



Bulletin

de Surveillance

Epidémiologique VIH/SIDA



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population

Editorial...

Chers amis lecteurs,

« Personne n'a le pouvoir de tout faire, mais chacun peut faire quelque chose ». N'est ce pas là, en peu de mots la base du travail ensemble, le socle, le rocher sur lequel devraient se nouer les relations au sein d'une équipe, se cadrer les interactions des communautés d'intérêts et s'ériger des projets de partenariats ! Mais, pour pouvoir éveiller les consciences et agir dans le bon sens, au nom de l'intérêt commun, le consensus doit être établi sur ce qu'on doit faire ensemble : « pour lutter, pour protéger, pour donner à nos proches bien-aimés, un avenir plein de santé ». Le Programme National de Lutte contre le Sida a besoin de tout cela pour regarder l'avenir avec plus de sérénité.

Nous devons être capables de parler d'Haïti au singulier, au pluriel, au composé et surtout dans toute sa complexité et sa diversité pour mieux aborder les individus et les communautés ; comprendre le parcours de soins de ceux qui souffrent ; identifier les stratégies qui retiennent les patients dans les réseaux de soins, redéfinir et renouveler nos pensées pour pouvoir avancer sur la voie des trois 90.

Le Programme a fait du chemin. Personne ne peut nier les acquis. Mais, ils sont insuffisants. L'année 2015 a été une date butoir pour les objectifs du Millénaire pour le développement. Le Programme a pu contenir l'épidémie à 2,2% ; mais nous n'avons pas encore inversé la tendance. Le Programme devrait assurer à tous ceux qui en ont besoin

l'accès au traitement contre le sida ; nous n'en sommes pas encore là. Tel que nous l'indique la rubrique « chiffres nationaux » de ce premier numéro du bulletin de l'année 2016, le constat est là : la couverture sous TAR est de 50,04% ; c'est-à-dire, que nous avons pu mettre sous traitement 68 849 par rapport aux besoins qui représentaient environ 137 577 PVVIH.

L'année 2016 est une année qui fait le pont entre les objectifs du Millénaire pour le développement et ceux du développement durable. Pour nous autres au niveau de la Coordination Technique du PNLS, elle a démarré sur des chapeaux de roue ! Nous en sommes déjà à notre sixième mois et les défis actuels en matière de gouvernance ont de la consistance : la révision du manuel de normes de prise en charge en fonction des lignes directrices de l'OMS de juillet 2015 ; la compréhension des phénomènes d'attrition et l'identification des moyens pour augmenter la rétention et l'adhésion des patients sous traitement antirétroviral ; l'analyse et le recblage du PSNM pour les 2 années restantes : 2017 et 2018. Nous avons du boulot à faire et nous avons besoin de la motivation, du sérieux et de la sérénité pour pouvoir mobiliser les ressources et les énergies indispensables pour porter le Programme vers d'autres sommets.

Nous sommes comme un train ; certains nous laissent en cours de route et d'autres montent à bord.

Le Programme National de Lutte contre le Sida pleure un de ses membres qui est parti pour la Lumière et l'Eternité. Jean Marc Jacques était un M&E Officer vraiment soucieux de son travail au sein de la Direction Départementale Sanitaire de l'Artibonite. Sa



PNLS

Programme National de Lutte
contre les IST/VIH/SIDA
Juin 2016

volonté d'exceller, sa simplicité et son esprit d'équipe ont fait de lui un collaborateur avec qui travailler était un véritable plaisir.

Il a marqué ses collaborateurs et amis, et la Coordination Technique du PNLS regrette de ne plus avoir ce privilège de compter sur un tel professionnel dans son équipe.

Pour ceux qui l'ont connu, ces vers résumant bien sa vie, c'est pourquoi nous les écrivons ici en son souvenir :

*« Gémir, pleurer, prier, est également lâche
Fais énergiquement ta longue et lourde tâche
Dans la voie où le sort a voulu t'appeler
Puis, après, comme moi, souffre et meurs sans
parler »*

Que son âme repose en paix !

Nous invitons nos partenaires qui vont ou qui passent par le département de l'Artibonite à se rappeler que quelque part au sein de ce département gît un vaillant soldat de notre SIS en VIH/sida.



Joelle Deas Van Onacker
D Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice du PNLS

**“SIDA ! MWEN PAP PRAN,
MWEN PAP BAY,
MWEN ANGAJE M”**

Sommaire

Liste des abréviations	3
1. Notification de cas VIH	6
1.1 Evolution et perspectives de la base de surveillance du VIH/sida en Haïti	6
1.2 Cas VIH rapportés à la base nationale de surveillance de 1990 au mois août 2015	6
1.3 Cas VIH rapportés à la base nationale de surveillance par sexe et année de 2008 au mois d'août 2015	7
2. Traitement antirétroviral	10
2.1 Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR de 2009 à 2015	12
2.2 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR en 2015	13
2.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur le TAR en 2015	15
3. Co infection VIH/TB : VIH et Tuberculose, deux infections étroitement liées	16
3.1 Représentation temporo spatiale des nouveaux patients co infectés VIH / TB en 2015	17
3.2 Niveau de performance atteint par le PNLS en 2005 sur la co infection VIH/TB	19
4. Elimination de la transmission mère enfant	20
4.1 Représentation temporo spatiale des nouvelles femmes enceintes en 2015	21
4.2 Représentation temporo spatiale des nouveaux cas d'enfants bénéficiant d'un PCR en 2015	23
4.3 Niveau de performance atteint par le PNLS en matière d'ETME en 2015	25
5. PPSE ou la reconnaissance du travail bien fait	26
5.1 Bref rappel de la méthodologie	27
5.2 Désignation du PPSE	28
5.3 Présentation de l'Hôpital Espérance de Pilate	28
5.4 Présentation du staff impliqué dans le Suivi et Evaluation au niveau de l'institution	29
5.5 Les Pratiques en Suivi et Evaluation de l'Hôpital Espérance de Pilate	30
6. Chiffres nationaux	32
Coin des nouvelles	33



Liste des tableaux et graphiques

Tableau 1. Répartition des cas de VIH/SIDA diagnostiqués par département et par année, 2008-2015.....	7
Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR selon le sexe et el statut de la femme en 2015 - Haïti MESI.....	13
Tableau 3. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département en 2015 – Haïti, MESI.....	15
Tableau 4. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon les réseaux de soins en 2015 – Haïti, MESI.....	15
Tableau 5. Performance de certains indicateurs sur le TAR en 2015.....	16
Tableau 6. Répartition des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte d'origine (octobre 2012 – septembre 2013) enregistrée de patients enrôlés sous ARV au niveau des 10 départements, Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS Haïti 2015.....	15
Tableau 7. Distribution des patients co infectés et traités en 2015. Haïti 2015. MESI.....	18
Tableau 8. Répartition des co infectes VIH/TB en 2015 par département. Haïti. MESI.....	19
Tableau 9. Performance de certains indicateurs sur la co infection VIH/TB - Haïti 2015, MESI.....	20
Tableau 10. Répartition des femmes enceintes sous TAR - Haïti 2015, MESI.....	22
Tableau 11. Répartition des femmes enceintes sous TAR par département - Haïti 2015, MESI.....	22
Tableau 12. Répartition des enfants diagnostiqués par PCR - Haïti 2015, MESI.....	24
Tableau 13. Proportion de TME en 2012, 2013, 2014, et 2015, MESI Haïti.....	24
Tableau 14. Répartition des enfants exposés bénéficiant d'un PCR par département - Haïti 2015, MESI.....	25
Tableau 15. Performance de certains indicateurs en ETME - Haïti 2015, MESI.....	26
Tableau 16. Performance de l'Hôpital Esperance de Pilate, novembre 2014 – Mai 2015.....	31
Tableau 17. Indicateurs clés relatifs à l'épidémie VIH en Haïti - Décembre 2015.....	32



Graph 1. Répartition des cas rapportés à la base de surveillance en Haïti de 1990 au mois d'août 2015 - Source HASS.....	6
Graph 2. Répartition des cas d'adulte rapportés à la base de surveillance par année et par sexe de 2008 au mois d'août 2015 - Source HASS.....	7
Graph 3. Répartition des cas pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015 Source HASS.....	8
Graph 4. Répartition des cas rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015.....	8
Graph 5. Répartition des cas pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015.....	9
Graph 6. Répartition des cas adultes et pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015 - Source HASS.....	9
Graph 7. Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR de 2009 à 2015 - Haïti www.mesi.ht	12
Graph 8. Répartition par mois des nouveaux enrôlés sous TAR en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI.....	18
Graph 9. Répartition selon le sexe des nouveaux enrôlés en 2013, 2014 et 2015. Haïti. MESI.....	14
Graph 10. Evolution des co infectés VIH/TB en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI.....	18
Graph 11. Evolution des nouvelles femmes enceintes VIH sous TAR en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI.....	23
Graph 12. Evolution des nouvelles femmes VIH sous TAR en 2013 2014 et 2015 – Haïti, MESI.....	23



Liste des abréviations

ARV	Anti Rétro Viral
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CHOSCAL	Centre Hospitalier Catherine Labouré
CMMB	Catholic Medical Mission Board
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DRO	Disease Reporting Officer
EMR	Electronic Medical Record
ETME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HASS	HIV-AIDS Surveillance System
HTW	Health Trough Walls
ICC	International Child Care
ITECH	International Training and Education Center for Health
M&E	Monitoring and Evaluation
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
Nx	Nouveaux
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing sur les Services de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PIH/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
POZ	Promotion Objectif Zéro sida
PPS	Point de Prestation de Service
PPSE	Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation
PSI	Programme Santé et Information
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
START	Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment



TAR	Traitement Anti Rétroviral
TasP	Treatment as Prevention
UGP	Unitew de Gestion de Projet
UNFPA	United Nation Fund Population Agency
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WV	World Vision

Comité de rédaction du Bulletin

Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS
 Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS
 Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS
 Dr Middle FLEURANTIN, MSPP/PNLS
 Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, FETP MSPP/PNLS
 Mr Jean Etienne TOUSSAINT/ MSPP/PNLS
 Mr Jéthro GUERRIER, MSPP/PNLS
 Dr Ermane ROBIN, MSPP/PNLS
 Dr Nadjy JOSEPH, NASTAD
 Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Conception et mise en page

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, FETP MSPP/PNLS



**SIDA ! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP
BAY, MWEN ANGAGE M**

Pour tous commentaires ou suggestions prière de contacter l'unité M&E du PNLS à l'adresse e-mail suivante : suivievaluation_ucp@yahoo.fr



1. Notification de cas VIH

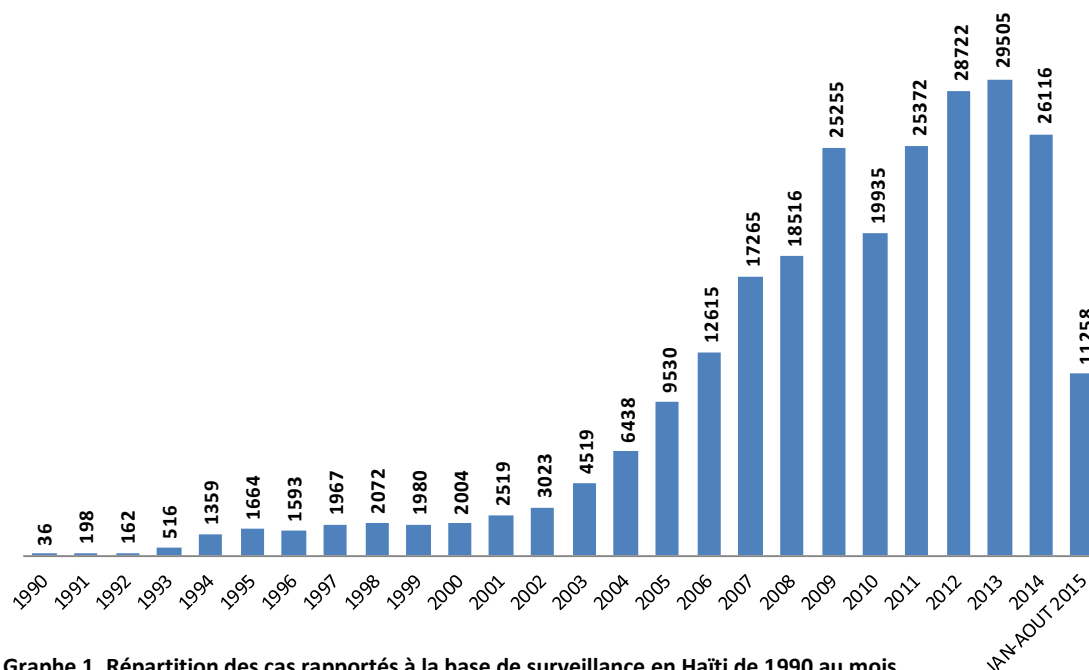
1.1 Evolution et perspectives de la base de surveillance du VIH/sida en Haïti

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population à travers le Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida avec l'appui de l'Alliance Nationale des Directeurs de Programme SIDA des Etats et Territoires Américains en Haïti travaille au renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH/sida en collaboration avec les gestionnaires des 3 EMR du pays. Ce système opérationnel depuis 2008 a été mis en œuvre pour obtenir des données sur l'étendue de l'épidémie et mieux comprendre son impact. Des activités de monitoring et d'évaluation sont réalisées de manière routinière pour fournir et maintenir des données de qualité pour l'analyse et l'interprétation. La capture de la majorité des cas de VIH diagnostiqués sur le territoire est rapportée au niveau de la base nationale de surveillance du VIH/sida qui est mise à jour continuellement malgré certaines limitations.

