

Bulletin

de Surveillance Epidémiologique VIH/SIDA

Editorial...

Chers lecteurs,

Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti offre au menu de ce 14e numéro des informations épidémiologiques estimées actualisées à partir de l'outil SPECTRUM de l'ONUSIDA qui s'est grandement amélioré. L'outil SPECTRUM, dans sa dernière version, permet de mieux appréhender les paramètres de l'épidémie à VIH avec une meilleure combinaison des éléments fondamentaux de la statistique, de la démographie et des mathématiques. C'est un numéro spécial à plus d'un titre : le premier du genre sur l'épidémie à VIH en Haïti ; car il fournit des informations précieuses, complètes et concrètes sur l'évolution de l'épidémie par département et il les désagrège ensuite par sexe et âge. Ce bulletin analyse en profondeur les données de 2015 et de 2016 par département et

représente un coffret spécial pour les planificateurs et les décideurs à tous les échelons de notre système de santé.

Suite à la page 5

Journée Mondiale de la Santé 2017

La journée mondiale de la santé fut commémorée le vendredi 7 avril 2017 sous le thème : « la dépression, parlons-en ! » à l'hôtel Montana en présence de la Première Dame de la République. La dépression est une maladie qui rabaisse ; c'est un état pathologique marqué par la tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, qui occasionne un ralentissement psychomoteur, a précisé la Ministre de la santé publique et de la population. Par conséquent, elle invita tout le public à parler de la dépression qui est une maladie qui touche toutes les couches sociales d'une population. Cette pathologie reste la première cause d'incapacité dans le monde et la 4ème des principales causes de morbidité. Avec

une prévalence de 9,4% de femmes pour un homme selon l'OMS, les nouvelles sont réjouissantes du fait qu'il existe des traitements efficaces. Le MSPP de concert avec ses partenaires a lancé une campagne contre cette pathologie le 1er avril dernier. La contribution de tous les acteurs de la réponse est vivement recommandée.

En marge de la cérémonie, des plaques d'honneur ont été décernées respectivement :

Au **Dr Gabriel THIMOTHEE**, pour avoir occupé le poste de Directeur Général du MSPP dans des conditions difficiles et pour sa contribution dans la gestion sanitaire du pays.

Au **Dr Joëlle Deas VAN ONACKER**, Directrice du Programme National de Lutte contre le Sida, pour sa contribution dans la lutte contre le VIH/sida depuis 20 ans. La dernière plaque fut offerte à titre posthume au **Dr Legrand BIJOUX** qui fut l'un des pionniers dans la lutte contre la dépression en Haïti.

Leve men pou SIDA kaba!



Dr Joëlle Deas VAN ONACKER, Directrice de la CT/PNLS, recevant une plaque d'honneur et de mérite du MSPP, accompagnée de la Première Dame de la République Mme Martine MOISE, de la Ministre Dr Marie Gréta Roy CLEMENT et du Directeur Général Dr Lauré ADRIEN

Table des matières

Acronyme	4
Editorial (suite).....	5
A. Introduction	6
B. Contexte des estimations de 2016 et processus d'élaboration des modélisations départementales	7
C. Données succinctes nationales 2000 – 2015	8
1. Département de l'Artibonite	9
1.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique du VIH au niveau de l'Artibonite	9
1.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de l'Artibonite	11
1.3 Résultats de la modélisation de SPECTRUM pour l'Artibonite	12
1.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans l'Artibonite	12
1.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH en 2015 et 2016 dans l'Artibonite.....	13
1.3.3 Couverture ARV en 2015 et 2016 dans l'Artibonite	13
2. Département du Centre	15
2.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique du VIH au niveau du Centre	15
2.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Centre	17
2.3 Résultats de la modélisation de SPECTRUM pour le Centre	18
2.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans le Centre.....	18
2.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH 2015 et 2016 dans le Centre	19
2.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Centre	19
3. Département de la Grande Anse	21
3.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique	21
3.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de la Grande Anse	22
3.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour la Grande Anse.....	23
3.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans la Grande Anse	23
3.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans la Grande Anse	24
3.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans la Grande Anse.....	25
4. Département des Nippes	26
4.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique dans les Nippes	26
4.2 Données de 2000 à 2015 pour le département des Nippes.....	27
4.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour les Nippes.....	28
4.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans les Nippes.....	28
4.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans les Nippes	29
4.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans les Nippes.....	30
5. Département du Nord.....	31
5.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique dans le Nord	31
5.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord	32
5.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Nord	33
5.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	33
5.3.2 Répartition des nouveaux cas en 2015 et 2016 dans le Nord	34

5.3.3 Couverture ARV en 2015 et 2016 dans le Nord	35
6. Département du Nord-est	36
6.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique	36
6.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord-est	37
6.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Nord-est	38
6.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans le Nord-est	38
6.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans le Nord-est.....	39
6.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Nord-est	40
7. Département du Nord-ouest	41
7.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique	41
7.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord-ouest	42
7.3 Résultats de la modélisation 2015 et 2016 de SPECTRUM pour le Nord-ouest	43
7.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	43
7.3.2 Répartition de nouveaux cas VIH 2015 et 2016 dans le Nord-ouest	44
7.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Nord-ouest	45
8. Département de l'Ouest	46
8.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique	46
8.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de l'Ouest	48
8.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le département de l'Ouest.....	48
8.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	48
8.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH et des décès 2015 et 2016 dans l'Ouest.....	50
8.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans l'Ouest.....	50
9. Département du Sud.....	51
9.1 Bref aperçu de la situation démographique et épidémiologique	51
9.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Sud	52
9.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Sud	53
9.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	53
9.3.2 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	54
9.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Sud	55
10. Département du Sud-est	56
10.1 Bref aperçu de la situation démographique et épidémiologique	56
10.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Sud-est	57
10.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Sud-est	58
10.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016.....	58
10.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH et des décès 2015 et 2016 dans le Sud-est	59
10.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Sud-est	59
D. Considérations au niveau national.....	60
Coin des nouvelles... ..	61

Acronyme

AIM	AIDS Impact Model
ARV	Anti Rétroviral
CAL	Centre Avec Lits
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDV	Centre de Dépistage volontaire
CSL	Centre de Sans Lits
CPN	Clinique Pré Natale
CT / PNLS	Coordination Technique du Programme National de Lutte contre les IST/VH-sida
EMMUS	Enquête de Mortalité, de Morbidité et d'Utilisation des Services de Santé
EPSSS	Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HCM	Hôpital Communautaire de Mirebalais
HHF	Haitian Health Foundation
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
MESI	Monitoring et Evaluation Surveillance Intégrée
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing Social pour la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PALIH	Projet d'Appui à la Lutte contre les IST/VIH/Sida en Haïti
PIH/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PS	Professionnelles du Sexe
PSI	Programme Santé Information
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
SSG	Surveillance de Seconde Génération

Editorial (suite)...

Les résultats obtenus à l'analyse des données jusqu'à 2015 sont encourageants et permettent d'espérer qu'à l'horizon de 2030, Haïti fera partie des nations qui se retrouveront en première ligne d'avoir mené le bon combat.

A la lecture des informations sur les départements, le lecteur averti constatera que, la riposte face à l'épidémie en Haïti a fait des gains considérables dans tous les départements. Ces informations confortent les résultats de l'EMMUS V et nous attendons ceux de l'EMMUS VI et de l'enquête de sérosurveillance chez les femmes enceintes, toutes deux en cours de réalisation, pour confirmer les prédictions faites avec SPECRTUM. Nous souhaitons, qu'avec ces informations attendues de ces 2 enquêtes, voir réaliser bientôt ce rêve de l'inversion des tendances au niveau de tous les départements.

L'amélioration continue de la qualité des données du Programme est une préoccupation majeure de la coordination technique du PNLS. Car, elle correspond à une des caractéristiques de tout système de santé qui se voudrait résilient et pérenne. La coordination technique du PNLS prend l'engagement de publier ce genre d'informations de façon régulière et souhaite leur utilisation par toutes les parties prenantes pour améliorer les subventions, les projets et les résultats.

