forums et débats sur le sida qui se sont portés à l'échelle internationale pendant la majeure partie de la dernière décennie a restreint sans doute les efforts de lutte contre l'épidémie (Putnam et al, 2001). La majeure partie des efforts qui ont été accomplis dans ce secteur de lutte contre le sida au cours de la dernière décennie peut être attribuée aux efforts des diverses ONG. En regardant la répartition des dépenses de l'Etat (Figure 7 ; p. 39), la santé fait partie des secteurs les moins considérés ; jusqu'en 2007, les investissements de l'état en matière de santé ne représentent que moins de 2% de ses dépenses globales. Le VIH/sida, dans la perception actuelle, est un problème uniquement de santé ; ainsi, les interventions des gouvernements contre le fléau sont confondues dans les programmes de santé nationale, d'où la difficulté de faire ressortir les parts des budgets qui y sont allouées. Cette appréhension de la problématique du VIH/sida limite l'efficacité des projets et des programmes étatiques. De plus, les programmes de dépistage mis en place par les autorités à travers certains centres publiques de santé sont encore restreints et ne font pas objet d'un véritable suivi.

Figure 7 Structure des dépenses d'Investissements par Secteur (Ministère) en 2006-2007.



Source : BRH, 2007

Toutefois, il est à signaler que les deux derniers gouvernements ont introduit le VIH dans leur politique et ont fourni un appui constant aux efforts de prévention du VIH. Un nouveau plan stratégique national pour le VIH/sida va mettre l'accent sur la prévention des IST/VIH et de la transmission mère-enfant (PTME), l'assurance de la sécurité de la banque de sang du pays, la recherche de vaccins, ainsi que les soins et support aux personnes vivant avec le sida (Hempstone et al, 2004).

A partir de ces informations, on peut conclure que l'Etat haïtien à lui seul, en dépit de sa volonté exprimée, n'est pas en mesure de donner une réponse adéquate à l'expansion de la maladie.

4.3. Propositions de pistes d'amélioration

Comme ça a été notre souci majeur à travers les lignes précédentes, dans la lutte contre le sida, en vue d'inverser la tendance de la propagation de la maladie comme c'est dans la logique des OMD, nous voulons proposer ces pistes pour une amélioration de la qualité des interventions. Pour cela, nous prendrons en considération les acquis de notre stage à Montréal, ainsi que les éléments de contraintes ci-dessus présentés. Ainsi, les propositions suivantes se veulent être notre contribution au profit des autorités nationales, intervenants et ONG dans la lutte contre le VIH/sida. Comme pour l'analyse des

contraintes, nos propositions aborderont la question sous divers angles : socioculturel, économique, politique et organisationnel.

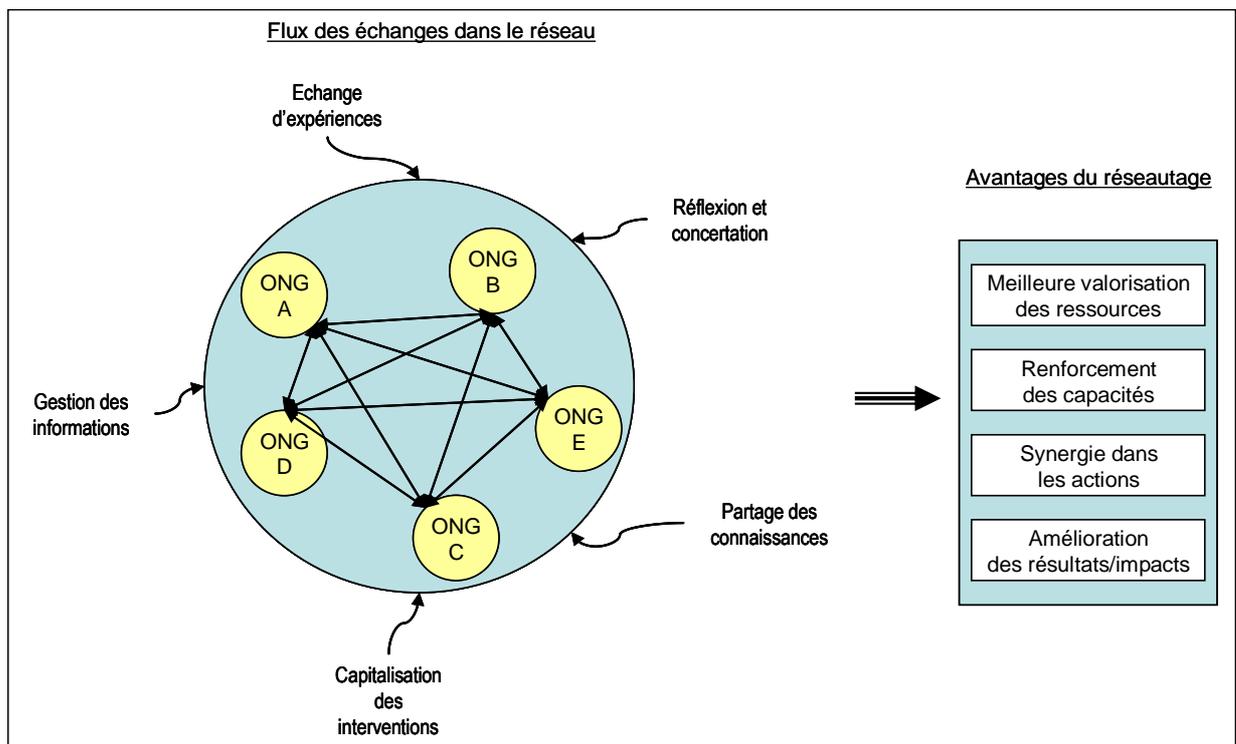
4.3.1. Capitalisation du savoir-faire québécois

Par rapport à l'expérience canadienne, nous pouvons affirmer que l'implication des acteurs de tous les secteurs est indispensable pour contrecarrer le VIH/sida. Ainsi, nous proposons :

- Réseautage des ONG

Le réseautage consiste à établir des liens avec des institutions qui interviennent dans un même secteur ou dans des secteurs d'activités proches ou complémentaires. Concernant le fonctionnement des ONG en Haïti, cette stratégie d'établir des réseaux pourrait être très bénéfique pour plusieurs raisons. Pour la plus grande majorité d'entr'elles, ce sont des institutions à but non lucratif dont le profit recherché est purement social dans l'intérêt des populations bénéficiaires. Le réseau est un moyen de réguler leur fonctionnement sur le territoire ; elles peuvent s'informer sur ce que fait chacune, capitaliser et échanger des bonnes pratiques, valoriser conjointement des informations dans le cadre de leur secteur d'intervention.