Aspect important dans le contrôle de l'épidémie du VIH, la surveillance active fournit les éléments nécessaires à une planification stratégique appropriée des différentes interventions. Ce système est mis en place pour produire des informations pertinentes et de qualité permettant des actions efficaces et efficientes.

1.2 Cas VIH rapportés à la base nationale de surveillance de 1990 au mois août 2015

Le graphe ci-dessous montre le cumul des cas de VIH/SIDA diagnostiqués sur la période allant de 1990 au mois d'août 2015. Les données de 1990 à 2008 proviennent exclusivement de réseaux partenaires impliqués très tôt dans la prise en charge des patients atteints de VIH/sida comme mentionné dans les précédents numéros de ce bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti : ces cas représentent les données historiques partagées par les EMR de GHESKIO, I-santé et de Zanmi Lasante¹



Graphe 1. Répartition des cas rapportés à la base de surveillance en Haïti de 1990 au mois d'août 2015 - Source HASS

¹ Le système national de surveillance représentant la base nationale de surveillance du VIH/SIDA est alimenté par les systèmes de Dossiers Médicaux Electroniques (EMR GHESKIO- ZL/PIH – Isanté) et l'interface de notification sur le site MESI.



De 2003 à 2009, on constate une augmentation linéaire du nombre de cas rapportés par année (2003 à 2008 – période d’implémentation du système à travers le pays) et un pic assez important en 2009 suite au lancement national du système de surveillance de cas en Haïti. On remarque une baisse en 2010 qui peut être expliquée par la survenue du tremblement de terre du 12 Janvier 2010 et la reprise de cette tendance en 2011. Pour l’année 2015, le nombre de cas rapportés a diminué. Cette baisse est due au manque de certaines données vu que la période s’arrête au mois d’Août 2015. Il faut souligner que dès que les données de l’année 2015 seront complètes, ceci pourrait amener à une augmentation du nombre de cas rapportés pour l’année 2015.

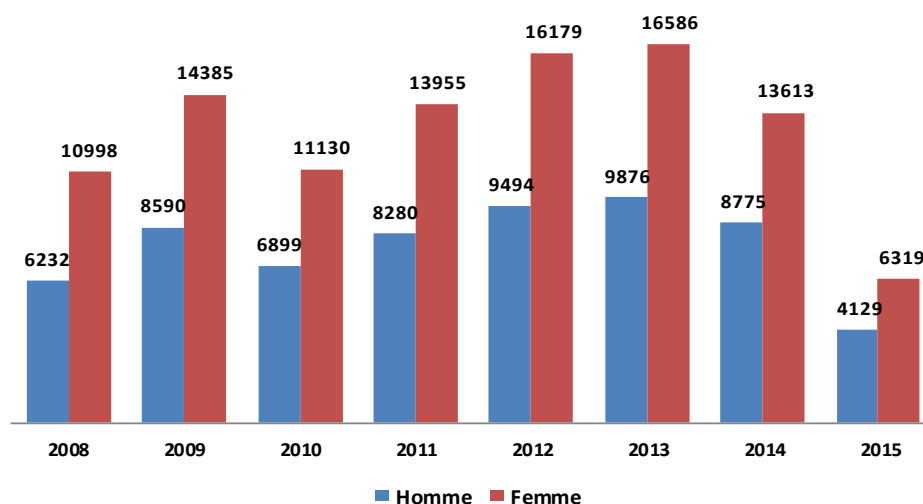
Tableau 1. Répartition des cas de VIH/SIDA diagnostiqués par département et par année, 2008-2015

Départements	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Artibonite	668	1258	1238	1482	1991	2145	1979	924
Centre	769	747	535	495	617	798	267	229
Grand 'Anse	354	610	619	554	712	586	588	324
Nippes	322	423	355	513	571	602	310	174
Nord	2153	2898	2791	3286	3678	3649	3031	1678
Nord Est	611	878	605	887	1151	1476	1403	744
Nord-Ouest	965	1223	1034	1215	1245	1134	893	537
Ouest	7380	9431	6439	8106	9464	9457	7893	2996
Sud	358	710	805	922	912	881	910	380
Sud Est	290	483	402	460	518	448	530	282

Le tableau montre la répartition des cas de VIH/sida par département à partir du lieu où le test de diagnostic de VIH a été réalisé pour le patient entre 2008 jusqu’au mois d’août 2015. Les 3 départements ayant rapporté le plus grand nombre de PVVIH sont par ordre décroissant l’Ouest, le Nord et l’Artibonite. Le département ayant le moins de cas de diagnostics pour le VIH est celui des Nippes.

1.3 Cas VIH rapportés à la base nationale de surveillance par sexe et année de 2008 au mois d’août 2015

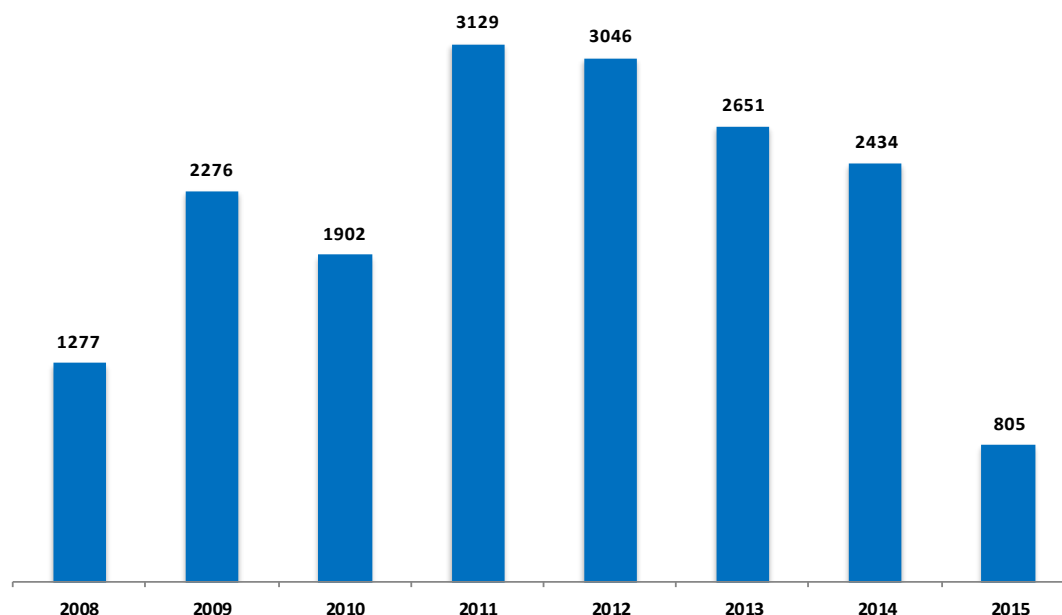
Dans les lignes qui suivent, nous allons considérer les cas d’adultes de 15 ans et plus de même que les cas pédiatriques de moins de 15 ans diagnostiqués pour le VIH et rapportés au niveau de la base nationale de surveillance pour la période de 2008 au mois d’août 2015.



Graphe 2. Répartition des cas d’adulte rapportés à la base de surveillance par année et par sexe de 2008 au mois d’août 2015 - Source HASS

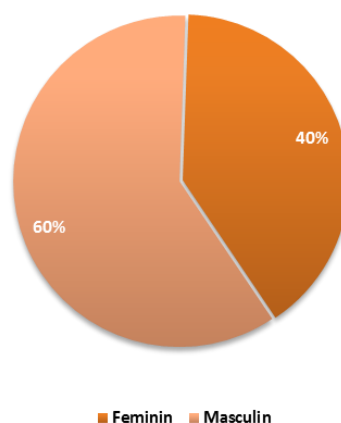


Nous pouvons observer sur ce graphe, la fréquence annuelle des cas adultes de VIH/sida pour la période de 2008 à 2015 répartis par sexe. Considérant le sexe des nouveaux cas, tout au long de cette période, le nombre de femmes est largement plus élevé que celui des hommes soit un ratio Femme/Homme variant entre 1,2 et 1,8. De manière routinière, ces données sont collectées à travers le système de surveillance et reflètent les trouvailles de l'EMMUS V² montrant une plus forte prévalence du VIH chez les femmes comparativement aux hommes (2,2 vs 1,7).



Graphe 3. Répartition des cas pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015
Source HASS

Dans le graphe ci-dessous, nous retrouvons le nombre de cas pédiatriques de 2008 à 2015. Tout comme au niveau de la population VIH positive générale, la tendance pédiatrique n'est pas différente. A partir de 2011, cette tendance a continué avec son ascension linéaire pour décliner à partir de 2013.



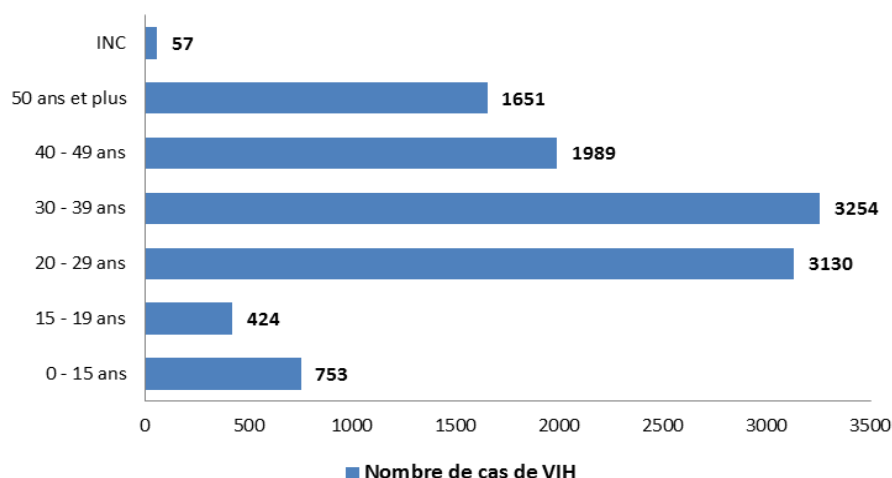
Graphe 4. Répartition des cas rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015

De Janvier à août 2015, nous avons environ 6 722 patients diagnostiqués pour le VIH de sexe féminin pour 4 536 de sexe masculin. A partir de ce graphe, nous pouvons constater qu'une plus forte

² Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAÏTI 2012.

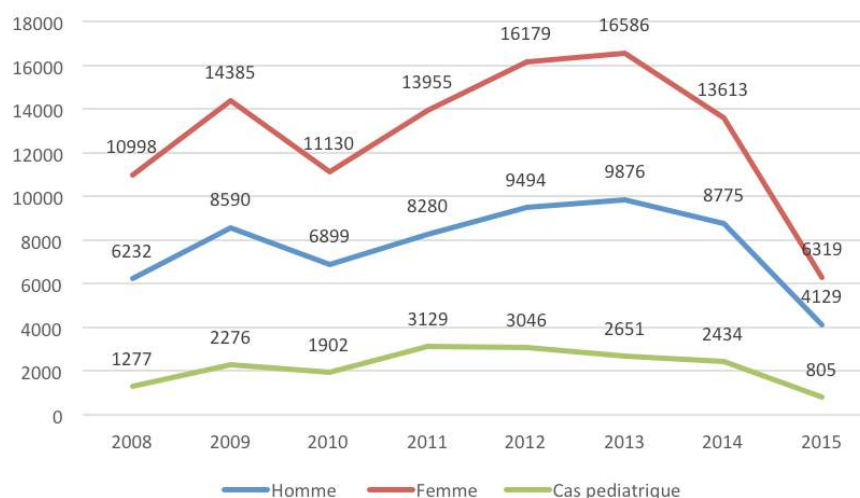


proportion dans la population de personnes infectées et vivant avec le VIH sont des femmes. Cependant cela ne traduit pas nécessairement une tendance à la féminisation de l'épidémie du VIH mais plutôt une fréquentation beaucoup plus élevée des femmes au niveau des institutions sanitaires. Dans l'objectif de zéro nouvelle infection au VIH, il nous faut renforcer les programmes de contrôle de naissance, la planification familiale et la PTME. Il ne faudrait surtout pas négliger et continuer à établir des stratégies pour fournir des soins et services aux hommes particulièrement ceux avec un risque accru pour le VIH.



Graph 5. Répartition des cas pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015

Ce graphe montre le nombre de cas de VIH positif rapportés de Janvier à Aout 2015 par groupe d'âge. On constate que les 3 groupes d'âge où l'infection au VIH est plus élevée sont les suivants de façon décroissante : 30-39 ans, 20-29 ans et 40-49 ans. Il faut aussi souligner le nombre cas retrouvés dans le groupe pédiatrique 0-15 ans au moment où l'emphasis est accentuée sur l'élimination de la transmission mère-enfant pour le VIH et la syphilis congénitale.