Bonne lecture,

Dr Joëlle Deas Van Onacker
Dr Joëlle Deas Van Onacker
Coordonatrice du PNLS

Comité de rédaction du Bulletin

Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS

Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS

Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS

Dr Nadjy JOSEPH, NASTAD

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

Mr Jean Etienne TOUSSAINT/ MSPP/PNLS

Mr Jéthro GUERRIER, MSPP/PNLS

Jean Daniel HYACINTHE, MSPP/PNLS

Dr Ermane ROBIN, MSPP/PNLS

Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Conception et mise en page

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



Leve men pou SIDA kaba!



Profil des estimations/projections départementales du VIH/sida en Haïti

A. Introduction

Depuis les années 90, la CT / PNLS, avec l'appui technique de certains partenaires en suivi-évaluation, se fait un devoir de publier plus ou moins régulièrement des estimations en matière de VIH/sida en Haïti. Avec le temps, les mécanismes, les techniques et méthodes ont évolué, mais également la surveillance s'est développée, des études biologiques ont été menées auprès de la population générale et des populations spécifiques clés. Partant des travaux des chercheurs et experts haïtiens, on est passé aux premières générations d'estimations de Futures Group International, pour déboucher sur les modélisations plus complexes du Groupe de référence de l'ONUSIDA combinant la statistique, la démographie et les mathématiques.

Cette mutation a aussi atteint les pratiques de production des estimations-projections des paramètres du VIH/sida. En effet avant l'an 2005, Genève préparait un draft des données, puis le soumettait à la CT / PNLS pour approbation. Par la suite, la décision a été prise d'envoyer tous les deux ans des cadres du secteur public accompagnés de ceux des agences bilatérales et multilatérales pour participer aux ateliers régionaux sur les estimations/projections. Dans l'intervalle, la révision se faisait par les experts nationaux sous la supervision de ceux des Nations Unies en vue de disposer des estimations régulières. Ces dernières ont fait l'objet de publications à travers différents canaux de diffusion : conférences-débats, bulletins épidémiologiques VIH/sida et autres documents officiels.

La présente publication fait l'objet du troisième rapport présenté sous format d'un numéro spécial du bulletin épidémiologique du VIH/sida en Haïti publié régulièrement par la CT / PNLS. Mais, elle constitue la deuxième parution des estimations par département. Ce document représente un réservoir important d'informations détaillées suffisamment ventilées jamais publiées dans un rapport national. Le rapport offre également cet avantage de disposer de toutes les variables nécessaires permettant aux responsables de faire le point sur l'épidémie et aux intervenants de mesurer les efforts déployés à tous les niveaux pour donner une réponse adéquate au VIH.

Une modélisation de l'épidémiologie de l'infection au VIH¹, en utilisant les projections démographiques du Futures Group International, et le résultat ajusté de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, estimait que le nombre de PVVIH se situerait entre 260.000 et 365.000 en 2000. Selon ce rapport, pour cette même année, la prévalence du VIH pourrait se situer entre 8,4% et 12% en zone urbaine et entre 4,1% et 5,8% en zone rurale, soit entre 5,1% et 7,3% au niveau national.

157,00

Mille personnes vivaient avec le VIH en Haïti en 2015, selon les résultats des estimations

¹ Le Sida en Haïti : Impact, Futures group International et Policy Project Haïti, paru en 1998, Port-au-Prince.

B. Contexte des estimations de 2016 et processus d'élaboration des modélisations départementales

La version 5.44 du progiciel SPECTRUM présente depuis le début de l'année 2016 une nouvelle configuration. Sur l'interface, on trouve un étalage d'applications et fonctions faisant l'objet d'estimations-projections dans plusieurs domaines. En plus des liens pour disposer des informations additionnelles en matière de VIH via le web, SPECTRUM facilite aussi l'échange entre les utilisateurs en mettant à leur disposition des espaces de discussions. La dernière version offre deux options de modélisation régionale :

- **AIM subnational projection.** C'est une méthode directe de modélisation par département ;
- **Run SPECTRUM.** Cette option permet de modéliser l'épidémie pour chaque département. A partir de l'ancienne interface, les programmes nationaux ont cette possibilité de disposer d'un fichier pour chaque région. Ensuite la fonction **Aggregate** fait la compilation de tous les fichiers régionaux et affiche les résultats pour le niveau national.

En 2016, la CT / PNLS s'est proposée de réaliser des estimations pour les dix départements sanitaires. A cet effet, la deuxième option a été plus appropriée pour produire des résultats à une échelle inférieure et disposer des estimations totales pour Haïti par la même démarche.

Un fichier a été créé pour chaque département tel que décrit dans le rapport 2014². On y introduit les effectifs de population, les données d'enquête biologique auprès de la population, les données de surveillance auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles et les données de services ARV et PTME respectivement pour les 10 départements. Sur la fenêtre **Aggregate**, on charge les 10 fichiers qui vont être compilés en appliquant le bouton **Process**. Au bout de quelques instants, le traitement des 10 fichiers prend fin et les résultats globaux sont prêts pour être exploités.

Dans un souci d'améliorer les estimations de 2016, la mise à jour de l'outil de travail a pris en compte les hypothèses ou considérations suivantes :

- Meilleure distribution des enfants débutant le traitement par les ARV (auparavant par les besoins en ARV) ;
- Mise à jour des probabilités de transmission du VIH de la mère à l'enfant (dernière mise à jour en 2012) ;
- Révision des calculs pour le début de la transmission postnatale à 6 semaines ;
- Mortalité des enfants élevés pour les années précédentes, donc les résultats affichent un peu moins d'enfants vivant avec le VIH. Ce qui tend à influencer la couverture des ARV pour ce groupe ;
- Baisse des nouvelles infections au VIH chez les enfants.

Pour les deux dernières considérations, l'impact des changements varient d'un pays à d'autres.

Pour présenter les résultats des estimations décentralisées, la CT du PNLS se propose de consacrer un chapitre par département. Chaque partie fait l'objet d'abord d'une brève présentation du département pour enchaîner avec un aperçu de la situation épidémiologique. Ensuite les résultats sont disséminés dans des tableaux et graphiques pour être interprétés selon l'effectif, le sexe, la variation d'une année à l'autre, etc.

² Profil des estimations et projections en matière de VIH sida en Haïti, MSPP/ CT-PNLS, Haïti, janvier 2014.

C. Données succinctes nationales 2000 – 2015

Bien avant de fournir des informations sur les départements, ce numéro spécial du bulletin présente une série de 4 tableaux sur les données nationales estimées de 2000 à 2015. Le lecteur retiendra qu'Haïti a fait des progrès significatifs relatifs à la diminution des nouveaux cas, la stabilisation de la prévalence et la diminution des décès dus au VIH/sida.

Tableau 1. Données estimées 2000-2015 de nouveaux cas pour Haïti, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	35.736	29.576	16.836	6.161
2001	32.088	25.992	14.786	6.096
2002	27.436	21.525	12.237	5.911
2003	23.366	17.706	10.062	5.660
2004	19.183	13.865	7.877	5.318
2005	15.294	10.548	5.992	4.746
2006	11.881	7.705	4.378	4.176
2007	9.880	6.042	3.434	3.838
2008	8.010	4.468	2.541	3.542
2009	6.559	3.108	1.768	3.450
2010	5.102	2.036	1.159	3.066
2011	3.850	1.496	852	2.353
2012	2.818	1.261	719	1.556
2013	2.003	1.231	702	773
2014	1.998	1.332	760	666
2015	1.954	1.483	846	471

Tableau 2. Données estimées 2000-2015 du nombre total de PVVIH pour Haïti, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	341.701	320.562	180.422	21.139
2001	347.268	324.548	183.461	22.720
2002	346.415	322.375	182.944	24.041
2003	340.185	315.093	179.457	25.092
2004	328.898	303.074	173.204	25.823
2005	313.460	287.348	164.759	26.113
2006	295.078	269.044	154.746	26.035
2007	277.098	251.348	145.302	25.750
2008	263.811	238.567	139.740	25.244
2009	249.987	225.302	133.543	24.685
2010	233.583	209.802	125.073	23.781
2011	214.467	192.089	114.615	22.377
2012	195.771	175.182	104.310	20.588
2013	179.893	161.432	96.225	18.461
2014	167.221	150.661	90.133	16.560
2015	157.105	142.428	85.551	14.677