Figure 8 Le flux des échanges et les avantages du fonctionnement en réseau des ONG



Source : Conception personnelle dans le cadre du mémoire

Dans le contexte particulier d'Haïti, le réseautage permettrait en outre de mieux valoriser leurs ressources, d'éviter la duplication et de synchroniser leurs actions en vue de créer une synergie très importante dans l'amélioration des résultats en terme d'impacts dans une zone d'action.

- Renforcement de la présence de l'Etat

Il est du devoir de tout Etat d'assurer le bien-être de ses citoyens ; donc, protéger la population du VIH/sida est l'une des responsabilités qu'a l'Etat haïtien. Il devrait pouvoir mettre en place une stratégie de lutte contre le VIH/sida et avoir un droit de regard et de contrôle au moins sur les actions qui se réalisent. L'une des faiblesses que nous avons relevées sur le terrain est la duplication des projets ; d'autre part, les milieux urbains, en termes d'activités anti VIH/sida, sont privilégiés par rapport aux périphéries et les milieux ruraux où l'on constate la présence de très peu d'organismes. Dans ces derniers lieux, même l'Etat est sous-représenté. Pour que l'Etat puisse renforcer sa présence, il doit être imbu du problème. Il existe un document stratégique, la « Carte de pauvreté d'Haïti » qui représente un bon outil pouvant permettre de déterminer les poches territoriales les plus fragiles. Dans ce sens, il est possible de cibler les couches les plus à risque de la population et les prendre en charge. Ainsi, nous suggérons que, d'abord, l'Etat définisse un cadre réglementaire sur le fonctionnement des ONG dans le pays, non pas en terme de barrière, mais comme un dispositif qui lui permettra d'être réellement informé de leur présence, leur mission, leurs zones d'intervention, d'avoir plus de visibilité dans leurs actions. D'autre part, que l'Etat puisse se servir de ses prérogatives pour s'assurer d'une distribution plus équilibrée des moyens et des opportunités sur le territoire ; ainsi, devra-il améliorer sa représentativité au niveau local que nous expliquerons un peu plus loin et aussi se concerter avec les ONG existantes ou désireuses de travailler dans le pays pour choisir, en fonction des besoins de la population, là où elles doivent entreprendre des actions.

L'importance du renforcement de la présence de l'Etat que nous préconisons aura pour effet immédiat de contribuer à la réduction de la duplication des projets, l'amélioration de l'accès à des services de la population et à moyen et long terme la réduction de l'écart trop grand entre les conditions de vie entre les villes et les périphéries mais tout en les améliorant.

4.3.2. Une nouvelle politique avec des ouvertures pour les communautés locales

Comme nous avons pu le démontrer, chômage, pauvreté et risque de contracter le virus du sida constituent un cercle vicieux qui augmente la vulnérabilité de la population. Cette vulnérabilité est d'autant plus importante que l'incertitude de la population est grande par rapport à sa vie, son avenir. D'où la nécessité urgente du gouvernement haïtien de faire de la problématique du sida une politique publique ; donc un problème auquel il faut s'attaquer tout en prenant en compte l'incidence de la pauvreté. Ce qui revient à dire, qu'il accepte que c'est une préoccupation non seulement de santé publique mais aussi sociale, de fixer des objectifs, de trouver un créneau d'entrepreneuriat pouvant permettre à la population d'entreprendre des activités dignes moins dangereuses pour leur santé et mettre en place des moyens pour contrecarrer le problème. En effet, des mesures diverses devraient être envisagées et les étendre au niveau de toutes les communautés de manière à toucher toutes les tentacules du mal. Nous préconisons que ces mesures pourraient être bénéfiques sur les plans sanitaire et économique. Le pouvoir tel qu'il est centralisé n'est en mesure d'atteindre toute la dimension du territoire qu'en créant des ouvertures sur les collectivités qui sont plus proches des

citoyens. Il doit ainsi donner à celles-ci un vrai pouvoir pour subvenir aux besoins de la population tant en matière de santé que sur le plan économique. Par ce vrai pouvoir, nous entendons : ressources financières, techniques et technologiques nécessaires à la création d'un cadre de vie meilleur pour la population. Cette politique permettra de réduire l'incidence de la pauvreté et rendra les gens plus enclins à modifier leur comportement par rapport à la maladie du sida.

4.3.3. Des mesures incitatives préventives et curatives

Vu la nature de la maladie, comme nous l'avons mentionné, ce serait une aberration de l'aborder uniquement en tant que problème de santé uniquement. Nous avons déjà abordé sa liaison avec la pauvreté et les implications socioculturelles comme les principaux facteurs favorisants. Maintenant, dans sa dimension sanitaire, le VIH/sida devrait être abordé sous deux angles qui, au bout du compte, se complètent puisqu'il s'agit de le combattre ; il s'agit de l'angle préventif et curatif. En termes de complémentarité, en traitant les personnes porteuses du VIH ou malades du sida par des procédés curatifs et protégeant la population du potentiel danger qu'est le virus du sida par la prévention, les deux approches peuvent bien rendre plus efficaces les programmes et projets de lutte contre le virus du sida.