Graph 6. Répartition des cas adultes et pédiatriques rapportés à la base de surveillance par année de 2008 au mois d'août 2015 - Source HASS

Ce graphe nous montre les tendances parmi la population adulte, hommes et femmes de plus de 15 ans, et la population pédiatrique de moins de 15 ans diagnostiqués pour le VIH de 2008 à 2015. Comme les données de l'année 2015 sont incomplètes, la période considérée est celle de 2008 à 2014 : le nombre d'enfants varie de 1 277 à 2 434 cas, celui des hommes de 6 232 à 8 775 et celui des femmes de 10 998 à 13 613.



2. Traitements antirétroviraux

Les paradigmes évoluent et changent. Nous pouvons en être conscients ; mais ils peuvent arriver sans même que nous nous en rendions compte. Serions-nous prêts pour les accueillir quand ils frapperont à nos portes ? Les paradigmes ressemblent aux êtres vivants ; ils charrient en eux des énergies qui sont capables de propulser les organisations et les programmes à des cimes élevées au bénéfice de tous. Ils sont capables du contraire également. Tout dépend de la vision et des valeurs qui soutiennent nos actions et nos projets.

Quoique nous pensions et fassions, ils sont là ; une direction intelligente ne devrait pas se comporter comme l'autruche et « être laissée dépasser par le train ». Faire bouger un partenariat n'est pas une chose facile. Nous devons savoir prendre le train qui fait bouger les choses pour ne pas rater des opportunités qui n'arriveront qu'une fois. Or, un partenariat peut ressembler à un système granulaire qui ne peut se modifier que sous l'action d'un facteur externe, compte tenu des forces d'inertie liées à son entropie de configuration³. Ce facteur externe pourrait être, dans le cas du TAR par exemple, l'application appropriée des nouvelles directives combinées de l'OMS sur le TAR⁴.

Comment prendre le nouveau train ? Nous pensons que maîtriser les nouveaux paradigmes implique une connaissance approfondie des causes qui les ont engendrés, le renouvellement (construction/déconstruction) de la pensée, et la compliance tant intellectuelle (individu) qu'institutionnelle (collectif) indispensable aux adaptations à faire pour pouvoir bénéficier de leurs effets. Nous pensons aussi que la maîtrise des nouveaux paradigmes exige en tant que pré requis une grande ouverture d'esprit pouvant nous doter du flair de leur apparition pour nous permettre de les dénicher, les sentir, les toucher et les dompter au bon moment et les utiliser à bon escient.

Nous vivons, au moment où ce bulletin va être publié, une grande période au sein de la stratégie nationale de lutte contre le sida. Et par ricochet, de la Riposte mondiale face au VIH, que nous en soyons conscients ou pas. Le PNLS se prépare actuellement à l'actualisation des normes de prise en charge clinique et thérapeutique pour être en adéquation avec les nouvelles directives de l'OMS de septembre 2015. Les directives nationales devraient bientôt inclure :

- Le traitement pour tous les adultes et les adolescents séropositifs, quel que soit le taux de cellules CD4, en donnant la priorité aux personnes dont le taux de cellules CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³ et à celles souffrant de maladies indicatives de sida ;
- Le traitement pour tous les enfants séropositifs ;
- Le traitement pour toutes les femmes séropositives enceintes, non seulement pendant la grossesse mais continuellement et à vie (Option B+) ;
- La prophylaxie pré-exposition devrait être proposée comme un choix de prévention additionnel aux personnes courant un risque substantiel de VIH.

Que nos lecteurs se souviennent du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, numéro 4 paru au mois de mai 2013 où nous avons analysé les enjeux et les défis liés à l'actualisation des normes par rapport à l'introduction de nouveaux critères d'éligibilité au TAR. Ces enjeux et défis sont encore d'actualité et s'affirmeront avec beaucoup plus de force avec le « test and start ». Nous invitons nos lecteurs à revisiter ce numéro.

La fenêtre paradigmatique actuelle s'est officiellement ouverte en 2015, mais si nos mémoires sont bonnes, elle remonte au-delà de la conférence de Mexico de 2008 où le TasP commençait à prendre de la vigueur. L'idée du TAR comme moyen de prévention de la transmission du VIH est ancienne, puisqu'il s'agit du principe clé au cœur de la PTME. Rappelons que c'est en 2008 que Bernard Hirschel et ses

³ Meyer, Alan D; Tsui, Anne S; Hinings, C R. Configurational approaches to organizational analysis. Academy of management journal; Dec 1993; 36, 6; ProQuest Psychology Journals pg. 1175

⁴ WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. What's new. November 2015.



collègues ont publié un article annonçant que les personnes séropositives sous traitement antirétroviral efficace (charge virale indétectable depuis plus de six mois), sans autre infection sexuellement transmissible et suivies médicalement, ne transmettaient plus le VIH par voie sexuelle⁵. Et ensuite, arriva Vienne en 2010 où le TasP était de tous les commentaires. Une année avant 2010, c'est à dire en 2009, Reuben Granich et ses collègues ont publié un modèle mathématique montrant qu'un dépistage universel du VIH, répété annuellement, suivi d'une mise immédiate sous traitement des personnes infectées, quel que soit leur état clinique, pourrait éradiquer l'épidémie en une trentaine d'années⁶. Mais, en 2012 à Washington, grâce à HTPN052 (96% de réduction du risque de transmission), le TasP avait conquis tous les cœurs, mais la grande question qui était sur toutes les lèvres : comment mettre en œuvre le TasP. Et vint le puissant appel de Vancouver de juillet 2015 connu sous le nom de « consensus de Vancouver » appelant tous les dirigeants mondiaux et les responsables nationaux à commencer le TAR chez un malade aussitôt que le diagnostic VIH ait été fait.

La fenêtre paradigmatique actuelle a des fondements scientifiques solides et des exigences éthiques, politiques et programmatiques fortes.

Les principales assises scientifiques de cette ouverture sont issues de 3 grandes études : HTPN052, TEMPRANO et START. L'étude HTPN052 nous a permis de savoir que la mise sous TAR de personnes infectées par le VIH réduit de 96% le risque de transmission du VIH au sein de couples stables⁷. TEMPRANO⁸ et START⁹ ont démontré que les personnes VIH peuvent réduire considérablement leur risque de progresser vers le sida et de mourir si elles commencent tôt le TAR.

START est un nom d'étude à retenir et à mémoriser ses principaux résultats. L'un d'entre eux est la découverte d'un trou dans le système immunitaire qui se produit dans le cours de l'infection et qui n'est pas facilement repérable lorsque le compte de CD4 est utilisé pour évaluer la santé. Cette découverte a sonné la fin du CD4 en tant que paramètre à tenir compte lors du démarrage et du suivi du TAR. Les chercheurs de l'étude START ont constaté un résultat imprévu, à savoir que la majorité des maladies graves (qu'elles soient liées au sida ou pas) se sont produites lorsque les comptes de cellules CD4 étaient relativement élevés, soit 500 cellules/mm³ ou davantage^{10,11}.

Les principales exigences éthiques, politiques et programmatiques pourraient être :

- « Toute personne vivant avec le VIH doit avoir maintenant un accès immédiat au TAR salvateur. Retarder l'accès au traitement du VIH sous quelque prétexte que ce soit, c'est refuser le droit à la santé, Michel Sidibé, 27 mai 2015 ».
- Un engagement politique fort et soutenu de ce « droit à la santé » devrait être manifeste par une augmentation progressive annuelle de la représentation de la santé au niveau du budget national.
- Les modèles de soins actuels devraient être transformés pour pouvoir suivre des cohortes qui contiennent des nombre élevés de patients PVVIH.

⁵ Vernazza P. et al ; 2008. « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voies sexuelles », Bulletin des médecins suisses, 2008, 89 (5), p. 165-169

⁶ Granich R.M. et al., "Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model", The Lancet, 2009, 373 (January), p. 48-57. DOI : 10.1016/S0140-6736(08)61697-9

⁷ Cohen M et al. Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled trial. 6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract MOAX0102, 2011.

⁸ Daneel, C. Gabillard, D. Le Carrou, J. Anglaret, X. Moh, R. Eholie, S. Menan, H. Badje, A. Koumane, G. Ntakpe, JB.

Early ART and IPT in HIV infected african adults with high CD4 count (TEMPRANO trial). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). Février 2015.

⁹ Lundgren J, Babiker A, Gordin F, et al. The START study: design, conduct and main results. In: Program and abstracts of the 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19-22 July 2015. Abstract MOSY0302

¹⁰ CATIE. La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite. TraitementSida 210. Résultats détaillés de l'étude START.

¹¹ Lundgren J, Babiker A, Gordin F, et al. The START study: design, conduct and main results. In: Program and abstracts of the 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 19-22 July 2015.



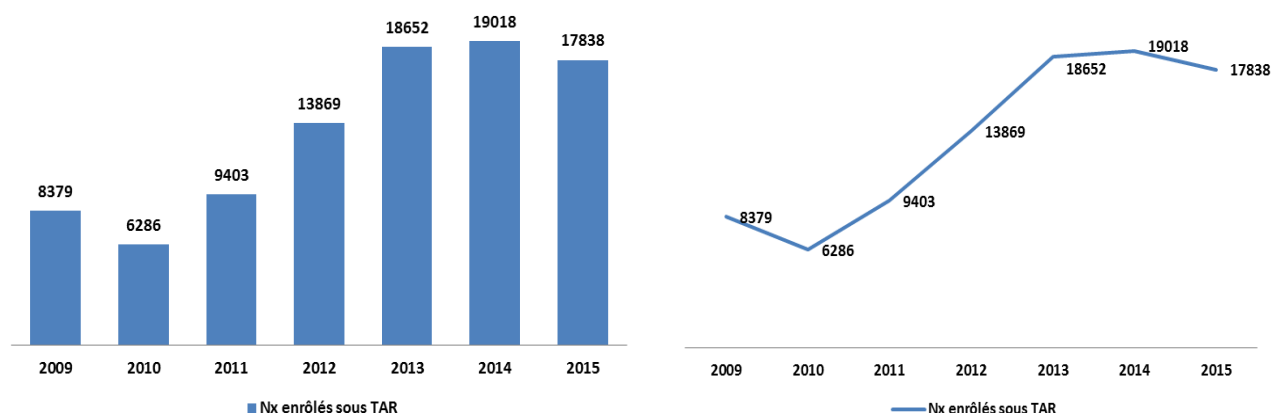
- La charge virale est l'examen essentiel de suivi du patient PVVIH sous TAR. Elle devient au même titre que les molécules ARV un intrant stratégique.
- La rétention / observance sous TAR dans la fenêtre de contention de l'épidémie est l'enjeu principal et devrait être le socle de toute mobilisation de ressources à l'intérieur de la fourchette de 5 ans (2015 – 2020) pour l'atteinte des 90-90-90.

Avant d'entrer dans l'analyse des nouveaux enrôlés sous TAR en 2015, nous pensons que nos lecteurs doivent être mis au courant des propos qui nous ont été rapportés de l'Ambassadeur Deborah Birx tenus à Dar es Salam en Tanzanie lors de la rencontre de haut niveau avec les Ministres de pays qui bénéficient de fonds PEPFAR vers la fin du mois de juin 2015. La Ministre de Santé d'Haïti avait pris part à cette conférence. Ces mesures à corréliser aux exigences politiques et programmatiques que nous avons identifiées plus haut sont les suivantes :

- « Le renforcement des systèmes de santé et la consolidation des infrastructures de soins sont indispensables au cours de cette phase de transition de 5 ans (2015 – 2020) pour apporter une réponse appropriée et pérenne.
- La stigmatisation et la discrimination constituent de réels obstacles à la lutte.
- La participation engagée est essentielle. Il est nécessaire d'accroître les partenariats stratégiques et d'avoir une mutuelle compréhension de l'épidémie tant au niveau national que mondial.
- La complaisance en tout est une barrière. Une riposte durable au VIH nécessite un engagement continu à la réponse.
- Responsabilité, impact et transparence. Ces principes fondamentaux sont essentiels si nous voulons suivre la réponse de manière accélérée.
- Accélération de la Riposte. A l'échelle mondiale, nous avons une fenêtre de 5 ans (2015 – 2020) pour contenir l'épidémie VIH et de ses coûts.

2.1 Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR de 2009 à 2015

De janvier à décembre 2015, le Programme haïtien de lutte contre le VIH a enrôlé 17 838 nouveaux patients PVVIH sous TAR. Nous constatons, tel que le démontre les graphes ci-dessous que l'enrôlement de nouveaux patients a suivi une courbe ascendante de 2009 à 2014, hormis la parenthèse de 2010 probablement due au tremblement de terre survenu au début de cette année. Néanmoins, nous sommes prudents sur l'allure de la courbe de 2013 à 2015 qui semble atteindre un certain sommet autour de 17 000 patients par année.



Graph 7. Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR de 2009 à 2015 - Haïti www.mesi.ht

Entre 2010 et 2013, le Programme a connu un rythme soutenu de progression de mise sous TAR de nouveaux patients de l'ordre de 22%. Cette croissance a diminué en 2014 et 2015 pour être à 14%.