Tableau 3. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour Haïti, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	7,07	6,30	8,06	6,08
2001	6,97	6,22	7,98	5,95
2002	6,74	6,03	7,75	5,72
2003	6,41	5,75	7,41	5,41
2004	6,01	5,40	6,98	5,04
2005	5,56	5,00	6,48	4,63
2006	5,07	4,57	5,94	4,20
2007	4,61	4,17	5,44	3,79
2008	4,25	3,87	5,07	3,43
2009	3,89	3,57	4,70	3,08
2010	3,51	3,25	4,27	2,75
2011	3,12	2,91	3,81	2,43
2012	2,76	2,59	3,37	2,15
2013	2,46	2,34	3,01	1,91
2014	2,22	2,14	2,74	1,71
2015	2,03	1,98	2,51	1,55

Tableau 4. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH/sida pour Haïti, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	21.707	18.576	9.816	3.131
2001	23.803	20.550	10.959	3.254
2002	25.589	22.274	11.977	3.315
2003	26.971	23.647	12.811	3.324
2004	27.956	24.677	13.461	3.280
2005	28.367	25.241	13.857	3.126
2006	28.059	25.168	13.908	2.891
2007	25.811	23.102	12.500	2.709
2008	19.403	16.815	7.825	2.588
2009	18.590	16.116	7.768	2.474
2010	19.797	17.457	9.515	2.340
2011	21.384	19.302	11.285	2.082
2012	20.124	18.418	11.080	1.705
2013	16.671	15.353	8.910	1.318
2014	13.641	12.560	7.022	1.081
2015	11.105	10.223	5.623	882



L'Artibonite représente le 2^e département le plus vaste du pays. Il a une superficie de 4.982,55 km² pour une population de 1 727 524 habitants³ et dont le rapport de masculinité est égal à 93 hommes pour 100 femmes. Il a pour chef-lieu la ville des Gonaïves et se trouve borné par les départements du



Le département de l'Artibonite est découpé en 5 arrondissements, 15 communes, 6 quartiers et 62 sections communales. Il a au moins 971 habitations et mille sept cent quatre-vingt quatre 1 784 localités. Du point de vue sanitaire, le département de l'Artibonite contient 115⁴ institutions catégorisées en dispensaires, CSL, CAL, Asile et Hôpitaux.

Les résultats obtenus lors des 2 dernières EMMUS semblent être en corrélation avec ceux des enquêtes de surveillance menée au niveau de la clinique prénatale de l'Hôpital la Providence des Gonaïves entre 1996 et 2012. En effet, la reprise a été constatée chez les femmes enceintes provenant du milieu urbain à partir de 2009. Les données présentées dans le tableau ci-dessous montrent qu'entre 1996 et 2007, la prévalence du VIH a diminué au niveau du plus important établissement sanitaire du département. Cette considération n'est pas forcément valable pour les autres communes dans la mesure où à Petite Rivière de l'Artibonite, on a observé une baisse importante de la prévalence du VIH chez les gestantes testées lors des enquêtes de 2009 et de 2012.



⁴ MSPP/IHE /ICF International, Evaluation de la Prestation des services de Soins de Santé, Haïti, Mars 2014.

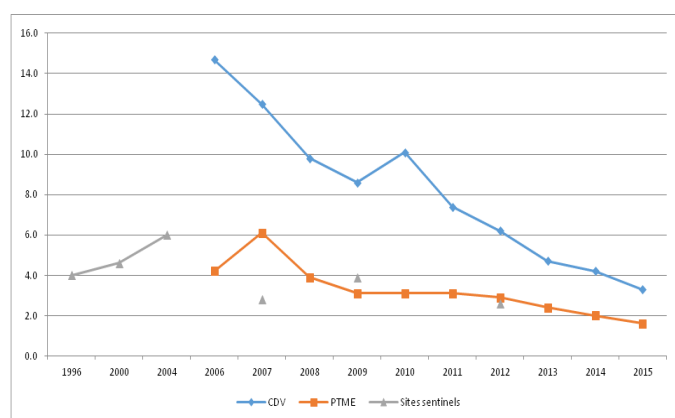
Tableau 5. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans l'Artibonite

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hop la Providence. des Gonaïves	Urbain	-	-	5,4	147	5,1	177	3,5	314	3,1	321	3,9	226	4,0	370
	Rural	-	-	2,3	128	3,2	63	0,0	83	0,0	33	2,7	181	0,0	25
Hôpital Albert Schweitzer (HAS)	Urbain	-	-	-	-	7,7	13	7,1	28	-	-	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	6,8	380	8,1	359	-	-	-	-	-	-
Charles Colimon de Petite Rivière	Urbain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3	93	1,5	131
	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,4	340	1,9	234
Ensemble		-	-	4,0	275	4,6	633	6,0	584	2,8	354	3,9	840	2,6	760

Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14.

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans dans l'Artibonite s'est stabilisée à 0,7% entre 2006 et 2012 (EMMUS IV et V). Sur les échantillons de jeunes testés au cours des deux passages, la proportion de garçons avec le statut positif est quasiment nulle, alors que près d'une jeune femme sur cent (0,8 en 2006 contre 0,7 en 2012) serait infectée par le VIH.

La même tendance a été également observée pour les femmes enceintes vues en CPN au cours de la période. A fortiori, le taux n'a jamais dépassé 6% pour cette catégorie. Entre 2008 et 2015, la proportion de gestantes testées positives au VIH a connu une diminution substantielle passant de 4% à moins de 2%. Globalement, selon les données rapportées sur MESI, le taux de séropositivité des usagers de services sanitaires s'établit à 3% (N=187.612) au niveau du département de l'Artibonite en 2015.



Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht

Graphique 1. Taux de séropositivité au VIH dans les CDV et CPN dans l'Artibonite entre 1993 et 2015

L'épidémie a touché également certains groupes spécifiques clés dont l'ampleur a été mesurée récemment lors de la dernière version de l'étude IBBS menée par PSI/OHMaSS. Ainsi cette enquête a révélé que la prévalence du VIH chez les PS vivant dans le département de l'Artibonite est de l'ordre de 10,5% [6,4 ; 17,4].

Pour les HARSAH, l'infection à VIH est encore plus répandue avec 13,3% de PVVIH [7,1 ; 22,5]. Pour ces deux catégories de population, la prévalence au VIH est plus élevée dans la région artibonitienne que la moyenne nationale, soit respectivement 8,7% et 12,9% chez les PS et les HARSAH.

La première enquête haïtienne sur l'infection au VIH a été la première mesure de Surveillance VIH de Seconde Génération (SSG) menée auprès des TS de la ville de Saint Marc dans le département de l'Artibonite à la fin de 2003. Selon les résultats, la séroprévalence du VIH était de 10,1% et celle de la syphilis de 18,1%⁵.

Une deuxième mesure de la SSG a montré une prévalence de 11,8% chez les PS résidant à Saint Marc et aux Gonaïves en 2006. L'enquête a révélé également que la prévalence de la syphilis et de l'herpès congénital était respectivement de 10,2% et de 46,7% chez les PS dans les deux communes⁶.

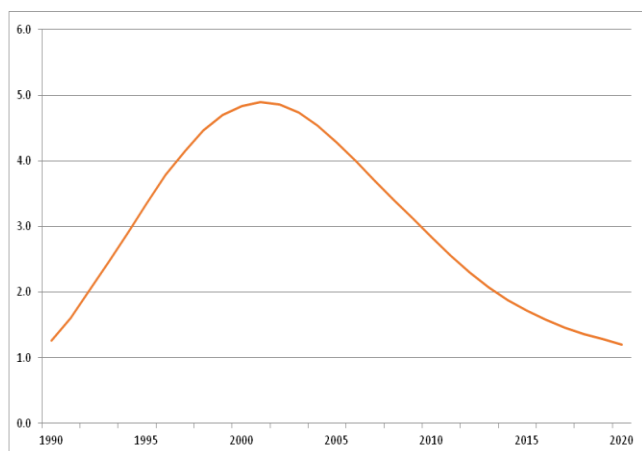
Lors du 3^e passage en 2011, l'enquête SSG a révélé une baisse de la prévalence des 3 IST évaluées antérieurement au niveau des communes de St Marc et des Gonaïves. La prévalence globale du VIH était de 8,2%, celle de la syphilis était de 11% et celle de l'herpès congénital de 27,5%⁷.