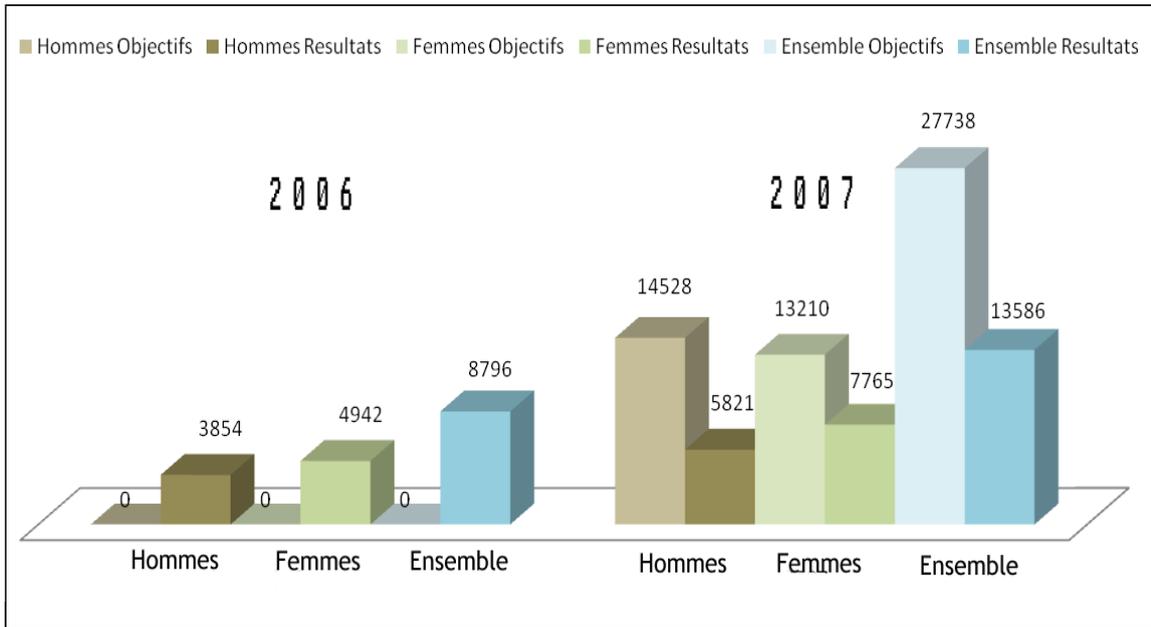
4.3.3.1. L'approche préventive

La sensibilisation à la prévention du VIH/sida est surtout marquée par la présence d'ONG très actives sur le terrain ; à ce titre, nous voudrions citer, non par ordre d'importance, le VDH, le FOSREF, le PSI, le GHESKIO, la POZ, le CRS, la World Vision, etc. qui sont visiblement en train de mener une lutte acharnée contre le VIH/sida dans le pays. Cependant, en regardant les statistiques fournies dans les pages précédentes, nous pouvons dire que les impacts sont faibles ; 60% des hommes et 70% des femmes entre 15 et 24 ans ne disposent pas de connaissances suffisantes sur le VIH/sida. Or, la prévention qui est la stratégie clef dans la lutte contre la propagation du virus n'est possible que grâce à des informations et des connaissances sur la maladie elle-même, ses modes de transmission, ses conséquences et les moyens et méthodes de protection. Dans cet ordre d'idées, les intervenants et l'Etat devraient mettre l'accent sur la formation et l'éducation de la population sur les risques de contracter le virus. Dans, le cas du sida, la prévention vaut véritablement beaucoup mieux que la guérison. Les masses médias (Radio, télévision, etc.), les nouvelles technologies, à travers des centres cybernétiques sont des atouts dans le pays pour la sensibilisation de la population à défaut des moyens à court terme. La sensibilisation devrait contribuer à éliminer la discrimination à l'égard des personnes infectées et affectées par le VIH, aider la population à se responsabiliser et à se prémunir contre les risques d'infection.

4.3.3.2. L'approche curative

A l'heure, il faut reconnaître que beaucoup d'efforts ont été faits pour aider les personnes porteuses du virus, les informations montrent qu'un certain nombre de personnes ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral dans 48 sites ARV repartis à travers le pays (MESI)¹⁰. De 0 en 2006, 13586 ont été mis sous traitement ARV en 2007 (Figure 9 ; p. 43). Il s'agit d'un pas important mais très faible par rapport à un taux de prévalence du VIH/sida dans le pays qui a été estimé à environ 2.2 % en 2006 (EMMUS IV, 2006). Et le rapport de l'ONUSIDA en 2008 montre qu'Haïti fait partie des pays qui ont moins de 25% des malades sous ARV.

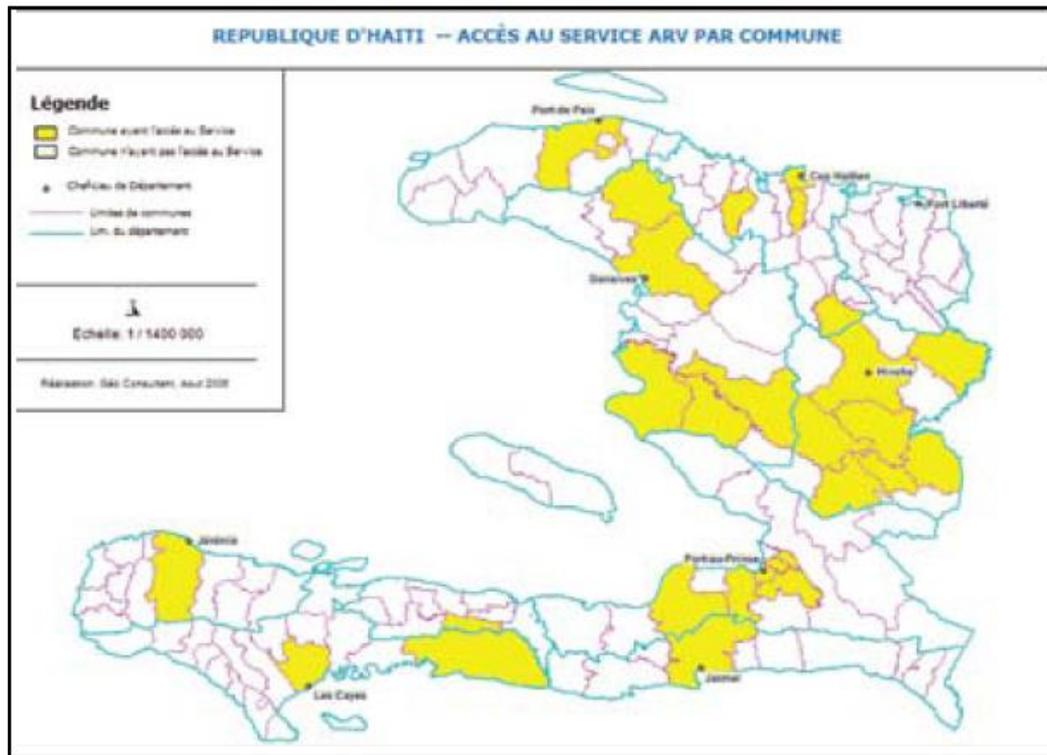
Figure 9 Personnes sous ARV, Haïti 2006, 2007