Avec l'actualisation/alignement des normes nationales sur celles de l'OMS, le Programme va connaître une croissance fulgurante de mise sous traitement ARV des patients qui sont en soins pré ARV. Mais, nous devons faire attention aux « assoiffés de chiffres » pour que les nouveaux patients sous TAR le soient selon les règles de l'art, car nous risquons fort d'avoir des taux d'attrition supérieurs aux résultats de l'enquête de 2015 sur la cohorte de 2013¹².

2.2 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR en 2015

Les femmes, incluant les femmes enceintes, sont de 10 871 ; soit 61% du total de nouveaux enrôlés en 2015. Les femmes enceintes représentent 31% du nombre total de femmes nouvellement enrôlées sous ARV, et les enfants de 5,6% du nombre total des nouveaux enrôlés.

Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR selon le sexe et el statut de la femme en 2015 - Haïti MESI

Mois	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total
Janvier	512	663	187	48	1410
Février	436	556	180	61	1233
Mars	553	720	245	64	1582
Avril	535	701	236	59	1531
Mai	522	577	222	55	1376
Juin	543	740	254	58	1595
Juillet	571	769	275	65	1680
Aout	471	667	214	68	1420
Septembre	526	810	223	56	1615
Octobre	582	743	184	58	1567
Novembre	503	654	210	60	1427
Décembre	520	673	168	41	1402
Total	6274	8273	2598	693	17838

Juillet 2015 est le mois le plus scoré avec 1680 nouveaux enrôlés. Si nous classons les observations sur les nouveaux enrôlés par ordre croissant, les mois médians, c'est à dire le mois qui divise en 2 la distribution de 2015, sont les mois d'avril et de novembre.

Représentation temporospatiale des nouveaux enrôlés en 2015

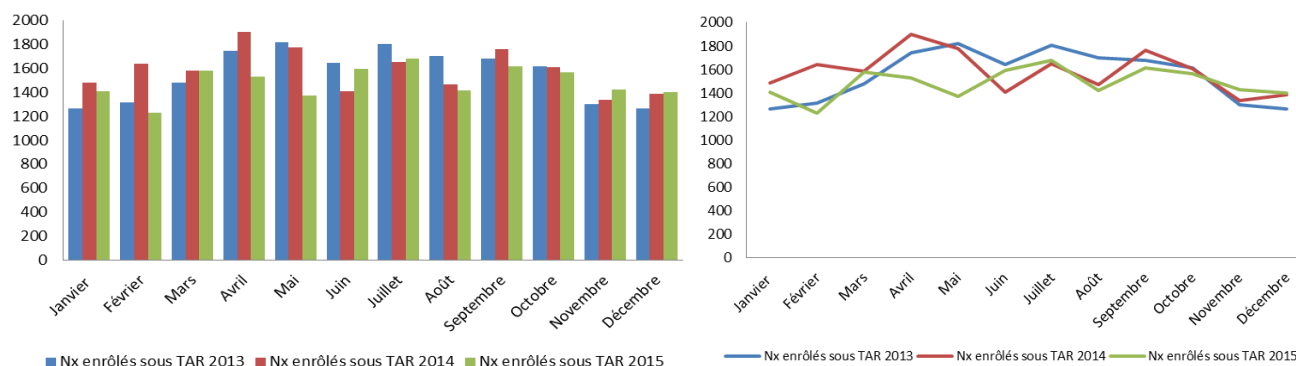
Lorsque nous investiguons sur MESI et faisons la requête « nouveaux enrôlés en ARV entre janvier 2015 et décembre 2015 », nous obtenons un tableau où nous constatons qu'il y a eu 155 PPS qui y ont rapporté des données parmi lesquels 13 ont rapporté 0. Sur les 142, nous devons signaler le centre GHESKIO bicentenaire qui à lui seul a enrôlé 2 130 patients ce qui représente une contribution sur les 17 830 d'environ 20%. Hôpital Charles Colimon est à plus de 500 et ensuite viennent ces 24 PPS qui ont mis entre 200 à 495 nouveau enrôlés ; ce sont : centre sante K soleil, centre de santé la Fossette, centre médical Beraca, centre médico-social de Ouanaminthe, clinique Béthel de Fonds des Nègres, clinique communautaire de Delmas 75, clinique communautaire de Martissant, clinique médicale Bethesda de Vaudreuil, hôpital Bernard Mevs, hôpital Dumarsais Estimé, HUEH, hôpital Espérance de Pilate, hôpital Foyer Saint Camille, hôpital Immaculée Conception des Cayes, hôpital Immaculée Conception de Port de Paix, hôpital Sacré Cœur de Milot, hôpital Saint Jean de Limbé, hôpital universitaire de Mirebalais,

¹² Se référer à l'article sur les taux de rétention à 6 et 12 mois du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti de décembre 2015, numéro 11.



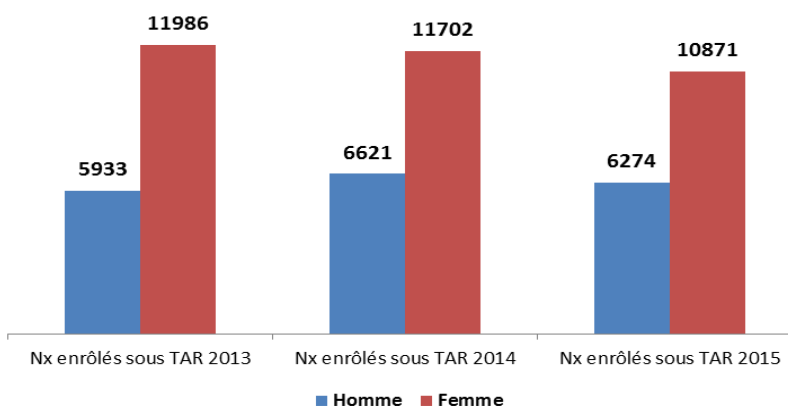
hôpital universitaire Justinien, hôpital universitaire la Paix, ICC Grace Children Hospital, Institut de Dermatologie et des Maladies Infectieuses, Institut des Maladies Infectieuses et santé de la reproduction, Mennonite de Croix des Bouquets et le SSPE de Saint Marc.

Quand nous analysons l'évolution des cohortes de nouveaux enrôles en 2013, 2014 et 2015 nous constatons que le Programme haïtien avait pu enrôler beaucoup plus de patients PVVIH en 2013 et 2014 qu'en 2015. Les estimations nous indiquent que le nombre estimé de PVVIH est plus élevé que celui de 2013. Cette diminution est-elle due au simple fait du hasard ou à d'autres facteurs d'ordre structural ?



Graph 8. Répartition par mois des nouveaux enrôlés sous TAR en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI

Les femmes PVVIH sont plus nombreuses à utiliser les soins TAR que les hommes, comme l'indique le graphique ci-dessous, que ça soit en 2013, 2014 ou en 2015.



Graph 9. Répartition selon le sexe des nouveaux enrôlés en 2013, 2014 et 2015. Haïti. MESI.

Nous avons 5 départements où nous retrouvons 86% des nouveaux enrôlés en 2015. Ce sont l'Ouest, l'Artibonite, le Nord, le Sud et le Centre. Deux départements à eux seuls hébergent plus de 60% des nouveaux enrôles : l'Ouest et l'Artibonite.



Tableau 3. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département en 2015 – Haïti, MESI

Département	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée en %
Ouest	2720	3986	939	271	7916	45.10	48.1
Artibonite	1037	1200	502	125	2864	16.00	61.1
Nord	837	1106	416	88	2447	12.46	73.6
Sud	425	427	128	34	1014	5.57	79.1
Centre	320	380	136	41	877	6.59	85.7
Nord-ouest	279	335	123	47	784	4.07	89.8
Nord est	258	313	198	38	807	3.78	93.6
Nippes	158	156	57	17	388	2.27	95.8
Grande anse	149	244	60	16	469	2.30	98.1
Sud est	91	126	39	16	272	1.86	100.0
Total	6274	8273	2598	693	17838	100.00	

En ce qui concerne les réseaux, le peloton de tête reste inchangé avec GHESKIO, UGP/MSPP/PEPFAR et PIH ; à eux 3 ils totalisent environ 58% des nouveaux enrôlés.

Tableau 4. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon les réseaux de soins en 2015 – Haïti, MESI

Réseau	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée
GHESKIO	17	1996	2477	346	168	4987	28.03	28.03
UGP/MSPP/PEPFAR	32	1033	1485	549	152	3219	18.09	46.12
PIH/ZL	11	782	863	373	95	2113	11.86	57.98
URC	19	475	624	442	57	1598	8.98	66.96
Pathfinder	20	422	808	337	30	1597	8.97	75.93
CMMB	9	550	656	180	61	1447	8.13	84.06
Université Maryland	5	329	462	76	24	891	5.01	89.07
CDS	8	188	218	103	18	527	2.96	92.03
ITECH	3	114	165	55	60	394	2.21	94.24
Université Miami	1	131	191	23	9	354	1.99	96.23
FOSREF	10	42	104	24	2	172	0.97	97.20
NA	4	42	68	39	11	160	0.90	98.10
POZ	2	52	40	12	2	106	0.60	98.70
CARE	2	34	34	25	4	97	0.55	99.25
WV	3	29	54	7	0	90	0.51	99.76
HTW	2	38	4	0	0	42	0.24	100.00
Total	148	6257	8253	2591	693	17794	100.00	

Au niveau de MESI, nous retrouvons dans NA : l'hôpital adventiste de Diquini, le CAL de Madian, le CS st louis du nord et l'hôpital bon samaritain de Bassin Bleu. La différence entre le total des réseaux et celui des départements est dû à un problème de calcul sur MESI.

2.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur le TAR en 2015

Nous indiquons dans le tableau ci-dessous le niveau de performance atteint par 3 indicateurs clés sur le TAR :



- Les valeurs de la rétention sous TAR sont celles de la dernière enquête de rétention réalisée sur la cohorte octobre 2012 à septembre 2013. Ces résultats ont été publiés dans le bulletin de surveillance du VIH/sida en Haïti, numéro 11¹³. Nous avons une enquête de rétention cours de réalisation dont la phase de collecte vient d'être terminée. Les résultats de cette enquête seront publiés au début du mois de juillet 2016.

Tableau 5. Performance de certains indicateurs sur le TAR en 2015

indicateur	Cibles 2015	Résultat atteint	Performance (%)	Cibles 2016
Pourcentage d'adultes et d'enfants dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV après l'initiation du TAR	78%	73,1%	73,1%	80%
Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant le TAR	95900	68849	71,8%	118313
Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant le TAR	3609	2832	78,5%	3936

- Les actifs sur TAR au 31 décembre 2015 étaient de 68 849¹⁴, ce qui représente une performance de 71,8% par rapport à la cible de 2015. Les enfants actifs sont de 2 832, soit une performance de 78,5%.

Nous reproduisons pour nos lecteurs les taux de rétention par département de l'enquête sur la cohorte d'octobre 2012 à septembre 2013. Nous prions nos lecteurs qui veulent d'autres informations sur cette enquête d'aller télécharger sur le site du MSSP le bulletin de surveillance du VIH/sida, numéro 11.

Tableau 6. Répartition des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte d'origine (octobre 2012 – septembre 2013) enregistrée de patients enrôlés sous ARV au niveau des 10 départements, Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS Haïti 2015

Département	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte d'origine enregistrée
Artibonite	80,6	73,7	2890
Centre	84,5	77,6	1070
Grande anse	85	70,8	504
Nippes	92,4	75,5	414
Nord	86,9	76,2	2368
Nord est	78	63,9	634
Nord-ouest	83,3	74,5	715
Ouest	83,8	71,2	8163
Sud	87,6	77,4	996
Sud est	83,4	78,1	328
Haïti	84	73,1	18082



¹³ <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Bulletin%20de%20Surveillance%20epid%C3%A9miologique%20VIHSida%20num%C3%A9ro%202011.pdf>

¹⁴ <http://www.mesi.ht/presentation/modules/reports.aspx?ID=35>



3. Co infection VIH/TB : VIH et Tuberculose, deux infections étroitement liées

Le risque de développer une infection à *Mycobacterium Tuberculosis* est accru d'un facteur 7 chez les patients infectés par le VIH¹⁵. La tuberculose se contracte principalement par voie aérienne, c'est-à-dire par l'inhalation de bacilles de Koch (BK) diffusés par la toux ou l'éternuement d'un individu tuberculeux. Ces bactéries se logent ensuite au niveau des poumons où elles demeurent inactives ou latentes, mais 10 % environ des gens développent la maladie au cours de leur vie du fait d'une immunodépression, notamment les personnes infectées par le VIH/sida¹⁶.

La Tuberculose est la maladie infectieuse la plus meurtrière pour les PVVIH, et L'OMS estime qu'elle est responsable de 13% des décès dus au sida à travers le monde¹⁷. Le VIH et la Tuberculose sont si étroitement liés que l'on s'y réfère souvent comme à des co-épidémies, ou doubles épidémies qui s'entraînent et se renforcent mutuellement. Le VIH active la Tuberculose latente chez l'individu, qui devient ensuite infectieux et capable de contaminer d'autres personnes. Cette co infection a été déjà bien établie depuis 1993 quand les CDC avaient classé le patient VIH porteur d'une Tuberculose dans le stade C de la maladie du sida.