En se référant aux données affichées sur le graphique ci-dessous, la prévalence du VIH chez les adultes 15-49 ans dans l'Artibonite a la même allure que celle observée au niveau national. Cependant le pic a été enregistré vers le début des années 2000 dans l'Artibonite et a atteint près de 5%. Le graphique indique également que la phase du déclin a été plus rapide que la courbe nationale avec une décélération beaucoup plus jusqu'en 2014. Le modèle projeté qu'à partir de l'an 2020 la prévalence se stabilisera autour de 1%.

⁵ PALIH: Résultats de la première enquête de Surveillance de seconde génération chez les travailleuses du sexe de St Marc, Artibonite, Haïti, Février 2005.

⁶ PALIH: Résultats de la deuxième enquête de Surveillance de seconde génération chez les travailleuses du sexe et de la première enquête SSG chez leurs clients dans l'Artibonite, Haïti, 2008.

⁷ PALIH: Résultats de la troisième enquête de Surveillance de seconde génération chez les travailleuses du sexe et de la deuxième enquête SSG chez leurs clients dans l'Artibonite, Haïti, Septembre, 2011.



Graphique 2. Estimations et projections de la Prévalence du VIH chez les adultes 15 – 49 ans dans l'Artibonite. MSPP-PNLS 2016

1.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de l'Artibonite

Tableau 6. Données estimées 2000-2015 de nouveaux cas pour l'Artibonite, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	4.258	3.679	2.089	579
2001	3.888	3.300	1.872	588
2002	3.447	2.859	1.621	588
2003	2.972	2.395	1.358	578
2004	2.456	1.899	1.077	557
2005	1.937	1.428	809	509
2006	1.547	1.090	618	457
2007	1.177	801	454	376
2008	950	567	322	383
2009	764	394	223	370
2010	680	263	149	417
2011	504	173	98	330
2012	320	121	69	199
2013	200	94	53	106
2014	177	85	48	92
2015	135	88	50	47

Tableau 7. Données estimées 2000-2015 du nombre total de PVVIH pour l'Artibonite, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	36.208	34.418	19.442	1.790
2001	37.784	35.820	20.329	1.963
2002	38.691	36.572	20.847	2.120
2003	38.937	36.680	20.996	2.256
2004	38.507	36.139	20.771	2.368
2005	37.463	35.023	20.212	2.440
2006	36.036	33.559	19.443	2.477
2007	34.411	31.949	18.572	2.462
2008	32.769	30.307	17.682	2.462
2009	30.979	28.535	16.712	2.444
2010	29.209	26.757	15.723	2.452
2011	27.243	24.865	14.667	2.378
2012	25.276	23.058	13.664	2.218
2013	23.465	21.449	12.810	2.015
2014	21.947	20.117	12.113	1.830
2015	20.572	18.944	11.493	1.629

Tableau 8. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour l'Artibonite, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	4,84	4,27	5,57	4,10
2001	4,89	4,32	5,66	4,12
2002	4,86	4,30	5,65	4,06
2003	4,74	4,20	5,54	3,93
2004	4,54	4,03	5,34	3,74
2005	4,28	3,81	5,07	3,50
2006	4,00	3,56	4,75	3,24
2007	3,70	3,31	4,42	2,98
2008	3,41	3,07	4,10	2,72
2009	3,12	2,82	3,77	2,46
2010	2,84	2,58	3,45	2,22
2011	2,56	2,35	3,14	1,98
2012	2,30	2,13	2,84	1,76
2013	2,07	1,94	2,59	1,56
2014	1,88	1,78	2,38	1,39
2015	1,72	1,64	2,19	1,24



Tableau 9. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour l'Artibonite, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.805	1.528	786	277
2001	2.044	1.746	907	298
2002	2.265	1.952	1.024	313
2003	2.454	2.132	1.129	323
2004	2.619	2.292	1.224	326
2005	2.725	2.407	1.297	318
2006	2.730	2.430	1.322	300
2007	2.570	2.304	1.268	266
2008	2.373	2.118	1.163	255
2009	2.341	2.094	1.154	247
2010	2.244	1.988	1.109	256
2011	2.275	2.035	1.136	240
2012	2.107	1.913	1.061	194
2013	1.854	1.702	904	152
2014	1.562	1.430	749	132
2015	1.387	1.283	678	104

1.3 Résultats de la modélisation de SPECTRUM pour l'Artibonite

1.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans l'Artibonite

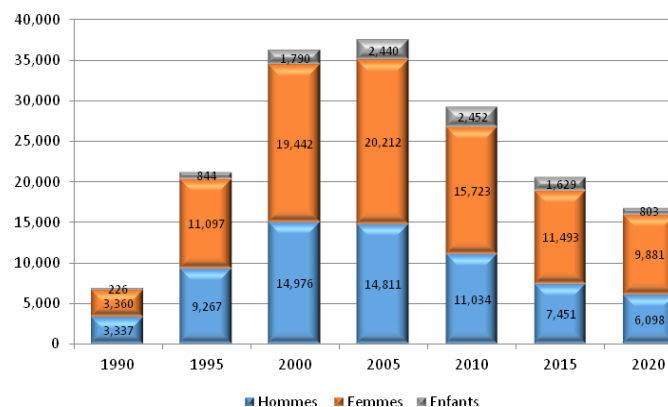
Selon les résultats produits par le modèle SPECTRUM, le département de l'Artibonite compte 19.500 PVVIH en 2016, pour la plupart de sexe féminin (60%). Les enfants représentent 7% des séropositifs. Toutes les tranches d'âge sont touchées par l'épidémie du VIH. Mais, les personnes âgées de 35-39 ans sont particulièrement plus affectées avec un peu plus de 20% des malades. Selon les résultats présentés dans le tableau ci-dessous, un malade sur deux (51%) serait âgé entre 30 et 44 ans. Au cours de ces deux dernières années, la population de PVVIH a accru de 5% dans l'Artibonite. Cependant pour les enfants, passant de 307 à 190 entre 2015 et 2016, l'effectif d'enfants de moins de 5 ans a brutalement chuté en 2016.



Tableau 10. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour l'Artibonite selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
0-4	307	155	152	190	96	94
5-9	623	313	310	581	292	289
10-14	699	352	348	664	334	330
15-19	561	263	297	590	279	311
20-24	540	168	372	504	178	326
25-29	1.489	319	1.171	1.165	253	911
30-34	3.457	912	2.545	2.966	741	2.225
35-39	4.052	1.408	2.644	3.899	1.274	2.625
40-44	3.135	1.373	1.762	3.146	1.312	1.834
45-49	2.288	1.164	1.125	2.256	1.113	1.143
50-54	1.526	824	702	1.545	819	726
55-59	893	486	407	915	493	421
60-64	494	263	231	509	270	239
65-69	248	129	119	256	132	124
70-74	142	76	66	140	73	67
75-79	75	42	33	74	40	34
80 et +	44	25	19	44	25	19
Total	20.572	8.271	12.302	19.446	7.727	11.719

Selon le graphique ci-dessous, le modèle SPECTRUM estime que le département de l'Artibonite comptait environ 7.000 PVVIH en 1990. C'est seulement à partir de cette année, qu'on a observé que l'indice de masculinité des PVVIH se rapproche de l'unité dans l'Artibonite. La tendance est inversée par la suite, car au bout de cinq années on a 83 hommes pour 100 femmes séropositives. L'écart s'est accentué dans le temps puisque en 2015 le ratio hommes femmes vivant avec le VIH dans l'Artibonite est passé à 0,65. Dans l'intervalle, l'effectif de PVVIH s'est accru de manière considérable. En 15 ans, on est passé de 7.000 en 1990 à plus de 37.000 en 2005; soit cinq fois plus élevé.



Graphique 3. Evolution de l'effectif de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans l'Artibonite. MSPP-PNLS 2016.