Source : UNGASS Haïti, 2007

¹⁰ Informations tirées dans [www.mesi.ht] (page consultée, le 04 mars 2009)

Figure 10 Répartition des sites ARV en Haïti par commune en 2006



Source : Profil Épidémiologique de l'infection par le VIH et du sida dans le Grand Sud, Haïti - 2007

La figure ci-dessus montre une distribution inégale et limitée des sites d'accès aux traitements ARV sur le territoire. Ce qui permet de dire qu'il se pose le problème de disponibilité des ARV et leur accessibilité pour la population dont le pouvoir d'achat est faible et même très limité pour les couches défavorisées. Il est donc important que l'Etat et les organismes internationaux puissent penser à rendre ces traitements disponibles et plus accessibles à la population soit par la subvention soit gratuitement. De cette même approche curative, nous ne pouvons pas minimiser les impacts psychologiques de la maladie sur le patient lui-même et sur son entourage immédiat. Dans ce cas, une bonne prise en charge est importante pour aider le malade à recouvrer un équilibre mental important pour sa stabilité physique pendant qu'il est sous traitement. Quant aux membres de sa famille, l'on doit leur apprendre l'importance de leur comportement vis-à-vis du patient qui est très vulnérable et susceptible. En agissant ainsi, on peut renforcer la sécurité dans la famille du malade et créer un climat favorable à l'épanouissement du malade. Cette dernière partie fait appel à une spécialité plus pointue « le travail social ». Donc, encore une fois, nous rappelons que le problème du VIH/sida n'est pas seulement d'ordre sanitaire et par conséquent, sa résolution fait l'obligation d'un travail d'équipe multisectorielle.

4.3.4. Moyens et ressources

La mise en place de ces propositions nécessite des moyens et des ressources comme toute autre activité. Dans les pays à faible et à moyen revenu comme Haïti, pour intervertir la tendance actuelle de l'épidémie du sida, il faut la mobilisation suffisante de fonds pour s'attaquer de façon globale au

problème de VIH. Pour arriver à endiguer la propagation de la pandémie du VIH/sida, l'Etat devrait s'investir beaucoup plus à travers de nouvelles ressources financières, humaines et matérielles.

CONCLUSION

Le VIH représente un drame humain dans le monde entier et plus notamment dans les pays à ressources limitées. Malgré des efforts concertés pour freiner l'épidémie et en dépit de nombreux succès, il poursuit sa progression inflexible. L'humanité s'est confrontée à l'épidémie la plus dévastatrice qu'elle ait jamais connue. Le VIH/sida a aggravé les effets de beaucoup d'autres maladies infectieuses graves comme la tuberculose et le paludisme, notamment en Afrique subsaharienne. Son expansion résulte, en partie, dans la carence de la communauté mondiale à offrir des soins équitables à des millions de personnes qui vivent avec le VIH. C'est une urgence à long terme. Les stratégies et les mobilisations à être mises en place sont nombreuses afin de stopper la montée de l'épidémie.

En faisant le choix de ce sujet dans le cadre de notre travail, nous avons voulu apporter notre contribution dans cette grande bataille qu'on est entrain de mener à l'échelle internationale contre le VIH/sida qui constitue un obstacle majeur au développement. L'objectif que nous avons suivi était de proposer des pistes d'amélioration dans la lutte contre le VIH/sida adaptées aux contextes socioculturel et économique d'Haïti.

Pour ce faire, nous avons adopté une méthodologie qui s'est déroulée autour de plusieurs axes. Tout d'abord, une recherche bibliographique qui nous a permis de parcourir des documents sur tout ce qui a été dit et fait dans le domaine de la recherche et des stratégies menées tant au niveau national qu'international afin de contrecarrer la pandémie du VIH/sida. Ceci nous a permis aussi de questionner ces différentes stratégies et d'identifier les obstacles à leur applicabilité dans le contexte haïtien. Ensuite, une analyse de l'évolution du VIH/sida en rapport avec les OMD pour actualiser les données et mettre en évidence sa tendance actuelle. En outre, la contribution d'un stage de mise en situation professionnelle que nous avons réalisé à Spectre de rue à Montréal où nous avons profité pour rencontrer certains responsables de plusieurs organismes communautaires afin de constater la synergie qui existe entr'eux et mieux comprendre leurs champs d'actions.

A partir de cette étude, nous avons constaté qu'il y a une insuffisance dans les actions du gouvernement haïtien face à cette pandémie et du côté des ONG qui interviennent sur le territoire, plusieurs paramètres ne sont pas pris en compte dans la réalité haïtienne. Il existe aussi un manque d'approfondissement de tous les éléments d'action afin de maximiser les résultats. Une telle approche d'approfondissement serait bénéfique pour la population car il y aurait beaucoup plus d'actions sur un plus large territoire et une meilleure prise en charge. Nous avons pu voir aussi qu'il y a un lien étroit entre pauvreté, vulnérabilité au VIH/sida et développement. Ce qui nous amène à dire que combattre cette pandémie sans tenir compte des mesures de lutte contre la pauvreté est un choix qui peut être voué à l'échec.