Elle peut survenir au cours de l'infection par le VIH alors que l'immunodépression n'est pas forcément sévère et peut être gérée sans incident grave. Cependant, lorsqu'elle survient à un stade plus avancé de la maladie, elle peut générer une manifestation sévère sous la forme du Syndrome de Reconstitution Immunitaire¹⁸ (Immunity Reconstitution Inflammatory Syndrome : IRIS) observé à la suite de la mise en place d'un traitement antirétroviral hautement actif.

En matière de co infection VIH / TB, les résultats de l'étude TEMPRANO¹⁹ réalisée en Côte d'Ivoire, témoignent d'une réduction significative du risque d'événements graves (TB ou maladie grave ou décès). Ainsi, cette étude a démontré que pour éviter les décès liés à la TB, il faut commencer le TAR de façon précoce ; surtout dans les milieux où la TB et les maladies bactériennes représentent un lourd fardeau. Néanmoins, il faut agir avec prudence. Car le TAR précoce n'est pas une panacée, une formule magique qui résoudra tous les problèmes. Loin s'en faut. TEMPRANO a démontré également qu'une proportion significative de personnes sélectionnées pour cette étude ont refusé de participer et d'autres ont été perdues de vue pendant l'étude²⁰. Ces proportions sont susceptibles d'augmenter lors de la phase opérationnelle du traitement précoce. Sur la base de ces assertions, nous pensons que les consultations sur les enjeux du diagnostic précoce, la rétention et l'adhérence au traitement en cours au niveau du PNLS sont d'une importance majeure et sont essentielles sur la voie des trois 90. Nous devons nous donner du cœur à l'ouvrage pour trouver les stratégies payantes permettant de garder dans nos réseaux de patients le plus grand nombre de patients sous TAR.

En conséquence, la situation de ces deux épidémies en Haïti n'est pas des moindres et nous allons profiter, à travers une analyse de certains indicateurs clés pour donner une brève aperçue de la co infection en 2015 du point de vue VIH et des rapports mensuels postés par les PPS sur MESI.

3.1 Représentation temporo spatiale des nouveaux patients co infectés VIH / TB en 2015

D'après les informations postées sur MESI pour l'année 2015 (Janvier à Décembre) concernant la co infection, sur les 17 838 patients enrôlés sous TAR, nous avons relevé un nombre de 3 311 patients à être

¹⁵ http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_executive_summary_fr.pdf?ua=1

¹⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>

¹⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1

¹⁸ MSPP/PNLS. Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des adultes et des adolescents vivant avec le VIH/sida. Page 61. Octobre 2013.

¹⁹ TEMPRANO ANRS12136 Study Group. N Engl J Med. 20 juil 2015.

²⁰ UNAIDS Science now. HIV this month. Numéro 8. Août 2015.



positifs pour TB ce qui représente 18,5% de cette population correspondant à un taux légèrement inférieur à celui de 20% de la littérature.

Au cours de l'année 2015, le nombre total de nouveaux patients diagnostiqués pour TB est de 1 873 ; de ce total, 92% ont été mis sous traitement anti TB en 2015, ce qui est encore trop loin des normes thérapeutiques nationales qui recommandent 100%.

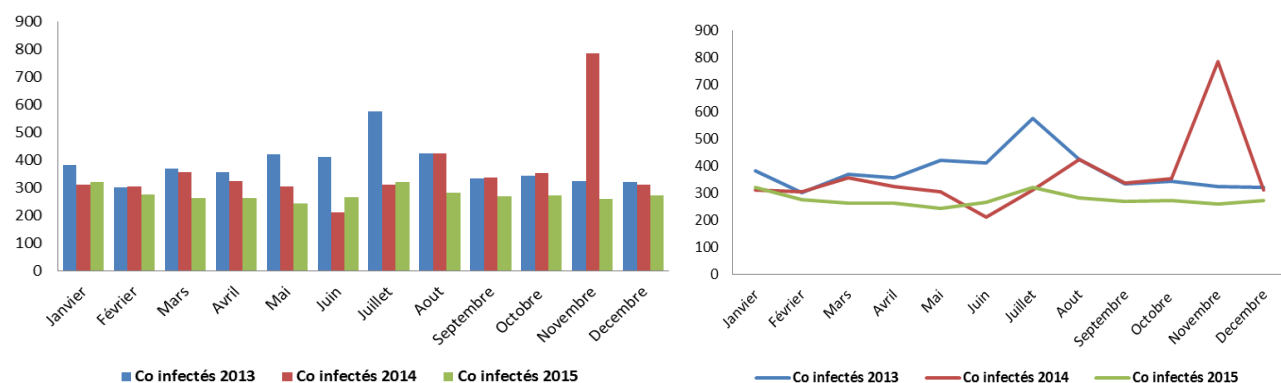
Tableau 7. Distribution des patients co infectés et traités en 2015. Haïti 2015. MESI

Mois	Nx enrôlés sous TAR	Total de patients co infectés	Nx patients PVVIH diagnostiqués pour TB	Nx patients PVVIH sous Rx anti TB	Proportion de Nx patients diagnostiqués sous RX TB en %	Proportion de patients co infectés sous Nx enrôlés sous TAR en %
Janvier	1410	322	182	160	88	23
Février	1233	277	148	130	88	22
Mars	1582	264	236	180	76	17
Avril	1531	264	142	127	89	17
Mai	1376	242	142	127	89	18
Juin	1595	266	134	140	104	17
Juillet	1680	320	134	140	104	19
Août	1420	282	161	157	98	20
Septembre	1615	270	152	146	96	17
Octobre	1567	273	155	152	98	17
Novembre	1427	259	140	136	97	18
Décembre	1402	272	147	134	91	19
Total	17838	3311	1873	1729	92	19

La proportion de nouveaux patients diagnostiqués TB et sous traitement anti TB n'a guère atteint les 100% que pour les mois de juin et de juillet. Nous aimerions voir cette proportion à 100% au cours de tous les mois de l'année. Elle a été en dessous des 80% au mois de mars.

La proportion de patients co infectés à la fois sous traitement TAR et anti TB en 2015 est de 19%.

Les graphes ci-dessous montrent comment la coïnfection a évolué au cours de ces 3 dernières années (2013 à 2015). Nous devons faire de notre mieux afin que les prestataires faisant la prise en charge des PVVIH fournissent de meilleurs services qui ne pourront que s'améliorer surtout avec l'intégration des 2 services VIH et TB à travers la collaboration des 2 programmes : PNLS et PNLT.



Graph 10. Evolution des co infectés VIH/TB en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI



Quand nous comparons les effectifs de coinfectés de ces années, nous constatons que le nombre de co infectés a diminuée en 2015. Néanmoins, nous continuons à penser que les données des mois juillet 2013 et novembre 2014 pourraient être des valeurs aberrantes au regard de l'allure de ces courbes.

Le Tableau ci-dessous donne une vue détaillée de la répartition des coinfectés VIH/TB au niveau des différents départements. Nous notons une différence de 200 quand nous faisons le total des coinfectés par mois et celui par département. Cette incohérence est due probablement à des problèmes de calcul sur MESI. Dans ce tableau les départements sont arrangés par ordre décroissant de la plus forte concentration à la plus petite. Comme on pouvait s'y attendre, l'Ouest contient le plus grand nombre de personnes mais proportionnellement est moindre que le Centre et le Nord-Est 5eme et 9eme respectivement dans le classement.

Tableau 8. Répartition des co infectes VIH/TB en 2015 par département. Haïti. MESI

Département	Nx enrôlés sous TAR	Patients TB testés VIH+	Patients PVVIH diagnostiqués TB+	Total de patients co infectés	Proportion de Nx patients co infectés sous Nx enrôlés sous TAR en %
Ouest	7916	783	784	1567	20
Artibonite	2864	368	349	717	25
Nord	2447	66	135	201	8
Sud	1014	49	159	208	21
Centre	877	148	139	287	33
Nord-ouest	784	56	110	166	21
Sud est	807	26	54	80	10
Grande anse	388	33	43	76	20
Nord est	469	60	96	156	33
Nippes	272	18	27	45	17
Total	17838	1607	1896	3503	20

Il serait très intéressant d'investiguer les raisons de ces hautes proportions dans ces 2 zones et de voir la relation avec la proximité avec les villes frontalières Dominicaines où la TB est_beaucoup plus prévalente. Mentionnons également la haute proportion de coinfectés dans le département de l'Artibonite qui s'explique par le fait que la TB a toujours été endémique dans cette zone. Cependant, aucune étude à date n'a été faite pour expliquer cette situation.

3.2 Niveau de performance atteint par le PNLS en 2005 sur la co infection VIH/TB

Le Tableau , montre la performance du programme à partir de certains indicateurs ; la valeur de 82,5% pour le premier indicateur indique que nous devons faire beaucoup plus d'effort pour arriver à 100%, c'est-à-dire atteindre notre cible de patients TB à dépister, et 34,6% pour le deuxième indicateur montre que nous sommes très en dessous de notre cible de patients à mettre sous les 2 traitements à la fois.



Tableau 9. Performance de certains indicateurs sur la co infection VIH/TB - Haïti 2015, MESI

indicateur	Cibles 2015	Résultat atteint	Performance (%)	Cibles 2016
Nombre de patients TB ayant effectué un test de dépistage du VIH	15072	12440	82,5	16679
Nombre de patients co infectés VIH/Tuberculose qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	7927	2748	34,6	8249
Nombre de patients qui ont reçu la prophylaxie à l'INH	10052	18449	183,5	10205

Le simple fait que la TB soit une des principales causes de décès des personnes vivant avec le VIH rend crucial d'aborder la coinfection à VIH/TB dans toute stratégie destinée à ceux qui en ont le plus besoin.

Les taux de TB sont relativement stables, à travers le monde, mais ils sont en hausse en Afrique subsaharienne. Cependant, en Haïti, nous avons la capacité d'infléchir ce taux vers le bas si nous nous y mettons sérieusement.

Il faut se rappeler que la TB est une maladie évitable et curable. Des millions de dollars auront été investis en vain dans la réponse au VIH si des patients qui prennent des antirétroviraux meurent par manque d'accès au traitement anti-TB, qui coûte aussi peu que 20\$ l'unité. Les progrès vers l'accès universel aux soins et traitements pour les personnes vivant avec le VIH n'auront pas lieu, si celles-ci continuent de mourir de la TB.

Enfin, notre objectif est de sensibiliser les concernés aux priorités d'interventions et de recherche en matière de coinfection TB/VIH ; d'aider à la coordination des actions de plaidoyer et de stimuler l'importance de la collaboration des programmes VIH et TB et le financement de la recherche. C'est aussi l'objectif d'augmenter la mise en œuvre d'interventions intégrées de qualité contre la TB et le VIH en tenant compte des avancées les plus récentes des connaissances scientifiques sur l'importance des 6 priorités de la lutte :

- Prévention de la Tuberculose
- Recherche intensifiée des cas de Tuberculose
- Traitement de TB chez les PVVIH
- Tuberculose résistante aux médicaments et aux ARV
- Tuberculose et VIH chez la mère et l'enfant
- Intégration des services TB et VIH



4. Elimination de la transmission mère enfant

La Prévention de la Transmission Materno-infantile du VIH a débuté en Haïti en 1999. Des institutions, telles que : GHESKIO, PIH/Zanmi Lasante et CHOSCAL, en coordination avec le MSPP, ont été les promoteurs de ces interventions ; elles ont joué un rôle important en termes d'influence sur les normes et pratiques²¹. Les résultats enregistrés suite à la mise en œuvre du Programme ont permis au fil du temps une croissance rapide des sites de PTME de 87 en 2007 à 155 en 2015²². Dans un cadre participatif, et à la lumière des recommandations de l'OMS plusieurs directives nationales ont été produites de manière successive et l'option B+ a constitué le tournant décisif vers l'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis congénitale. A travers une approche visant la décentralisation des interventions et la promotion des services de PTME, l'extension de l'option B+ s'est faite rapidement.

Néanmoins, la PTME représente une des stratégies nationales prioritaires consignées dans le Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 révisé avec extension à 2018 de lutte contre le VIH/sida, en vue de la réduction du risque de la transmission verticale chez les nouveau-nés et de la mortalité des mères séropositives.

En Haïti, des progrès sensibles sont observés en termes d'indicateurs PTME et dans les domaines programmatiques à savoir :

- La prévalence des femmes enceintes séropositives pour le VIH est passée de 6% en 1996 à 2,3% en 2013²³.
- Le taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en clinique prénatale à travers les 10 départements sanitaires du pays a diminué de près de deux tiers (62%), passant de 3,0% à 1,1% à la fin de 2015.
- Plus de 90% des femmes enceintes ont été enrôlées sous traitement en 2015.

Toutefois, pour parvenir au maintien des acquis et à une progression constante des indicateurs du PSNM dans le temps en matière de PTME et d'ETME il est indispensable que les acteurs développent des stratégies pour assurer la prise en charge intégrale centrée sur le binôme mère-enfant. Aussi dans cette démarche, le testing des enfants exposés devient un impératif et la rétention en soins des mères une priorité du Programme VIH haïtien.