En considérant les données affichées sur le tableau 11, globalement l'effectif de PVVIH a chuté pour tous les grands groupes d'âge entre 2015 et 2016. Néanmoins, cette baisse est plus importante chez les enfants de moins d'un an (50%). Par contre l'effectif de jeunes n'a pas évolué, malgré que les garçons aient accru de 6%. Seules les personnes âgées de 50 ans ou plus ont vu leur effectif s'améliorer entre 2015 et 2016.

Tableau 11. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour l'Artibonite selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
Enfants < an	28	14	14	14	7	7
Enf. 1-4 ans	279	141	138	176	89	87
Enf. 0-14 ans	1.629	820	809	1.435	723	713
Jeunes 15-24	1.100	431	669	1.095	458	637
Adultes 15-49	15.522	5.607	9.915	14.527	5.151	9.376
Adultes 15 & +	18.944	7.451	11.493	18.010	7.004	11.006
Adultes 50 & +	3.422	1.845	1.577	3.483	1.852	1.630

1.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH en 2015 et 2016 dans l'Artibonite

Selon les données présentées dans le tableau 12, le nombre de nouvelles infections à VIH s'établit à 135 en 2015 dont les enfants représentent un peu plus d'un tiers (35%). Il en résulte qu'en moyenne deux à trois personnes ont contracté le virus du sida chaque semaine dans l'Artibonite. Pour chaque 4 nouveaux cas de VIH estimés, un est âgé de 15-24 ans. Pour ce groupe, l'incidence est trois fois plus élevée chez les jeunes filles que les jeunes garçons. Les projections pour 2016 indiquent une baisse de 18% des nouveaux cas, marquée notamment par les acquis des interventions en matière de PTME.

En modélisant l'épidémie du VIH pour le département de l'Artibonite, SPECTRUM estime qu'en 2015, près de 4 PVVIH sont décédées chaque jour des causes liées à leur séropositivité. Globalement pas moins de 1.387 décès, soit 67 cas pour 1.000 PVVIH. Selon les données du tableau ci-dessous 9 décès sur 10 sont des adultes ; alors que les décès survenus auprès des jeunes de 15-24 ans ne représentent que 2 %. Les résultats indiquent que le premier cas de décès enregistré dans l'Artibonite remonte à 1981 ; et qu'environ 43.000 personnes auraient disparu depuis le début de l'épidémie. Les signaux sont plutôt favorables à une baisse considérable des décès au cours des prochaines années. D'ailleurs le tableau ci-dessous aurait projeté une réduction de près de 20% en 2016.

Conséquence à cet effectif élevé de décès dans l'Artibonite, la prévalence du VIH observée dans l'EMMUS V devrait baisser à un rythme plus ou moins accéléré, notamment en 2016.

Les données affichées sur le tableau ci-dessous montrent que la prévalence du VIH s'établirait à 1,7% en 2015.

Elle est plutôt faible chez les jeunes en général à 0,33% et en nette diminution par rapport à l'EMMUS de 2012, mais près de 2 fois plus élevée chez les filles.

Tableau 12. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour l'Artibonite selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
Enf. 0-14 ans	47	24	23	25	13	12
Jeunes 15-24	33	9	24	32	9	23
Adultes 15-49	81	34	47	79	33	46
Adultes 15 et +	88	38	50	86	37	49
Ensemble	135	62	73	111	50	61
Décès en 2015						
Enf. 0-14 ans	104	52	52	74	37	37
Jeunes 15-24	35	17	18	33	17	16
Adultes 15-49	957	410	547	765	332	433
Adultes 15 et +	1283	606	677	1047	501	546
Total	1387	657	730	1120	538	582
Prévalence (en %) du VIH en 2015						
Jeunes 15-24	0,33	0,26	0,4	0,32	0,27	0,37
Adultes 15-49	1,72	1,24	2,19	1,58	1,12	2,03

1.3.3 Couverture ARV en 2015 et 2016 dans l'Artibonite

En considérant les données présentées sur le tableau 13, les besoins en ARV s'élèvent à près de 17.300 PVVIH en 2016 (pour la plupart des adultes, 97%), en baisse par rapport à 2015. Cela résulte de la réduction progressive du nombre de PVVIH dans ce département. On prévoit que ce nombre va continuer sa descente pour atteindre 16.723 en 2017. Cependant, il faut utiliser ces données avec des réserves puisque la modélisation a pris en compte le critère d'éligibilité de 500 en vigueur jusqu'au premier semestre de l'année 2016. Dans un souci de réduire la transmission verticale, un effectif de 845 femmes enceintes doivent recevoir un traitement approprié à leur statut de séropositivité.

Tableau 13. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le département de l'Artibonite entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

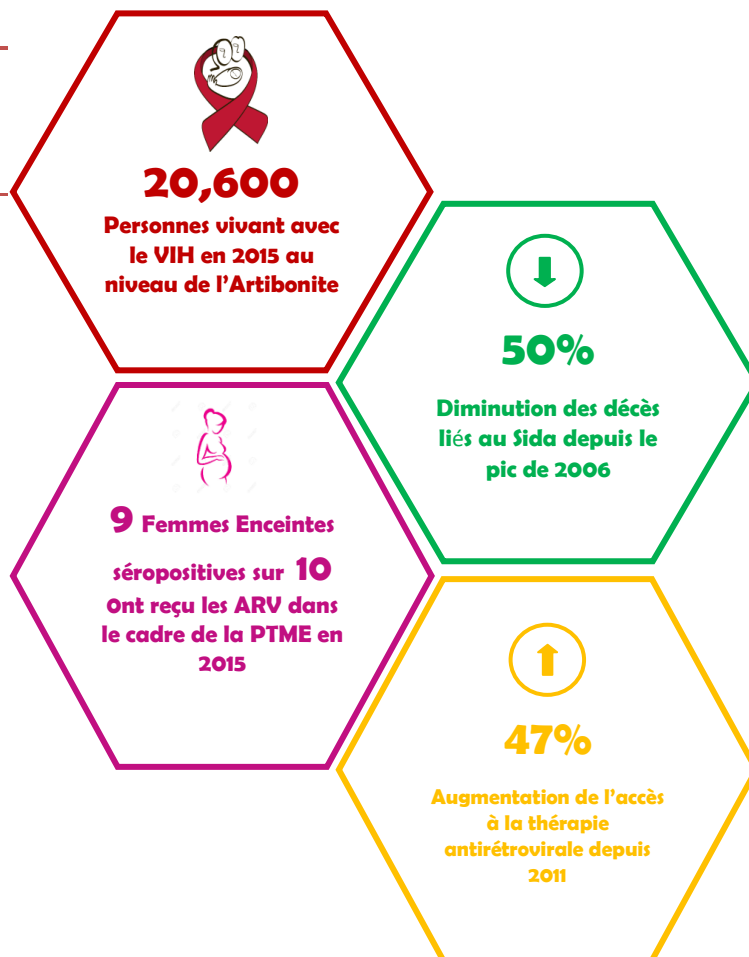
Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	19,081	18.399	682	1064
2015	18,059	17.517	542	948
2016	17,298	16.837	461	845
2017	16,723	16.320	403	755

A partir des données programmatiques tirées de MESI et des résultats des Estimations/projections, on a pu déterminer le taux de couverture des ARV et de la PTME au cours des deux dernières années.

Cet indicateur fait l'objet du tableau suivant qui affiche une nette amélioration de la couverture des ARV, passant de 43% à 53% pour les ARV et de 73% à 92% pour la PTME en 2015. A noter que la couverture des ARV chez les enfants accuse un pourcentage faible. En 2014, seulement un enfant sur 5 vivant avec le VIH recevait les ARV dans le système de soins.

Tableau 14. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département de l'Artibonite entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Année	Couverture ARV (%)			Couverture PTME (%)
	Total	Total Adultes	Total Enfants	
2014	43	40	20	73
2015	53	50	27	92



2. Département du Centre

Le département du Centre est créé par la loi du 9 Août 1976. Sa superficie est de 3.675 km² soient 13,3% du territoire national et sa population est estimée à 746.236 habitants en 2015⁸, dont 80% vit en milieu rural. Avec Hinche comme chef-lieu, le département du centre est limité au nord par les départements du Nord et du Nord'est à l'Est par la République Dominicaine et à l'Ouest par le département de l'Artibonite. Ses unités administratives sont composées de quatre (4) arrondissements subdivisés en douze (12) communes, quatre (4) quartiers et trente-cinq (35) sections communales.