Nous pouvons dire, qu'il y a certes des progrès qui sont réalisés dans cette lutte acharnée contre ce fléau grâce aux interventions des différentes ONG et l'apport du gouvernement. Mais, les succès enregistrés dans ce domaine de la lutte contre le VIH devront être appuyés et affermis. Certaines insuffisances relevées lors des évaluations devront mener à un réaménagement indispensable des

différents programmes d'intervention afin d'avoir un plus grand rendement. Cette lutte devra inclure tous les secteurs : le public, le privé et les ONG nationales et internationales pour pouvoir développer des activités intégrées et décentralisées avec une meilleure synergie. D'autres aspects dans la lutte doivent être considérés dans les stratégies de prévention qui s'ajustent mal à la dynamique actuelle de l'épidémie. Car, les données nous ont montré une certaine tendance à la ruralisation de l'épidémie, mais jusque là, il n'existe que très peu de CDV en milieu rural. On doit restructurer et réorienter l'offre de services liés au VIH/sida qui sont nécessaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence Canadienne de Développement International. L'ACDI lutte contre le VIH/Sida aux quatre coins du monde, juin 2002.

Association canadienne de santé publique, *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*. Ontario : Octobre, 2005. Ce document est disponible en ligne sur le site [<http://www.premierplan.ca>] (Consulté le 15 juillet 2008).

Banque de la République d'Haïti (2007) : Rapport annuel 2007.

Behets FM, Desormeaux D; Joseph M. Control of Sexually Transmitted Diseases in Haiti: Results and Implications of a Baseline Study Among Pregnant Women Living in Cité Soleil Shanty towns. *Journal of Infectious Diseases*, 1995; **172** : 764-71.

Brutus J. Situation report: sexually transmitted disease / family planning program in Haiti. H. Sanghvi and D. Lewison (Eds.), *Issues in the Management of STDs in Family Planning Settings*; 1996, 3-7. Baltimore, Maryland : JHPIEGO.

Cayemittes M, Placide MF, Barrère B, Mariko S, Sévère B. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti EMMUS-III. Calverton, Maryland: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2001.

Cayemittes M, Placide MF, Mariko S, Barrère B Sévère B, Alexandre C. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-IV: Haïti*. Pétiön-ville, Calverton : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro, Juillet 2006.

Deschamps M, Fitzgerald D, Pape J, and Johnson W. HIV infection in Haiti: natural history and disease progression. *AIDS* 14 2000 : 2515-21.

Desvarieux M., and Pape J. *HIV and AIDS in Haiti: Recent Developments*. *AIDS Care* 1991; **3**(3): 271-9.

Family Health International (FHI)/IMPACT. *The Situation of Orphans in Haiti: A Summary Assessment*, 2000.

Family Health International, *Les jeunes et les MST/VIH/SIDA*. Première section: Les dimensions du problème, Senderowitz, 1997 dans [<http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/infocus/part1dimensionsfr.htm>] (consulté le 10 février 2008).

FAUCHER, JM. *Sida guide des enjeux sociaux*. Editions espaces 34 Montpellier, France, 2000.

Foster J et Garmaise D. Un défi à relever: La politique étrangère du Canada à l'égard du VIH/sida. Une approche plus particulièrement axée sur l'Afrique. Rapport rédigé pour le Conseil du Ministre sur le VIH/sida, septembre 2003.

Gaillard EM et al. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. Sexually Transmitted Infections Avril 2006; 82(2).

Gordin F, Chaisson R, Matts J, Miller C, Garcia M, Hafner R, et al. Rifampin and Pyrazinamide vs. Isoniazid for Prevention of Tuberculosis in HIV-Infected Persons. Journal of the American Medical Association 2000; 11(283): 1445-50

Hallett TB et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behavior in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. Sexually Transmitted Infections, 2006; 82 (Suppl. I):i1-i8.

Hecht R, Adeyi O, Semini I. La lutte contre le sida, un enjeu du développement mondial. Finance et développement, mars 2002; 39 (1): 36-9

Hempstone H, Diop-Sidibé N, Ahanda KS, Laurent E, Heerey M. VIH/sida Haïti: Une revue de la littérature, USAID et HCP, 2004.

Institut Haïtien d'Informatique et de statistique. Les comptes économiques en 2007. Publication annuelle de l'IHSI #12, Port-au-Prince, avril 2008.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, Rapport UNGASS. Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, Haïti, 2005: Préparé par l'Institut Haïtien de l'Enfance, janvier 2006.

Ministère de la Santé publique et de la Population. Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. Port au Prince, Juillet 2007.

Ministère de la Santé publique et de la Population. Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle des IST et le VIH/sida en Haïti, 2002-2006, mars 2002.

MSP, NASTAD, CDC, PEPFAR. Profil Épidémiologique de l'Infection par le VIH et du SIDA dans le Grand Sud, Haïti 2007.

Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001 (New York et Genève, Département de l'information des Nations Unies et ONUSIDA, 2001).

Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2008, Genève 2008

Nations Unies. Rapport concis : Population, développement et VIH/sida et leur rapport avec la pauvreté. Département des affaires économiques et sociales, division de la population, New York, 2005.

OMS. Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission macroéconomie et santé Genève: OMS, décembre 2001.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2004: Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2004.

ONUSIDA et OMS. Le point sur l'épidémie du sida: rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2007.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006. Edition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA, Résumé d'orientation, mai 2006.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA en 2008, Genève (Suisse) 2008.

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA en 2004: Résumé d'orientation, 4eme rapport mondial.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (Comité de la sécurité alimentaire mondiale). Le point sur les effets du VIH/sida sur la sécurité alimentaire (Mai 2003). Dans [www.fao.org/DOCREP/MEETING/006/Y9066F/Y9066F00.HTM] (page consulté le 02 novembre 2008).

Organisation Internationale du Travail. An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work. Genève: OIT; 2001.

Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson et Marya Khan. "Les défis mondiaux du VIH et du SIDA" : dans *Population Bulletin* 61, no1 (Washington, DC: Population Référence Bureau, 2006).

Programme Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA : Rapport National de Suivi de la Déclaration d'Engagement sur le Vih/sida (UNGASS) Haïti 2007, janvier 2008.

Putnam, E, Dériveau J, Zalduondo B., Génécé, E., Mercier P., Soliman C. USAID Support for Sexually Transmitted Infections and HIV/AIDS Programming in Haiti. Washington, DC: The Synergy Project : USAID; 2001.

Rapport annuel de PNUD. VIH/SIDA: Enrayer l'épidémie:
[<http://www.undp.org/french/publications/annualreport2007/HIV.shtml>] (page consultée le 29 décembre 2008).