4.1 Représentation temporo spatiale des nouvelles femmes enceintes en 2015

Selon les données rapportées sur MESI par 155 PPS²⁴, les femmes enceintes nouvellement sous TAR représentent 14,7 % des personnes placées sous ARV au cours de la période de Janvier-Décembre 2015, semblable aux données de 2014 dont la proportion est de 14,5%. Cependant, la proportion de femmes enceintes nouvellement sous TAR parmi l'ensemble des personnes sous TAR a présenté une légère régression en valeur absolue passant de 2 759 en 2014 à 2 518 en 2015.

Les femmes placées sous TAR tombées enceintes au cours de la période sont de 1 752 en valeur absolue ce qui représente 39 % du total des femmes enceintes sous TAR au cours de l'année 2015 soit une augmentation de 4% par rapport à l'année dernière qui était de 35% (1 558 en valeur absolue).

²¹ MSPP-PNLS. Directives PTME. 2012.

²² <http://www.mesi.ht/presentation/modules/reports.aspx?ID=217>

²³ Se référer aux rapports d'enquêtes sero sentinelles. La dernière enquête date de 2012 et le rapport final a été publié au mois de février 2013. Cette enquête a été réalisée par IHE en collaboration avec NASTAD et LNSP.

²⁴ <http://www.mesi.ht/presentation/modules/reports.aspx?ID=217>



Tableau 10. Répartition des femmes enceintes sous TAR - Haïti 2015, MESI

Mois	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total Nx FE VIH traitées	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes (%)
Janvier	152	352	43
Février	147	336	44
Mars	181	426	42
Avril	183	445	41
Mai	148	433	34
Juin	158	428	37
Juillet	167	445	38
Août	132	354	37
Septembre	133	353	38
Octobre	125	336	37
Novembre	119	330	36
Décembre	107	296	36
Total	1752	4534	39

Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, le Sud-est est le département où nous avons noté la proportion la plus élevée de femmes VIH sous TAR devenues enceintes au cours de l'année 2015 soit 57%. Ensuite viennent respectivement les départements du Centre (50%), du Nord-ouest (48%) et de la Grande anse (44%). Néanmoins, les départements de l'Ouest (700), de l'Artibonite (313) et du Nord (205) supportent à eux trois 70% sur l'ensemble des femmes VIH sous TAR devenues enceintes en valeur absolue.

Tableau 11. Répartition des femmes enceintes sous TAR par département - Haïti 2015, MESI

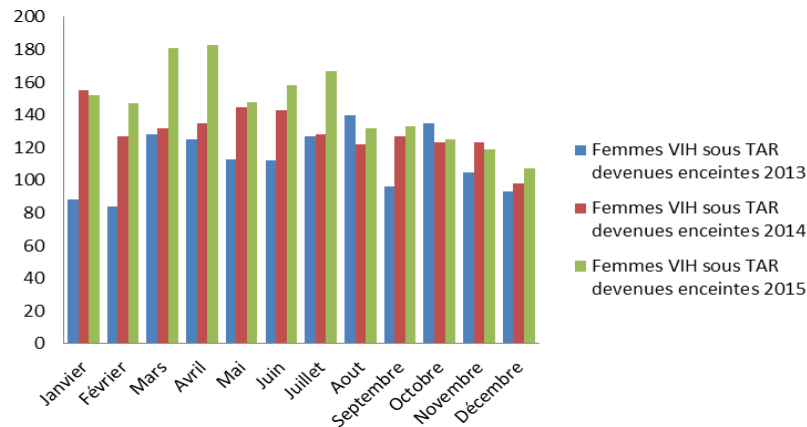
Département	Nouvelles femmes enceintes sous TAR	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total femmes enceintes VIH sous TAR	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes (%)
Ouest	1034	700	1734	40
Artibonite	560	313	873	36
Nord	434	205	639	32
Nord est	236	76	312	24
Centre	131	133	264	50
Nord-ouest	118	111	229	48
Sud	118	88	206	43
Grande anse	59	46	105	44
Sud est	29	39	68	57
Total	2782	1752	4534	39

En 2012, elles étaient de 825, en 2013 de 1 346, en 2014 de 1 558 et en 2015 de 1 752. Si 22% des enquêtées non enceintes sous TAR ont déclaré le désir d'avoir un enfant dans un avenir proche lors de l'enquête sur les déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes VIH sous TAR²⁵ (Oct 2013-Sept 2014, PNLS/DSF-Haïti), les données ci-dessous confirment que ce désir de grossesse évoluent chez

²⁵ PNLS. DSF. Les déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes VIH positives sous traitement anti rétroviral en Haïti. UNFPA. SEFIS. 2014.

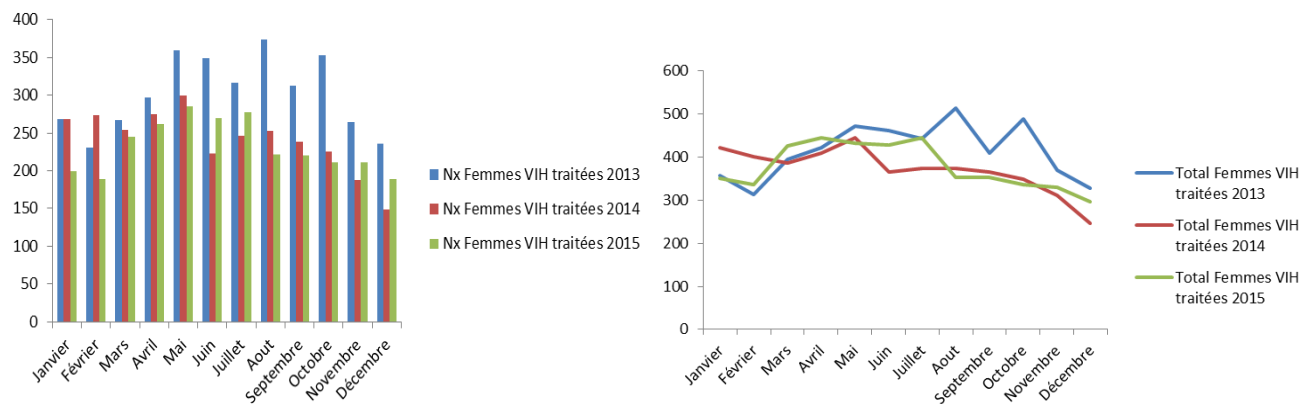


les femmes haïtiennes VIH sous TAR de manière croissante. En plus de renforcer les soins et services cliniques, psychologiques et communautaires au profit des femmes VIH sous TAR dans une perspective d'éliminer la transmission verticale future en cas de grossesse, nous pensons que c'est une aspiration légitime à aborder lors du suivi de toute femme ou homme vivant avec le VIH placé sous TAR ayant un désir d'enfant les modalités de conception naturelle et leurs risques respectifs, selon le bilan de fertilité de la femme et de l'histoire VIH des deux partenaires.



Graph 11. Evolution des nouvelles femmes enceintes VIH sous TAR en 2013, 2014 et 2015 – Haïti, MESI

Par contre, les données nous renseignent sur une diminution progressive du nombre de nouvelles femmes enceintes enrôlées sous TAR au fil du temps si nous comparons les données rapportées au cours des années antérieures à partir de 2013 (3 629), de 2014 (2 893) et de 2015 (2 782). Pouvons-nous affirmer que les activités d'IEC ont touchées effectivement la population des femmes en âge de procréer ou encore s'agit-il d'une forte déperdition dans la cascade de soins comme l'avait montré l'étude opérationnelle sur la déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti de 2014²⁶.



Graph 12. Evolution des nouvelles femmes VIH sous TAR en 2013 2014 et 2015 – Haïti, MESI

4.2 Représentation temporo spatiale des nouveaux cas d'enfants bénéficiant d'un PCR en 2015

Une mère infectée par le VIH transmet passivement ses anticorps anti-VIH à son enfant in utero, et ces anticorps peuvent être présents dans le sang du nourrisson jusqu'à l'âge de 18 mois²⁷ (Directives VIH

²⁶ MSPP-DSF. Etude opérationnelle sur la déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti. OPS-OMS. Avril 2015.

²⁷ <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/fr/>



Pédiatrique, OMS 2010). L'OMS recommande fortement que les nourrissons exposés au VIH aient un test virologique à partir de 4 semaines d'âge et, depuis 2008 la capacité d'Haïti à réaliser le test ADN-VIH PCR et à l'appliquer comme test de diagnostic précoce chez les nourrissons exposés au VIH s'est considérablement améliorée²⁸ (Directives VIH Pédiatriques, PNLS 2015).

A présent, le test PCR est accessible aux enfants en provenance de 80% des PPS et les données subséquentes proviennent de l'ouvrage de deux laboratoires: Le Laboratoire National de Santé Publique et le laboratoire de l'IMIS des Centres GHESKIO (Directives VIH Pédiatriques, PNLS 2015).

Suite aux données programmatiques rapportées sur MESI au cours de la période Janvier-Décembre 2015, la proportion de TME pour l'ensemble de la période est de 5,84%.

Tableau 12. Répartition des enfants diagnostiqués par PCR - Haïti 2015, MESI

Mois	Enfants exposés bénéficiant d'un PCR	Enf VIH+	Séropositivité en %
Janvier	353	21	5.95
Février	275	19	6.91
Mars	385	19	4.94
Avril	314	23	7.32
Mai	249	11	4.42
Juin	356	14	3.93
Juillet	249	13	5.22
Aout	286	19	6.64
Septembre	296	35	11.82
Octobre	381	13	3.41
Novembre	283	9	3.18
Décembre	303	13	4.29
Total	3730	218	5.84

Cette information marque-t-elle la fin d'une allure descendante observée de 9,05% en 2012, de 6,53% en 2013 et de 4,73 en 2014 et le début d'une remontée de la séropositivité chez les enfants nés de mères infectés par le VIH qui est de 5,84 %. En faisant un rapport sur deux années 2014 et 2015, nous avons remarqué que pour l'année 2014, sur 3 977 enfants exposés bénéficiant d'un PCR, 188 d'entre eux deviennent séropositifs (soit 4,73%) différent de l'année 2015 qui montre que pour un nombre plus faible d'enfants exposés bénéficiant d'un PCR, 30 enfants positifs au VIH supplémentaires par rapport à l'année précédente ont été notifiés.

Tableau 13. Proportion de TME en 2012, 2013, 2014, et 2015, MESI Haïti

Année	Nombres d'enfants enregistrés	Nombre d'enfants exposés testés par PCR	Nombres d'enfants exposés confirmés VIH	TME en %
Année 2012	2944	3670	332	9,05%
Année 2013	3206	4101	268	6,53%
Année 2014	3168	3977	188	4,73%
Année 2015	2934	3730	218	5,84%

²⁸ MSPP-PNLS. Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des nourrissons et des enfants infectés ou exposés au VIH. Édition révisée 2015.



Par ailleurs, face à ce regain de la séropositivité chez les enfants nés de mères infectées par le VIH, nous pouvons évoquer diverses hypothèses : Est-ce une prise en charge tardive des mères infectées par le VIH au niveau des sites de soins ? Il serait aussi important de savoir le moment où les femmes ont connu leur statut ou encore le moment de leur enrôlement en soins au niveau du programme. Aussi, ces enfants VIH proviennent-ils des femmes enceintes nouvelles placées sous ARV ou des femmes VIH sous TAR tombées enceintes ? Donc la présentation de ces données ouvrent la voie pour la réalisation de recherches opérationnelles dans le but de mieux comprendre le phénomène observé et porter si nécessaire un jugement de valeurs sur les données analysées.

Tableau 14. Répartition des enfants exposés bénéficiant d'un PCR par département - Haïti 2015, MESI

Département	Enfants exposés bénéficiant d'un PCR	Enf VIH+	Séropositivité en %
Ouest	1779	103	5.79
Artibonite	562	18	3.20
Nord	507	30	5.92
Nord est	148	8	5.41
Centre	160	14	8.75
Nord-ouest	186	17	9.14
Sud	158	2	1.27
Grande anse	96	9	9.38
Sud est	53	4	7.55
Total	3730	218	5.84

Suivant la répartition des enfants exposés bénéficiant d'un PCR par département en 2015, les départements de la Grande Anse; du Nord-Ouest, et du Centre trainent des séropositivités assez élevés respectivement de 9,38%, de 9,14% et de 8,75% par rapport à la moyenne nationale de 5,60%. Néanmoins, le département de l'Ouest concède près de la moitié des enfants VIH répertoriés issus de mères infectées par le VIH soit 103/209, ensuite viennent les départements du Nord (30) et de l'Artibonite (18). Par conséquent, il s'avérerait nécessaire suivant une approche de proximité d'identifier les sites qui ont enregistré la plus grande proportion d'enfants VIH issus de mères séropositives de manière à étudier les déterminants probables chez le couple mère-enfant susceptibles d'assurer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à remettre en question le modèle organisationnel des soins et services mises à leur disposition.