Du point de vue économique, le Plateau Central était dans le temps une vaste région forestière recouverte d'acajou, de pins, de gaïac, de bois de chêne, de campêche, etc. L'élevage, l'agriculture et le commerce restent les principales activités économiques du département.

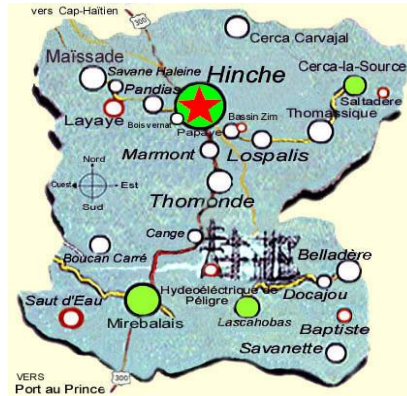
Parmi les richesses naturelles que renferme le département du Centre, il se distingue par sa beauté et l'attraction qu'il exerce sur les visiteurs notamment avec son Bassin Zim et ses grottes. Le Barrage hydro-électrique de Péligre, lui offre de son côté des émotions fortes aux touristes les plus aventureux. Ce département comprend, la Chaîne des Montagnes Noires et une partie de la chaîne du Trou d'Eau et les rivières de Boucan-Carré, Fer-à-Cheval, Libon, Macacia, Thomonde, La Tombe.

Sur le plan historique, Hinche ancien territoire espagnol, a vu naître Charlemagne Peralte, le chef du mouvement Cacos, opposé à l'occupation américaine en 1915. Mirebalais et Lascahobas ont été le lieu de combats sanglants de Toussaint Louverture contre les Anglais qui se ravitaillaient dans le Plateau Central (1795).

Sur le plan sanitaire, le département du Centre compte 46 institutions⁹ qui offrent des services de santé à la population. De ces établissements sanitaires, 46% disposent d'un système de dépistage du VIH¹⁰, mais seulement 9 offrent officiellement le service de counseling à la population. C'est l'un des rares départements où toutes les institutions qui font le counseling et le testing assurent la prise en charge des personnes séropositives au VIH, selon le vœu du MSPP.

2.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique du VIH au niveau du Centre

Sur la base des résultats de l'enquête EMMUS V, on peut établir un classement des départements sanitaires en regard de la prévalence du VIH en 2012. Dans cette optique, le Centre se place au niveau de la 2^e partie du tableau, avec un taux inférieur à 2%. C'est l'une des 7 régions avec la prévalence en dessous de la moyenne nationale. Un autre regroupement classerait le Centre à côté des départements où la prévalence est plus ou moins stable entre 2006 (1,6%) et 2012 (1,8%), mais avec quand même une certaine tendance à la hausse. C'est l'un des rares départements où la prévalence est quasiment identique aux deux sexes. Selon les données de l'EMMUS IV, l'épidémie était plus répandue chez les hommes en 2006, mais l'écart s'est rapidement réduit puisqu'en 2012 on a 1,8% d'hommes contre 1,7% de femmes avec statut séropositif.



Selon les données tirées des EMMUS IV et V, la prévalence du VIH parmi les jeunes vivant dans le département du Centre s'établit à 0,9% en 2012, soit 4 fois plus élevée qu'en 2006 (0,2%). A cette époque l'épidémie frappait presque exclusivement les jeunes de sexe masculin avec 0,5% de prévalence. Après seulement 6 années, on a assisté à un renversement de tendance vers une féminisation accrue, car la prévalence chez les filles est passée à 1,3% en 2012, soit 3 fois plus élevée que celle des garçons (0,4%).

La séroprévalence observée au niveau des sites de surveillance sentinelle indiquent que la prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes enceintes provenant du milieu urbain que celles du milieu rural à travers le temps au moins au niveau des communes avoisinant Mirebalais dans le bas plateau. Les résultats du tableau suivant mettent en évidence cet écart où le taux de séropositivité au niveau de l'HCM¹¹ avait atteint près de 10% (urbain) contre 3% (rural) en 1993. Il était passé respectivement à 4,5% contre 1,2% en 2007. La prochaine version de l'enquête séroprévalence viendra confirmer ou infirmer cette tendance à la hausse de la prévalence observée en 2012 à Mirebalais et Lascahobas chez les gestantes du milieu rural.



⁸ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015.

⁹ MSPP/IHE /ICF International, Evaluation de la Prestation des services de Soins de Santé, Haïti, Mars 2014.

¹⁰ Idem.

¹¹ Aujourd'hui HUM pour hôpital Universitaire de Mirebalais

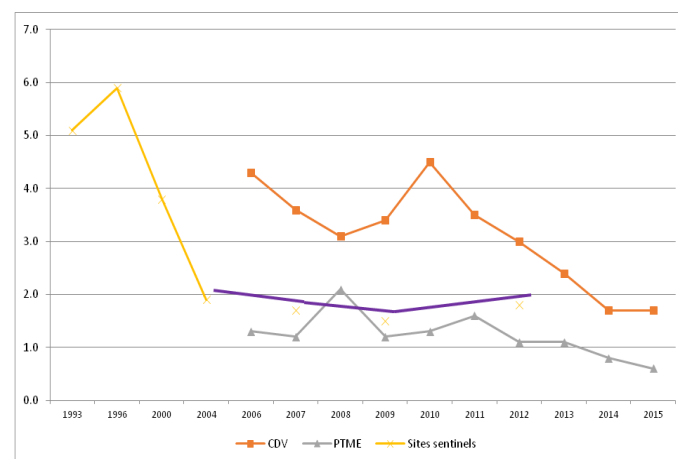
Tableau 15. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le Centre

Institutions	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
HCM: Niveau institutionnel	Urbain	9,6	83	6,3	95	3,0	67	1,8	164	4,5	155	-	-	0,9	212
	Rural	2,9	170	5,6	178	4,1	172	2,1	236	1,2	240	-	-	2,	196
HCM: Niveau Clinique Mobile	Urbain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	-	-	1,0	387	1,1	367	0,5	386	-	-
CAL de Cange	Urbain	-	-	-	-	-	-	5,3	19	0,0	29	11,1	29	0,0	31
	Rural	-	-	-	-	-	-	1,8	378	1,5	333	1,5	198	1,6	305
CS de Lascahobas	Urbain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0	80	0,0	48
	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	324	2,8	367
Ensemble		5,1	253	5,9	273	3,8	239	1,9	1184	1,7	1134	1,5	1017	1,8	1159

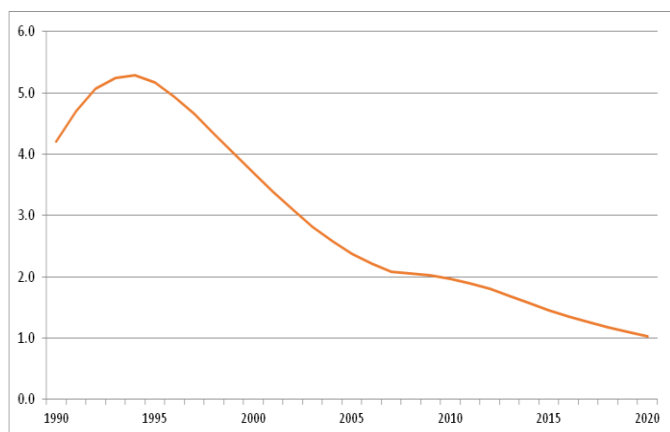
Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14

Pour mieux cerner les caractéristiques épidémiologiques, l'approche nécessite non seulement l'utilisation des données obtenues à l'intérieur des ménages, mais également les résultats des interventions menées au niveau institutionnel. A cet égard, les activités de dépistage du VIH et de la syphilis dans les CDV et les CPN constituent une source importante d'informations qui alimenteraient les débats et amplifieraient les analyses. Ainsi on a observé, à partir du graphique ci-dessous que le taux de séropositivité dans les CDV a chuté de plus de 60% au cours de ces 10 dernières années. Dans l'intervalle, entre 2009 et 2010, une importante relance de l'épidémie a ramené le taux à son niveau le plus élevé (4,5%). Le graphique montre également que le taux de séropositivité des femmes enceintes vues en CPN au cours de la même période est nettement inférieur à celui des hommes et femmes non enceintes, mais a baissé également dans le temps, mais à un rythme plus lent.