Rapport du Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada - Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida, 2004

Rapport sur les catastrophes dans le monde 2008 – Le défi du VIH/sida, Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et Croissant-Rouge, dans :

[<http://www.ifrc.org/Docs/pubs/disasters/wdr2008/WDR2008summary-FR-1>] (page consultée le 20 octobre 2008).

Touzé V et Ventelou B. Sida et développement: un enjeu mondial. OFCE ; 154-74.

Tucker GM, "Revue des documents et statistiques sur le CC C/VIV/SIDA en Haïti": The change project; Academy for Education Development The Manoff Group, juin

UNAIDS/WHO. Haiti: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2002

ANNEXES

Annexe 1 Guide d'entretien avec des organismes à Montréal

Date :

1. Nom de l'organisme :
2. Date et historique de la création
3. Vous travailler avec combien de personnels ici?
4. Quels sont les objectifs poursuivis ?
5. Quels sont les Groupes cibles visés ? Pourquoi ?
6. Nombre d'utilisateurs annuels en moyenne ?
7. Quelles sont les activités que vous menez ? Où quels sont les services offerts ?
8. Quelles sont vos stratégies d'intervention ?
9. Quelles sont vos zones d'intervention ?
10. Quels sont les obstacles rencontrés ?
11. Éléments de succès :
12. Quelles sont vos perspectives ? ce que vous prévoyez dans le futur ?
13. Avez-vous des partenaires ? Quels types de financement avez-vous ? Bailleurs de fond :

Annexe 2 Guide d'entretien semi directif

Public : Toxicomanes en lien avec des problèmes de prostitution, d'itinérance et santé mentale

Lieu : Centre de jour et le site fixe

Questions

1. Combien de fois viens-tu au centre de jour ?
2. Depuis combien de temps le fréquentes-tu ?
3. Est-ce que tu vas à d'autres lieux ?
4. Pourquoi viens-tu ici ?
5. Que fais tu quand tu viens au centre de jour ?
6. Qu'est ce qui te plaît ici ?
7. Es tu satisfait de services offerts ?
8. Te sens tu soutenu dans tes démarches ?
9. Que sais-tu de la transmission du VIH/SIDA et des ITSS? En reçois-tu des informations au centre de jour ?
10. Quel est ton genre de consommation ? Depuis quand ?
11. Aurais-tu des souhaits ou des propositions à faire ?

Annexe 3 Tableau des antirétroviraux utilisés pour traiter l'infection par le VIH

Tableau des antirétroviraux utilisés pour traiter l'infection par le VIH

Traitements	Classe	Effets indésirables les plus fréquents	Associations contre-indiquées	Recommandations et commentaires
Agénérase® (APV/amprénavir) 4 capsules, 2 fois/jour GSK - AMM du 20/10/00	Inhibiteur de la protéase	<ul style="list-style-type: none"> • Eruptions cutanées en début de traitement • Troubles digestifs • Troubles neurologiques : paralysie autour de la bouche • Lipodystrophie • Hypertriglycéridémie • Hyperglycémie • Hypercholestérolémie 	Terfénadine, astémizole, cisapride, pimozide, triazolam, diazépam, flurazépam, midazolam, dérivés de l'ergot de seigle, rifampicine, millepertuis.	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller les fonctions hépatiques et rénales ainsi que glycémie et lipides sanguins. - A prendre au cours du repas. - Association avec ritonavir préférable pour augmenter l'efficacité.
Aptivus® (TPV/tipranavir) 2 gélules, 2 fois/jour Boehringer - AMM du 25/10/05	Inhibiteur de la protéase	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Eruptions cutanées • Troubles digestifs • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie 		<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au moment du repas. Prendre ce traitement au moment du coucher peut minimiser les effets indésirables. - Associé à 2 capsules de ritonavir, à chaque prise.
Atripla® (Sustiva®+ Emtriva®+ Viréad®) 1 comprimé, 1 fois /jour BMS / GILEAD - AMM du 13/12/07	Nucléoside, nucléotide et non nucléoside	<ul style="list-style-type: none"> • Acidose lactique • Problème au foie • Problèmes psychiatriques • Dépression • Vertiges • Nausées • Diarrhées • Fatigue • Maux de tête • Erythème • Sinusite • Insomnie • Rêves inhabituels. 	Astemizole, cisapride, midazolam, triazolam, dérivés de l'ergot, voriconazole, methysergide, ergotamine, dihydroergotamin mesylate, millepertuis officinal, efavirenz, emtricitabine, tenofovir, atazanavir, lamivudine.	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller les fonctions hépatiques et rénales. - A prendre au cours du repas. - En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin. - Agit aussi sur le VHB, en tenir compte en cas de co-infection. - Contre indiqué durant la grossesse.

<p>Celsentri® (maraviroc)</p> <p>1 comprimé, 2 fois/jour (sauf exceptions)</p> <p>Pfizer - AMM du 24/09/07</p>	<p>Inhibiteur d'entrée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toux • Fièvre • Infections pulmonaires • Eruptions cutanées • Douleurs musculaires et abdominales • Etourdissement • Constipation • Démangeaisons • Difficulté à dormir. 		<ul style="list-style-type: none"> - Suivi hépatique attentif, pour cause de réaction allergique. - Suivi attentif pour risque d'infection herpétique.
<p>Combivir® (Rétrovir®+Epivir®)</p> <p>1 comprimé, 2 fois /jour</p> <p>GSK - AMM du 18/03/98</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acidose lactique devant être traitée d'urgence ; symptômes : essoufflement, fatigue importante et inexplicable, douleurs musculaires, crampes, nausées, vomissements • Lipoatrophie • Nausées importantes qui disparaissent progressivement. 	<p>Stavudine, ribavirine, zalcitabine, emtricitabine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi hématologique régulier. - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
<p>Crixivan® (IDV/indinavir)</p> <p>2 gélules, 3 fois/jour</p> <p>MSD - AMM du 04/10/96</p>	<p>Inhibiteur de la protéase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calculs rénaux • Troubles digestifs • Sensations anormales autour de la bouche • Sécheresse cutanée • Perte de cheveux • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie • Hyperglycémie • Lipodystrophie • Ongles incarnés. 	<p>Rifampicine, astémizole, millepertuis, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféndine, ethinyloestradiol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre à jeun, avec de l'eau, sauf si pris avec du ritonavir et à 1h de distance du Videx®. - Boire au moins 1,5 l d'eau par jour pour éviter les calculs rénaux. - Effets secondaires très importants. A éviter à l'initiation d'un traitement.
<p>Emtriva® (FTC, emtricitabine)</p> <p>1 gélule/jour</p> <p>Gilead - AMM du 24/10/03</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'acidose lactique • Maux de tête, vertiges • Fatigue • Troubles digestifs • Eruption cutanée • Coloration de la paume des mains. 	<p>Lamivudine, zalcitabine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'emtricitabine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.