4.3 Niveau de performance atteint par le PNLS en matière d'ETME en 2015

L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères s'appuient sur une stratégie à quatre volets ayant servi de fondement sur lequel des plans nationaux sont élaborés et mis en œuvre. Ils couvrent un ensemble de mesures de prévention et de traitement du VIH pour les mères et leurs enfants²⁹ (Prévention du VIH et des Grossesses non Désirées, OMS-Cadre Stratégique 2011–2015). Dans le cadre du suivi de la performance, les indicateurs traceurs donc de produits retenus pour apprécier les progrès réalisés en matière d'ETME en 2015 sont issus du PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018. Tous ces indicateurs présentés ci-dessous sont définis de manière à permettre leur comparabilité internationale.

²⁹ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/hiv_pregnancies_2012/fr/



Tableau 15. Performance de certains indicateurs en ETME - Haïti 2015, MESI

indicateur	Cibles 2015	Résultat atteint	Performance (%)	Cibles 2016
% de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un TAR pour réduire la transmission mère-enfant	NA			80%
Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME	323212	258338	80	323212
Nombre de femmes enceintes faisant le test de dépistage du VIH	298156	256217	86	324156
Nombre de femmes enceintes séropositives recevant des ARV pour réduire la TME	9534	4534	48	9682
Nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH qui bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR	5414	3730	69	5904

Les résultats obtenus montrent une nette progression de l'effort du PNLS si nous considérons les résultats atteints par rapport à l'année précédente. De 74% en 2014 à 80% en 2015 beaucoup plus de femmes en âge de procréer ont été couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME au niveau des PPS de même que pour les femmes enceintes faisant le test de dépistage du VIH qui maintient une allure progressive ascendante de plus de 85%. Par contre, d'autres indicateurs critiques pour le programme présente un état stationnaire entre 2014 et 2015 tel que le nombre de femmes enceintes séropositives recevant des ARV pour réduire la TME toujours en-dessous de 50% ou suit une pente descendante comme le Nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH qui bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR passant de 80% en 2014 à 69% en 2015.

Au regard des résultats présentés, pouvons-nous avancer l'hypothèse que les cibles prévus dans le PSNM 2012-2015 révisé avec extension à 2018, comme le croient plusieurs acteurs et opérateurs de soins, ont été trop ambitieux par rapport aux diverses stratégies mises en place et l'état des lieux de la prestation des services en matière d'e-TME ? Aussi, doit-on entamer le débat auprès des acteurs et partenaires du PNLS pour une probable reprogrammation des cibles du PSNM compte tenu des objectifs mondiaux à l'horizon de 2020 et aussi de manière à s'adapter à la nouvelle dynamique de « Test and Start engagée par la Coordination Technique du PNLS ?



5. PPSE ou la reconnaissance du travail bien fait

« La reconnaissance est la mémoire du cœur » disait l'autre. L'une des importantes questions que nous autres de l'équipe SE de la CTPNLS que nous nous sommes toujours posée est comment récompenser ce personnel qui depuis plusieurs années, au niveau des institutions de soins, se donne corps et âme dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti ? Car, grâce à leur dévouement, leur sens de responsabilité, leur esprit d'équipe beaucoup de progrès ont été constatés pour contrôler cette épidémie.

Cette importante question du staff de l'unité SE de la CTPNLS devint un sujet de réflexion et allait entraîner par la suite l'émergence en 2013³⁰ de l'idée de reconnaître et de distinguer le travail que fait le staff d'une institution en ce qui a trait au Suivi et Evaluation d'où le nom de Point de Prestation de Soins d'Excellence en Suivi et Evaluation³¹.

Ainsi, la désignation de « **PPSE** », s'inscrit pour nous autres dans une noble perspective :

- Dans un premier temps, elle veut reconnaître un travail d'équipe bien fait, un travail qui respecte les normes en vigueur et qui est utile. En effet, l'effort d'excellence est un point sur lequel la CTPNLS met beaucoup d'accent, toutes les recommandations faites aux institutions en tiennent compte et le respect de cet aspect par les institutions permettra à coup sûr d'augmenter la culture de la qualité de données et de la gestion axée sur les résultats ;
- Ensuite, elle se propose de valoriser le travail ô combien inestimable d'un personnel consciencieux desservant la population. Car, le personnel qui, fort souvent, se dévoue dans l'exécution de ses tâches s'attend à un minimum de valorisation de son travail. Un simple geste en ce sens peut avoir un impact inespéré non seulement dans la vie personnelle du membre du staff mais aussi et surtout dans sa vie professionnelle car cela peut le motiver, l'encourager d'avantage à toujours bien faire et porter l'institution à un haut niveau ;
- De plus, la désignation d'un PPSE se veut être un exercice de création de modèles à suivre pour les autres institutions. En désignant « *Meilleures Pratiques en Suivi et Evaluation* », l'équipe SE de la CTPNLS s'attend à ce que les autres institutions les identifient et les répliquent chez elles aussi dans le seul souci d'avoir l'adoption de cette culture générale d'excellence en d'autres termes une promotion de nivellement par le haut ;
- Enfin, pour les institutions qui sont désignées comme étant des PPSE, cette désignation est une responsabilité de pérennisation des acquis qui ont permis d'être reconnue comme ayant une culture d'excellence et cela malgré les fréquentes rotations du personnel.

C'est là le bien-fondé de la désignation de PPSE !

5.1 Bref rappel de la méthodologie

Dans notre quête d'amélioration continue, nous autres de l'équipe SE de la CTPNLS, nous nous préoccupons sur la façon de continuer à améliorer la méthodologie menant à la désignation du prochain PPSE. En effet, pour désigner le PPSE de 2015, les DDS ont été intégrées dans le choix des institutions. Dans un premier temps, chaque Direction a fourni à la CTPNLS les noms de deux institutions qu'elles jugent avoir de meilleures pratiques en suivi et évaluation au sein de son département.

Dans un second temps, des équipes d'évaluateurs de l'unité SE de la CTPNLS conjointement avec les M&E Officers des Directions Sanitaires ont visité ces institutions munies d'un document permettant de faire l'évaluation.

Les institutions ont été évaluées sur les critères³² suivants :

³⁰ MSPP-PNLS, Bulletin de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida en Haïti No 7, p. 18. Juin 2014.

³¹ MSPP-PNLS, Bulletin de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida en Haïti No 8, p. 32. Décembre 2014.

³² MSPP-PNLS, Bulletin de Surveillance Epidémiologique du VIH Sida No 7, p. 20-21. Juin 2014.



- La qualité des données c'est-à-dire l'application ou non des normes nationales et procédures relatives à la qualité des données ;
- La ponctualité ou promptitude des rapports soumis ;
- La complétude des rapports ;
- L'actualisation ou non des dossiers médicaux électroniques sur l'EMR ;
- La pratique de Vérification de Première Intention ou Validation Interne au niveau de l'institution ;
- L'exactitude des rapports postés sur MESI ;
- L'adoption et l'utilisation de l'approche d'amélioration de la qualité HEALTHQUAL ;
- L'application des recommandations faites lors des visites de validation antérieures par la CTPNLS et/ou les partenaires ;
- L'utilisation des données dans la prise de décision.

Pour la définition de chacun de ces critères, nous vous prions de consulter le bulletin épidémiologique No 7 de la CTPNLS qui a donné le cadre conceptuel du PPSE.

Après les visites d'évaluation, les évaluateurs se réunissent en comité d'experts pour désigner le PPSE de 2015.

5.2 Désignation du PPSE



Le travail a été rude parce que beaucoup d'institutions ont fait preuve de progrès dans la culture de l'évidence et de l'amélioration de la qualité des données. Pour l'année 2015, le Point de Prestation de Services ayant obtenu le plus grand score se retrouve dans une commune du département du Nord : **Pilate**.

« La commune de Pilate s'étend de la vallée de Pilate jusqu'aux montagnes avoisinantes et compte 65 000 habitants, dont la très grande majorité vit dans les montagnes. La commune se situe à 75 km du Cap-Haïtien et à 16 km en retrait de la route nationale. Cette distance est franchie par un sentier traversant 7 rivières dont aucune n'a

de ponceau. Seuls les camions et les véhicules surélevés à quatre roues motrices peuvent y passer.

Ce territoire de 100 km² est découpé en huit secteurs ruraux occupés par des paysans qui exercent sur de petits lopins de terre une agriculture à peine de subsistance. Le café, qui est cultivé assez abondamment dans les montagnes, constitue cependant une culture plus importante ».³³

En plein cœur de cette commune se retrouve le PPSE de l'année 2015, ***l'Hôpital Espérance de Pilate***.

5.3 Présentation de l'Hôpital Espérance de Pilate

En 1954, un dispensaire situé en plein cœur de Pilate commença à donner des soins à la population grâce à l'aide de la congrégation catholique Sainte Croix. Treize années plus tard, soit en 1967, sous l'égide du Père Byas, le dispensaire devint un hôpital avec une capacité de 50 lits d'hospitalisation et des services de pédiatrie, de maternité, de médecine interne et de chirurgie qui fonctionne par moment. Il devint alors L'Hôpital Espérance de Pilate et obtint son autorisation de fonctionnement du MSPP dans

³³ Cf : <http://cegepat.qc.ca/fondationbyas/pilate.php>



les années 70. Sa structure interne qui a été modifiée et améliorée au fil des années, lui fait correspondre aux institutions du deuxième niveau de la pyramide du système de santé haïtien c'est-à-dire un hôpital Communautaire de Référence.

Aujourd'hui ***l'Hôpital Espérance de Pilate*** compte 90 lits d'hospitalisation et il est passé d'une institution essentiellement privée à un statut d'institution mixte recevant chaque année des médecins en service social et des médecins de commune.

Son personnel est composé de six médecins (cinq médecins généralistes et d'un obstétricien gynécologue), d'un dentiste, de deux médecins en service social, de 13 infirmières, de 21 auxiliaires dont certains sont rémunérés par les fonds internes de l'hôpital, d'un data clerk, d'un DRO.

5.4 Présentation du staff impliqué dans le Suivi et Evaluation au niveau de l'institution

A ***l'Hôpital Espérance de Pilate***, la production, la transmission et la vérification des données soumises sur la base de données nationale MESI est une affaire d'équipe.



De gauche à droite, première rangée : Pierre wilsen, médecin en soins, Duvelcain Roodeline, Infirmière en soins, Morency Louinise, Infirmière superviseuse des soins, Saillant Roseline Damus, infirmière, elle joue le rôle de travailleur social, Valmyr Martine, Infirmière en soins, Cély Adeline, infirmière, Case manager, s'occupe des femmes enceintes et assure le suivi des enfants exposés, Dugué Anne, Infirmière spécialiste en santé communautaire, coordonnatrice de projets HEP.

Deuxième rangée : Jules Lourdiane, DATA, Jeudi Nadyne, Pharmacienne, Jeudi Nadyne, Pharmacienne Altidor Antoinette, infirmière resp. du service de santé communautaire, Clairvil Emmanuel, médecin, directeur médical, Jn-Baptiste Wisly, notre DRO.



Chacun assure son rôle depuis la collecte passant par la compilation, la vérification jusqu'à la transmission des données.

Dugué Anne est la coordonnatrice de projets pour l'institution. Elle a été recrutée en novembre 2005 comme infirmière en soins. Promue en 2008, elle travaillait comme responsable de santé communautaire. Et en septembre 2010, elle a bénéficié d'une bourse de la direction de ***l'Hôpital Espérance de Pilate*** qui l'a permis d'avoir une spécialité en santé communautaire.



De retour en décembre 2011, elle a joué le rôle d'assistant coordonnateur pendant deux ans. En 2013 elle occupe le poste de coordonnatrice de projets, depuis elle assume la direction et la supervision directe des services de VIH/sida.



Le Disease Reporting Officer ou DRO est M. **Jean-Baptiste Wisly**. Il travaille à HEP depuis Décembre 2014. Il gère les registres pré-ARV et ARV en actualisant les données. Il est très compétent dans son travail et très soucieux d'un travail bien fait. Il participe grandement à la surveillance des indicateurs de santé. Il conçoit au besoin des outils permettant une meilleure gestion des données. Son travail a permis d'avoir une meilleure qualité de données qui sont collectées et rapportées au sein de l'institution.



Mme **Jules Lourdiane** est la data clerk de ***l'Hôpital Espérance de Pilate***. Elle a été recrutée en août 2012. Son Rôle est de superviser et de valider les données qui se trouvent dans les registres remplis par les prestataires. Elle est une aide précieuse pour la production des rapports.

Mme **Saint-Hilaire Madiane** travaille comme officier de surveillance depuis mars 2011. C'est elle qui assure le remplissage des registres de morbidité, fait la collecte journalière des données. Sa principale tâche est de surveiller les maladies à déclaration obligatoire et celles qui sont sous surveillance épidémiologique. Elle prend son travail très au sérieux.



5.5 Les Pratiques en Suivi et Evaluation de l'Hôpital Espérance de Pilate

Au niveau de l'HEP, le personnel clé en suivi et évaluation a des responsabilités clairement définies. Le lexique contenant la définition des indicateurs est disponible au niveau de l'institution. Le personnel est bien informé sur la manière de bien collecter les données des différents rapports.