La courbe en mauve relate l'ampleur de l'épidémie chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites de surveillance sentinelle à une période plus reculée. La séroprévalence a atteint son pic en 1996 (5,9%), puis a chuté brutalement jusqu'en 2004 (1,9%) et s'est durablement stabilisé entre 1,7 et 1,8% jusqu'en 2012. Cette tendance correspond fidèlement à la courbe de prévalence estimée par le modèle SPECTRUM pour le département du Centre. Il faut dire également que les courbes de séropositivité relatives aux données provenant des CDV et des CPN du plateau central ont pratiquement la même allure que celles observées au niveau de l'Artibonite (voir graphique 1). Ce qui constitue une preuve indéniable du recul de l'épidémie à l'horizon 2020.

**Graphique 4. Taux de séropositivité au VIH en milieu institutionnel dans le Centre entre 1993 et 2015.**

Les données présentées sur le graphe ci-dessous affichent un taux élevé de prévalence du VIH chez les adultes au cours de la décennie 90 dans le Centre (plus de 4%). Contrairement au département de l'Artibonite, la courbe de prévalence reflète plus fidèlement les données analysées antérieurement. Le sommet de la courbe, coïncidé au moment culminant de l'épidémie dans la région, a été atteint en 1994 et s'est établi à un niveau identique à celui de l'Artibonite (5,3%). La décélération a été plus rapide avant 2006. Ce qui correspond avec la période relativement stable dans l'intervalle des EMMUS IV et V, marqué entre autres par l'impact des interventions des partenaires du MSPP dans la région notamment PIH/ZL. Au cours de la décennie 2010, la prévalence estimée et projetée par SPECTRUM aura stagné entre 2% et 1% jusqu'en 2020.



Graphique 5. Estimations et projections de la Prévalence du VIH chez les adultes 15 – 49 ans dans le Centre. MSPP-PNLS 2016

2.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Centre

Tableau 16. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas du VIH pour le Centre, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	592	397	226	195
2001	559	379	216	180
2002	534	369	210	164
2003	513	363	207	150
2004	498	361	206	137
2005	476	357	203	120
2006	453	348	198	105
2007	412	327	186	85
2008	520	426	242	94
2009	527	404	230	123
2010	376	285	162	92
2011	322	249	142	73
2012	250	198	113	52
2013	181	151	86	30
2014	134	115	65	19
2015	115	93	53	22

Tableau 17. Données estimées 2000-2015 du nombre total de PVVIH pour le Centre, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	12.672	11.665	6.470	1.007
2001	12.020	11.003	6.150	1.017
2002	11.369	10.356	5.830	1.014
2003	10.747	9.748	5.524	999
2004	10.161	9.189	5.238	972
2005	9.626	8.693	4.980	933
2006	9.196	8.308	4.775	888
2007	8.966	8.136	4.684	830
2008	9.085	8.298	4.782	787
2009	9.225	8.462	4.878	763
2010	9.222	8.512	4.927	710
2011	9.148	8.493	4.962	655
2012	8.960	8.363	4.919	597
2013	8.659	8.126	4.796	533
2014	8.278	7.804	4.631	474
2015	7.919	7.494	4.472	425

Tableau 18. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour le Centre, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	3,69	3,31	4,19	3,18
2001	3,38	3,04	3,87	2,88
2002	3,09	2,78	3,57	2,60
2003	2,82	2,55	3,29	2,35
2004	2,58	2,34	3,04	2,13
2005	2,38	2,16	2,81	1,94
2006	2,21	2,01	2,63	1,78
2007	2,09	1,92	2,50	1,68
2008	2,06	1,91	2,48	1,65
2009	2,03	1,90	2,45	1,62
2010	1,97	1,87	2,39	1,55
2011	1,90	1,82	2,33	1,47
2012	1,81	1,75	2,24	1,37
2013	1,69	1,66	2,11	1,27
2014	1,57	1,56	1,97	1,17
2015	1,45	1,47	1,84	1,06



Tableau 19. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Centre, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.120	991	503	129
2001	1.120	995	512	124
2002	1.099	981	512	118
2003	1.057	946	499	112
2004	1.011	906	484	105
2005	943	847	458	96
2006	820	735	403	85
2007	581	506	280	75
2008	342	273	148	69
2009	324	250	138	75
2010	315	242	116	73
2011	334	273	108	62
2012	378	330	156	48
2013	425	386	207	38
2014	463	433	228	30
2015	423	396	208	27

2.3 Résultats de la modélisation de SPECTRUM pour le Centre

5.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans le Centre

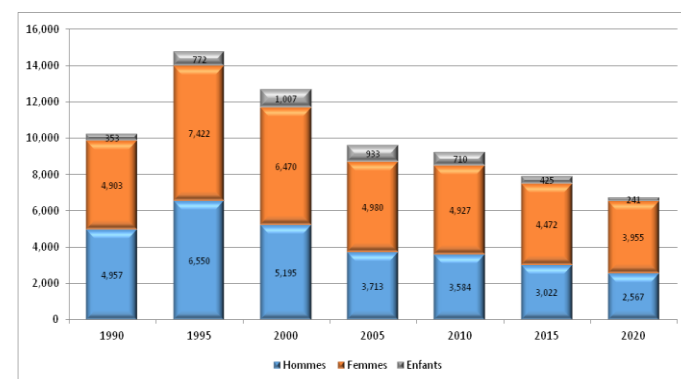
Selon les données fournies par le modèle SPECTRUM, un effectif de 7.600 PVVIH est estimé pour le Centre en 2016, dont près de 6 sur 10 sont de sexe féminin (59%). Les enfants représentent seulement 5% de la population des séropositifs, contre 7% dans l'Artibonite voisine. Toutes les tranches d'âge sont touchées par l'épidémie du VIH, mais à des proportions variées bien évidemment. Les moins de 25 ans représentent 14%. Le groupe des 40-44 ans est relativement plus affecté avec 15% des malades. Selon les résultats présentés dans le tableau ci-dessous, un séropositif sur deux (50%) serait âgé entre 25 et 44 ans. Une légère baisse de l'effectif des PVVIH est observée entre 2015 et 2016 dans le plateau central. Alors que le nombre d'enfants de moins de 5 ans a chuté de 25%, passant d'un effectif de 85 à 63.



Tableau 20. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Centre selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
0-4	85	43	42	63	32	31
5-9	163	82	81	157	79	78
10-14	176	88	88	160	80	80
15-19	246	103	143	229	98	131
20-24	504	155	349	449	144	305
25-29	741	228	513	697	213	484
30-34	957	332	625	900	308	592
35-39	1.118	395	723	1.048	373	675
40-44	1.211	443	768	1.155	411	744
45-49	1.056	475	581	1.036	444	592
50-54	739	385	354	753	381	372
55-59	445	244	201	462	250	212
60-64	240	132	108	252	138	114
65-69	117	64	53	124	67	57
70-74	66	36	30	67	36	31
75-79	35	19	16	35	19	16
80 et +	18	10	8	18	10	8
Total	7.917	3.234	4.683	7.605	3.083	4.522

Selon le graphique ci-dessous, le modèle SPECTRUM estime que le Centre comptait environ 10.000 PVVIH en 1990. Jusqu'à cette date, le rapport de masculinité des gens séropositifs dépassait l'unité. En d'autres termes, l'épidémie frappait en majorité les hommes. Dès lors, au niveau du plateau central, la tendance à la féminisation a été amorcée à partir de la première moitié de la décennie 90, mais le phénomène a été plus que dans le département de l'Artibonite. Alors qu'en 1995, selon le graphe ci-dessous, on a 88 hommes pour 100 femmes séropositives ; l'écart s'est accentué dans le temps puisque en 2015 le ratio hommes femmes vivant avec le VIH est passé à 67. Après avoir atteint son maximum en 1995, l'effectif de PVVIH a considérablement régressé. Après deux décennies, soit en 2015, la population de PVVIH a perdu plus de la moitié de son effectif dans le département du Centre.