Epivir® (3TC, lamivudine) 1 comprimé/jour GSK - AMM du 08/08/96	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse	• Troubles digestifs • Maux de tête • Fatigue.	Zalcitabine, emtricitabine.	- La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
Fuzéon® (T20/enfuvirtide) Injection sous- cutanée, 2 fois/jour Roche - AMM du 27/05/03	Inhibiteur de fusion	• Au niveau du site d'injection : rougeurs, douleurs, petites boules.		- Après reconstitution du produit avec l'eau, peut se conserver 24h maxi, au réfrigérateur. - Changer régulièrement de site d'injection et masser immédiatement après l'injection.
Intelence® (TMC 125/étravirine) 2 comprimés, 2 fois/jour Tibotec - AMM du 25/06/08	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse	• Maux de tête • Nausées • Diarrhée • Rash.		- A prendre au cours du repas. - La molécule étant toujours en phase d'étude, nous ne manquerons pas d'apporter des compléments d'informations.
Invirase® (SQV/saquinavir) 2 gélules, 2 fois/jour Roche - AMM du 04/10/96	Inhibiteur de la protéase	• Diarrhées • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycémie • Hypercholestérolémie.	Carbamazépine, efavirenz, névirapine, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rifabutine, rifampicine, astémizole, cisapride, terféridine.	- A prendre avec un repas copieux. - Associé au ritonavir en faible dose, indispensable pour garantir une efficacité suffisante. - La posologie d'Invirase® dépend du dosage plasmatique effectué après 2 semaines de traitement.

<p>Isentress® (MK 0518/raltegravir)</p> <p>1 comprimé, 2 fois/jour</p> <p>Merk - AMM du 20/12/07</p>	<p>Inhibiteur d'intégrase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Fatigue • Vertiges. 		<ul style="list-style-type: none"> - La molécule étant toujours en phase d'étude, nous ne manquerons pas d'apporter des compléments d'informations.
<p>Kalétra® (LPV.r/lopinavir + ritonavir)</p> <p>2 comprimés, 2 fois/jour</p> <p>Abbott - AMM du 20/03/01</p>	<p>Inhibiteur de la protéase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Nausées • Vomissements • Eruptions cutanées • Fatigue • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 	<p>Astémizole, terfénaire, flécaïnide, midazolam, triazolam, cisapride, pimozide, amiodarone, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine, disulfirame, propafénone, métronidazole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contre indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère. - Contient du ritonavir, comme booster. - A prendre à 1h de distance du Videx®.
<p>Kivexa® (Ziagen®+ Epivir®)</p> <p>1 comprimé/jour</p> <p>GSK - AMM du 17/09/04</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Troubles digestifs • Risque d'allergie grave surtout les 1^{ers} mois ; symptômes : rougeurs cutanées, fatigue, démangeaisons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, courbatures, malaise général, maux de gorge, toux, sensation d'étouffement • Risque d'acidose lactique devant être traitée d'urgence (voir Combivir®) • Maux de tête. 	<p>Zalcitabine, stavudine, emtricitabine, alcool (éthanol), ne pas débiter le traitement en même temps que névirapine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection. - Non recommandé en cas de grossesse et d'insuffisance hépatique. - En cas d'hypersensibilité même sans éruption cutanée : contacter les urgences avec la notice de la boîte. - En cas d'arrêt du traitement pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir, risque mortel.

<p>Norvir® (ritonavir) 6 capsules, 2 fois/jour Abbott - AMM du 26/08/96</p>	<p>Inhibiteur de la protéase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs, diarrhées • Sensations anormales autour de la bouche • Neuropathies périphériques • Hypertriglycémie • Hypercholestérolémie • Hyperglycémie. 	<p>Astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terfénadine, primozide, rifampicine, efavirenz, midazolam, rifabutine, triazolam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au cours du repas. - Le ritonavir est recommandé à faible dose en association à une autre antiprotéase, comme booster. - A conserver au frais.
<p>Prezista® (TMC 114/darunavir) 2 comprimés, 2 fois/jour Tibotec/Janssen-Cilag - AMM 21/02/07</p>	<p>Inhibiteur de la protéase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête • Nausées • Diarrhées. 	<p>Terfénadine, dérivés de l'ergot de seigle, millepertuis, rifampicine et certains anti-arythmiques (bépridil, quinidine).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Doit être associé à de faibles doses de ritonavir. - A prendre au cours du repas.
<p>Rescriptor® (delavirdine) 2 comprimés, 3 fois/jour Agouron - ATU nominative</p>	<p>Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'allergie : éruption cutanée sévère (rash) • Troubles digestifs en début de traitement. 	<p>Rifampicine, rifabutine, astémizole, cisapride, dihydro-ergotamine, ergotamine, terfénadine, carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller l'apparition d'éruption cutanée sévère (rash). - Surveillance régulière des fonctions hépatiques et rénales par bilans sanguins.
<p>Rétrovir® (AZT/zidovudine) 1 comprimé, 2 fois/jour QSK - AMM du 13/03/87</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie (baisse des globules rouges) • Leucopénie et neutropénie (baisse des globules blancs dont neutrophiles) • Maux de tête • Fatigue • Chez les nouveaux-nés risque de cytopathies mitochondriales si la mère a reçu AZT+3TC. 	<p>Stavudine, ribavirine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi sanguin pour surveiller l'apparition éventuelle d'anémie ou de neutropénie.