Quant aux outils utilisés dans l'institution, le personnel utilise certes des outils développés par des partenaires cependant les outils standards de collecte, de compilation et de transmission de données du MSPP y sont utilisés. Les données sont enregistrées sur la base de données nationale MESI et les dossiers des patients des patients existant en copie dure sont aussi enregistrés dans ISanté de manière quotidienne.

Le Personnel de l'HEP prend la bonne habitude de poster dans les délais demandés tous leurs rapports mensuels tout en prenant soin d'assurer la complétude des rapports et de tous les champs disposés à recevoir les données.

La notification des nouveaux patients VIH+ est faite avec une dextérité remarquable. En effet, la triangulation : **Nombre de Fiches mensuelles de Notification papier remplies = Nombre de Fiches de Notification saisies sur MESI = Nombre de Nouveaux Cas VIH+ mensuels déclarés par l'institution**, est vérifiée et validée au niveau de l'institution.

Un processus de *Validation Interne* est mis en place et devient une routine à ***l'Hôpital Espérance de Pilate***. Chaque semaine tous les services fournissent un rapport d'activités aux DRO, celui-ci, de concert avec la data clerk procède à la vérification de ces données avec les responsables des services concernés. A la fin du mois, les rapports compilés pour les 4 semaines sont comptabilisés et revérifiés par le DRO et



la Data clerc. Ensuite, avant soumission, les rapports sont remis à la Coordonnatrice du programme pour une dernière validation en staff. Et seulement après cette validation, les rapports sont postés sur MESI, envoyés au responsable du réseau et à la Direction Sanitaire du Nord.

De plus, ***l'Hôpital Espérance de Pilate*** reçoit régulièrement des visites de supervision, de validation et autres des partenaires, du réseau CMMB, de la DDSN, de la CTPNLS etc. Les recommandations faites au cours de ces visites sont régulièrement consignées dans un **Cahier de visite** spécialement disposé à cet effet. Et ces recommandations sont rigoureusement mises en application.

Le service statistique de ***l'Hôpital Espérance de Pilate*** dispose d'un tableau de bord visiblement affiché et mensuellement mis à jour par les membres.

Et que dire de l'application de la méthodologie HealthQual ? Le personnel de l'HEP s'est approprié la méthodologie et au cours de l'année Octobre 2014-Septembre 2015, l'institution a soumis leur plan de qualité, bénéficié de sessions de formation sur la méthodologie et a mené certains projets de qualité. Un rapport tiré sur le serveur d'Isanté se trouvant au niveau de l'institution pour la période de novembre 2014 – Mai 2015 a prouvé que l'institution a enregistré une forte performance pour certains indicateurs par exemple :

Tableau 16. Performance de l'Hôpital Espérance de Pilate, novembre 2014 – Mai 2015

	Indicateurs	Performance en %
Hôpital L'Espérance de Pilate	PTME	100
	Prophylaxie à l'INH	92.9
	Dépistage TB	100
	Enrôlement aux ARV	91.3
	CD4 à l'enrôlement	96.5
	Rétention des patients en prise en charge clinique	78.8
	Rétention des patients aux ARV	99.6

Source : Isanté/rapport Healthqual (serveur de l'hôpital Espérance de Pilate).

Fort de ces constats, l'équipe SE de la CTPNLS se tient debout et salue la performance et le travail fait avec dextérité de ce staff qui en dépit de nombreuses contraintes a tenu à offrir le meilleur d'eux-mêmes pour servir la population de Pilate et de ces environs tout en adoptant de bonnes pratiques pour assurer la qualité des données. ***CHAPO BA à cette équipe dynamique et dévouée !!!***

Cette désignation est comme une médaille d'or d'une discipline sportive pour le travail bien fait et comme toutes les médailles, elle possède deux faces :

- La première représente les éloges, la reconnaissance et les compliments que tout le staff est invité à recueillir, et cela avec honneur et mérite, pour leur assiduité au travail. Récoltez-en les fruits chers amis !
- La deuxième face de la médaille et non la moindre est celle ***du devoir de pérenniser les acquis***. En ce sens, elle fait référence à la responsabilité que le staff présent et futur de ***l'Hôpital Espérance de Pilate*** vient de prendre pour continuer à appliquer les bonnes pratiques en suivi et évaluation et voire à les améliorer.

Bravo et bonne continuité, car il y a toujours de la place pour l'amélioration !

A quelque niveau que nous pouvons nous situer dans le système sanitaire haïtien, nous sommes appelés à donner le meilleur de nous-mêmes pour servir cette population car :

« Aimer les autres et prendre soin d'eux, c'est agir avec humanité ». Confucius



6. Chiffres nationaux

Tableau 17. Indicateurs clés relatifs à l'épidémie VIH en Haïti - Décembre 2015

Indicateurs	Source	Valeur
Prévalence du VIH	EMMUS V, 2012	2,2%
Nouvelles infections en 2014	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	6 800
Prévalence du VIH chez les PS	PSI/OHMaSS, 2015 (rapport définitif)	8,7%
Prévalence du VIH chez les HARSAH	PSI/OHMaSS, 2015 (rapport définitif)	13%
Nombre estimé de PVVIH	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	150 000 [130 000 ; 170 000]
Nombre estimé de HARSAH	PSI/OHMaSS, 2015 (rapport définitif)	54 700
Nombre estimé de PS	PSI/OHMaSS, 2015 (rapport définitif)	112 300
Nombre de PVVIH âgés de 15 ans et plus	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	140 000 [120 000 ; 160 000]
Nombre estimé d'adolescents vivant avec le sida	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	10 100
Nombre de décès causés par le sida	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	3 500 [2 600 ; 4 500]
Nombre estimé d'orphelins du sida	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	70 000 [50 000 ; 120 000]
Nombre patients actifs sous ARV (au 30 septembre 2015)	MESI (www.mesi.ht)	68 849
Nouveaux enrôlés sous traitement TB (au 31 décembre 2015)	MESI (www.mesi.ht)	1 729
Besoins ARV en 2014 (critère d'éligibilité CD4 < 500)	Profil estimations / PNLS, 2015	135 577
Taux couverture ARV (68 849/135 577)	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	50,04%
Taux de rétention ARV à 6 mois	PNLS, 2015	84,00%
Taux de rétention ARV à 12 mois	PNLS, 2015	73,1%
Proportion de TME (séropositivité) au 31 décembre 2015	MESI (www.mesi.ht)	5,60%



Coin des nouvelles

Quelques nouvelles sur le Comité National de la Qualité de Données VIH/Sida (CNQD)

Le CNQD est un espace de débats et d'échanges sur la qualité des données VIH/sida en Haïti. Le secrétariat de ce comité est assumé par l'unité SE de la CT du PNLS. C'est une structure où nous retrouvons la CT du PNLS, des représentants des organisations de management de SE du VIH/sida en Haïti comme NASTAD, des plus importantes institutions ombrelles de réseaux de soins comme GHESKIO, des donateurs de fonds et des acteurs onusiens comme ONUSIDA.

Le CNQD se réunit de façon mensuelle. Au début de l'année 2016, il s'est doté d'une feuille de route calendaire et à date il a pu tenir déjà comme prévu 5 rencontres de 2 à 3 heures d'horloge.

Du début de cette année jusqu'à la fin du mois de mai, le CNQD a pu réaliser :

- Une rencontre sur la feuille de route proprement dite ;
- Une rencontre sur le processus d'élaboration du rapport GARPR 2016 ;
- Une rencontre sur les données et informations contenues dans le rapport GARPR 2016. Ce rapport est disponible sur le site web du MSPP ;
- Une rencontre sur les fondamentaux d'un protocole de supervision de la qualité des données ;
- Et une rencontre sur le contrôle de la qualité des données par le PPS lui-même.

La CT du PNLS fait de son mieux pour assurer un pilotage d'excellence au quotidien du Programme haïtien de lutte contre le VIH. Nous attendons de tous nos partenaires l'application des directives au sein de leurs réseaux, de leurs secteurs et la solidarité dans les actions pour que nous ayons en continu des données de qualité au profit de l'avancement de la lutte.

Les rencontres du CNQD se tiennent au local de la CT du PNLS, route de frères, numéro 200. La prochaine aura lieu le 30 juin 2015 sur la présentation des modèles de contrôle et d'amélioration de la qualité des données mis en place par CMMB et PIH au sein de leurs réseaux de soins.

Atelier sur la formulation de nouveaux cibles et discussion sur les approches d'accélération pour la réponse à l'épidémie de Sida en Haïti d'ici 2030

Le gouvernement d'Haïti et les principales parties prenantes s'engagent d'examiner les objectifs du Plan Stratégique national de 2012 -2018, et de démarrer un processus de développement du plan stratégique 2018-2023, pour s'adapter à la nouvelle dynamique de Fast-Track. C'est dans cette optique qu'un atelier de recalage sera organisé en date du 14 au 16 juin 2016.

Cet exercice de re-ciblage permettra d'examiner la nouvelle vision de la voie rapide (Fast Track), la prise en compte des nouvelles directives de l'OMS adoptées par le gouvernement, les nouvelles études sur IBBS effectuées en 2014 qui viennent d'être approuvées par le gouvernement, la dernière évaluation nationale du PTME réalisée en fin 2015 ainsi que les nouvelles estimations de 2015. Grâce à ces nouvelles cibles qui seront définies, le pays sera en mesure de mettre à jour l'évaluation des besoins en ressources. Tenant compte des appuis déjà disponibles notamment ceux du Fonds Mondial et de PEPFAR, le pays pourra alors déterminer les écarts financiers et mettre en place une stratégie de mobilisation des ressources additionnelles.



Participation du MSPP/PNLS à la rencontre de Miami Florida

Du 31 mai au 3 juin 2016, le Directeur Général du MSPP et la Coordonnatrice du programme VIH/Sida, accompagnés d'un cadre technique ont participé à une rencontre de haut niveau à Miami, Florida avec les plus hautes autorités de PEPFAR sur les stratégies et les allocations de ressources relatives à l'obtention des trois 90 au cours des prochaines années en Haïti. Nous avons été informés que cette rencontre a été fructueuse et nous attendons le retour de la délégation haïtienne pour la poursuite des échanges et des discussions relatives aux prochaines étapes en conformité avec les décisions prises au cours de cette rencontre.

Deux grandes études sont en cours de réalisation

La première étude est : la rétention à 6 et 12 mois des patients sous traitement anti rétroviral du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

La deuxième concerne le rapport sur les estimations nationales des ressources et dépenses relatives au Sida (REDES) en 2014 et 2015. C'est un rapport important qui analysera le flux de ressources et de dépenses liées au VIH/Sida au cours de ces deux années.

Les résultats de ces deux études seront publiés au début du mois de juillet 2016.

Session de formation sur les outils du système d'information pour la rétention en soins et traitement VIH portant sur les trois 90, organisée par l'UGP/MSPP/PEPFAR/CDC à Moulin sur Mer

Dans le but d'augmenter l'impact du Projet PEPFAR, une approche standardisée pour monitorer la qualité de la performance des sites supportés par ce projet est en utilisation par une nouvelle approche appelée du SIMS (Site Improvement through Monitoring System). Il comprend les trois objectifs suivants :

- ✓ Evaluer la capacité de fournir les services de VIH dans tous les programmes supportés par PEPFAR ;
- ✓ Fournir des données pour la prise de décision programmatique aux niveaux régional, national et global ;
- ✓ Faciliter l'utilisation de ces données pour améliorer les services.

Dans le cadre de l'utilisation de la méthodologie HEALTHQUAL, un nouvel outil sera disponible dans le système appelé SIGHH (Système d'Information pour la Gestion Healthqual Haïti). Ce dernier permettra la conception et la saisie des plans de qualité, des fiches de projets et le suivi des activités planifiées.

Session de formation sur le coaching en amélioration de la Qualité

Du 22 au 26 Mai 2016, Le PNLS a participé à une session de formation sur le coaching en amélioration de la Qualité qui s'est tenue à l'hôtel Westin de la ville d'Atlanta aux Etats-Unis. Au cours de cette séance, les coachs ont appris comment construire un plan de coaching, l'engagement du coach, Le développement d'un plan de formation, conduire une Evaluation Organisationnelle, Les 7 rôles du coaching et quelques autres points les uns plus intéressants que les autres.



Session de formation sur le système d'information du programme VIH/Sida

Du 26 Juin au 2 Juillet 2016, la Coordination Technique du PNLS organisera une session de formation sur le système d'information sanitaire à l'intention des gestionnaires de données des institutions offrant les soins et services dans le cadre de la riposte à l'épidémie du VIH. En effet, dans la pratique il y a 3 éléments fondamentaux qui justifient la tenue régulière de telle activité :

- ✓ La rotation du personnel institutionnel et départemental vers d'autres structures nécessitant l'intégration de nouveaux cadres en quête de formation ;
- ✓ La modification des outils de collecte ou l'implémentation de nouveaux outils (manuel et/ou électronique) dans le système de monitoring ;
- ✓ La formation du personnel des institutions du projet Fonds Mondial pour l'utilisation du système Isante/OpenElis.

De plus, l'intensification des services au niveau des sites requiert une certaine adaptation du personnel à l'utilisation d'une diversité d'outils ; d'où la nécessité pour la coordination du programme d'accompagner ces institutions.