Reyataz® (ATZ/atazanavir) 2 gélules, 1 fois/jour BMS - AMM du 02/03/04	Inhibiteur de la protéase	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs • En début de traitement peut entraîner une jaunisse (par l'augmentation de la bilirubine sanguine) • Troubles de la vision. 	Nombreuses interactions avec d'autres médicaments éliminés par le foie.	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au cours du repas. - Prévenir son médecin en cas de jaunisse. - Associé à une gélule de ritonavir.
Sustiva® (EFV/efavirenz) 1 comprimé/jour BMS - AMM du 28/05/99	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation d'ébriété, vertiges, cauchemars, hallucinations • Hypercholestérolémie • Troubles du comportement et de l'humeur • Eruption cutanée parfois sévère (rash). 	Saquinavir, astémizol, cisapride, midazolam, terféndine, triazolam, éthynil-oestradiol, ritonavir, névirapine.	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au coucher. - En cas de troubles psychiques, en parler à son médecin. - Surveillance de la fonction hépatique. - Contre indiqué durant la grossesse.
Telzir® (APV/fosamprenavir) 1 comprimé, 2 fois/jour GSK - AMM du 12/07/04	Inhibiteur de la protéase	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie • Hyperglycémie. 		<ul style="list-style-type: none"> - Permet de remplacer les 8 gélules quotidiennes d'amprénavir. - A prendre au cours du repas. - Doit être associé à une gélule de ritonavir à chaque prise.
Trizivir® (Rétrovir®+ Epivir®+ Ziagen®) 1 comprimé, 2 fois/jour GSK - AMM du 28/10/00	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie grave : hypersensibilité à l'abacavir (lire Ziagen®) pouvant entraîner l'arrêt du traitement • Effets indésirables de zidovudine (lire Rétrovir®), de lamivudine (lire Epivir®) et d'abacavir (lire Ziagen®). 	Stavudine, alcool, emtricitabine, ribavirine, zalcitabine, ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine (lire Ziagen®).	<ul style="list-style-type: none"> - Voir Ziagen®. - La lamivudine agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.

<p>Truvada® (Emtriva® + Viréad®)</p> <p>1 comprimé/jour</p> <p>Gilead - AMM du 21/02/05</p>	<p>Nucléoside et nucléotide</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences) • Fatigue • Diminution du phosphate sanguin • Maux de tête, vertiges • Insuffisance rénale • Risque d'acidose lactique • Possibilité d'éruption cutanée • Coloration de la paume des mains. 	<p>Didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganciclovir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au moment du repas. - Surveillance de la fonction rénale recommandée. - Le tenofovir et l'emtricitabine agissent aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.
<p>Videx® (ddl/didanosine)</p> <p>1 gélule/jour</p> <p>BMS - AMM du 05/05/92</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs • Troubles hépatiques et risque de pancréatite aiguë en association avec Zerit® (arrêt immédiat) • Neuropathies périphériques (fourmillements et diminution de la sensibilité au niveau des pieds et des mains). 	<p>Ganciclovir, stavudine, tenofovir, zalcitabine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance en cas d'apparition de neuropathies périphériques. - Prendre à jeun strict, et à distance des autres médicaments, 2h avant ou après le repas. - Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool.
<p>Viracept®^[2] (nelfinavir)</p> <p>3 comprimés, 3 fois/jour</p> <p>Roche - AMM retirée le 21/06/07</p>	<p>Inhibiteur de la protéase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées, parfois importantes • Lipodystrophie • Hyperglycémie • Hypertriglycéridémie • Hypercholestérolémie. 	<p>Rifampicine, astémizole, cisapride, dérivés de l'ergot de seigle, terféfadine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre absolument au cours du repas. - En cas de diarrhées persistantes, demander l'avis de votre médecin.

<p>Viramune® (névirapine)</p> <p>1 comprimé/jour sur 14 jours puis 2/jour</p> <p>Boehringer - AMM du 05/02/98</p>	<p>Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'allergie : fièvre, éruption cutanée sévère (rash) • Atteintes hépatiques graves. 	<p>Saquinavir, kétoconazole, éthynil-oestradiol, rifampicine, efavirenz, ne pas débuter le traitement en même temps que l'abacavir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère, d'où surveillance attentive. - Risque d'allergie à Viramune® pouvant atteindre la peau et le foie. - L'initiation doit être progressive et nécessite une surveillance accrue, surtout en cas de co-infection.
<p>Viréad® (TDF/ténofovir)</p> <p>1 comprimé/jour</p> <p>Gilead - AMM du 05/02/02</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhées, flatulences) • Diminution du phosphate sanguin • Insuffisance rénale. 	<p>Zalcitabine, didanosine, antibiotiques de la famille des aminosides, foscarnet sodique, amphotéricine B, vancomycine, iséthionate de pentamidine, ganiclovir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A prendre au moment du repas. - Surveillance de la fonction rénale recommandée. - Le ténofovir agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.
<p>Zerit® (d4T/stavudine)</p> <p>1 gélule, 2 fois/jour</p> <p>BMS - AMM du 08/05/96</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité hépatique et pancréatique • Neuropathies périphériques • Troubles métaboliques : diabète, lipodystrophie, etc. 	<p>Didanosine, zidovudine, zalcitabine, doxorubicine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques. - Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool. - Risque majoré de lipodystrophie.

<p>Ziagen® (ABC/abacavir) 1 comprimé, 2 fois/jour GSK - AMM du 08/07/99</p>	<p>Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Troubles digestifs • Risque d'allergie grave surtout les 1^{ers} mois ; symptômes : rougeurs cutanées, démangeaisons, fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, fatigue, courbatures, malaise général, maux de gorge, toux, sensation d'étouffement) • Risque d'acidose lactique devant être traitée d'urgence (lire Combivir®). 	<p>Alcool (éthanol), ne pas débuter le traitement en même temps que névirapine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non recommandé chez la femme enceinte, et si insuffisance hépatique. - En cas d'hypersensibilité même sans éruption cutanée : contacter le médecin ou les urgences avec l'avertissement fourni dans la boîte. - En cas d'arrêt du traitement pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir, risque mortel.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------