Graphique 6. Evolution de l'effectif de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Centre. MSPP-PNLS 2016

En considérant les données indiquées dans le tableau 21, globalement l'effectif de PVVIH a chuté pour tous les grands groupes d'âge entre 2015 et 2016. Cependant, cette baisse est plus importante chez les enfants de moins d'un an (31%). Par contre les adultes ont baissé seulement de 3%. Seuls les gens âgés de 50 ans ou plus ont vu leur effectif augmenter entre 2015 et 2016 marqué notamment par une meilleure survie des femmes.

Tableau 21. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Centre selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de Population	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
Enfants < 1 an	13	7	6	9	5	4
Enf. 1-4 ans	72	37	35	53	27	26
Enf. 0-14 ans	425	214	211	380	192	188
Jeunes 15-24	750	258	492	677	241	436
Adultes 15-49	5.832	2.131	3.701	5.513	1.990	3.523
Adultes 15 & +	7.494	3.022	4.472	7.224	2.891	4.333
Adultes 50 & +	1.660	890	770	1.711	901	810

2.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH 2015 et 2016 dans le Centre

Selon les données présentées dans le tableau suivant, le nombre de nouvelles infections à VIH s'établit à 115 dans le Centre, soit seulement 6% de tous les cas survenus en 2015. Il en résulte qu'en moyenne deux personnes sont contaminées chaque semaine. Sur chaque 3 nouveaux cas de VIH, un est âgé de 15-24 ans. Pour ce groupe, l'incidence est trois fois plus élevée chez les jeunes filles. Les projections pour 2016 indiquent une baisse de 15% des nouveaux cas, marquée notamment par les acquis des interventions en matière de PTME.

Le logiciel SPECTRUM estime qu'en 2015, près de 8 PVVIH sont décédées chaque semaine des causes liées à leur séropositivité. 423 décès sont survenus dans le Centre, soit 53 cas pour 1,000 PVVIH contre 67 dans l'Artibonite. Selon les données du tableau 10 près de 2 personnes décédées sur 3 sont des adultes en âge de procréer ; alors que les décès survenus auprès des jeunes de 15-24 ans ne représentent que 5 % de l'ensemble. Les résultats indiquent que les premiers cas de décès enregistrés dans le département du Centre remontent au début des années 80 ; et qu'environ 43.000 personnes auraient disparu depuis le début de l'épidémie. Les signaux sont plutôt favorables à une baisse considérable des décès au cours des prochaines années. D'ailleurs le tableau suivant aurait projeté une réduction de près de 20% rien qu'en 2016.

Les données affichées sur le tableau ci-dessous montrent que la prévalence du VIH était de 1,4% en 2015. SPECTRUM projette néanmoins une baisse du niveau de prévalence chez les adultes en âge de procréer pour 2016.

Chez les jeunes PVVIH, elle est plus élevée dans le Centre (0,51%) que dans l'Artibonite (0,33%) en 2015. Elle est donc assez élevée, mais en nette diminution par rapport aux résultats de l'EMMUS de 2012 selon laquelle il y aurait une nette tendance à la hausse.

Tableau 22. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le Centre selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc.	Fém
Enfants 0-14 ans	22	8	14	16	8	8
Jeunes 15-24	35	9	26	30	9	21
Adultes 15-49	86	36	50	77	32	45
Adultes 15 et +	93	40	53	83	36	47
Ensemble	115	51	64	99	44	55
Décès en 2015			Décès en 2016			
Enfants 0-14 ans	27	13	14	21	10	11
Jeunes 15-24	21	9	12	18	8	10
Adultes 15-49	271	114	157	229	95	134
Adultes 15 et +	396	189	207	344	163	181
Ensemble	423	202	221	364	173	191
Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %)du VIH en 2016			
Jeunes 15-24	0,51	0,35	0,66	0,46	0,23	0,58
Adultes 15-49	1,45	1,06	1,84	1,35	0,98	1,72

2.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Centre

En considérant les données présentées sur le tableau 23, le nombre de personnes ayant besoin des ARV s'élèvent à près de 7.000 en 2016 (pour la plupart des adultes, 97%), en légère baisse par rapport à 2015. Cela résulte de la réduction progressive du nombre de PVVIH dans ce département. On prévoit que ce nombre va continuer à baisser pour atteindre 6.800 en 2017. Cependant, il faut utiliser ces données avec des réserves puisque la modélisation a pris en compte le critère d'éligibilité de 500 en vigueur jusqu'au premier semestre de l'année 2016. Dans un souci de réduire la transmission verticale, environ 300 femmes enceintes devront nécessairement recevoir un traitement approprié à leur statut de séropositivité.

Tableau 23. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Centre entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	7.351	7.150	201	358
2015	7.125	6.932	193	330
2016	6.952	6.765	187	303
2017	6.806	6.624	182	279

A partir des données programmatiques tirées de MESI et des résultats des Estimations/projections, on a pu déterminer le taux de couverture des ARV et de la PTME au cours des années 2014 et 2015. Cet indicateur fait l'objet du tableau suivant dans lequel on observe qu'au cours des deux dernières années, la couverture globale des ARV dans le Centre n'a pas changé.

On estime que seulement un PVVIH sur deux a pu bénéficier le traitement au niveau d'une dizaine d'établissements sanitaires. Selon les informations, le plateau central est l'une des régions où la couverture des ARV chez les enfants est proche de la moyenne. En 2015, 4 enfants sur 10 vivant avec le VIH recevaient les ARV dans le Centre. Il reste la région où la couverture ARV pédiatrique est la plus importante.

Tableau 24. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le Centre entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	47	49	36	88
2015	48	50	40	80

7,600

Le nombre de PVVIH dont 6 sur 10 sont de sexe féminin en 2015 dans le département du Centre



69%

Entre 2010 et 2015 le nombre de nouvelles infections à VIH a baissé de plus de 2 tiers

8

Femmes Enceintes VIH+ sur

10 (82%)

Ont reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2015



L'accès à la thérapie aux ARV augmenté de 46% entre 2012 et 2015 dans le Centre

3. Département de la Grande Anse

Le département de la Grande Anse occupe une grande partie de la presqu'île du Sud. Situé dans la partie nord-ouest de la péninsule de Tiburon, il est borné au Nord par le golfe de la Gonâve, au Sud et à l'Est par les départements du Sud et à l'Ouest par la mer des Caraïbes. Administrativement, le département de la Grande Anse est divisé en 3 arrondissements, 13 communes,



78 sections communales et 8 quartiers. Son chef-lieu est Jérémie. Sa superficie est de 1 912 km²¹² (29,8% du territoire national) et on estime sa population à 468.301

habitants dont 76% vit en milieu rural¹³. L'agriculture et la pêche sont les deux principales occupations du département de la Grande Anse.

En ce qui a trait à la potentialité en eau, le département est assez bien pourvu. Il comporte 61 rivières, 249 sources, 23 étangs et huit lacs. Les rivières des Baradères, de Dame-Marie, de la Grande-Anse, des Roseaux et la Voldroque sont les principales grandes rivières du département de la Grande Anse.

Quant à la culture et au loisir, le département de la Grande Anse, à l'instar des autres départements du pays est passablement pourvu. En plus des gauderies qui constituent les principaux lieux de distraction des habitants de la Grande Anse, on y a dénombré des bibliothèques, un musée, des salles de cinéma de système vidéo, sept (7) salles de théâtre, des night clubs, des places publiques, des grottes, sites et monuments pouvant susciter l'admiration des visiteurs.

Du côté sanitaire, le département de la Grande Anse a 43 institutions¹⁴ pour la plupart des dispensaires (85%) gérées par l'état. Selon l'EPSSS 1, 94% des établissements ont la capacité de dépister le VIH en 2013. Mais seulement 16 d'entre elles offrent actuellement le service de counseling à la population. Seulement 50% des institutions offrent les soins ARV aux PVVIH parmi les 16 qui offrent le dépistage.

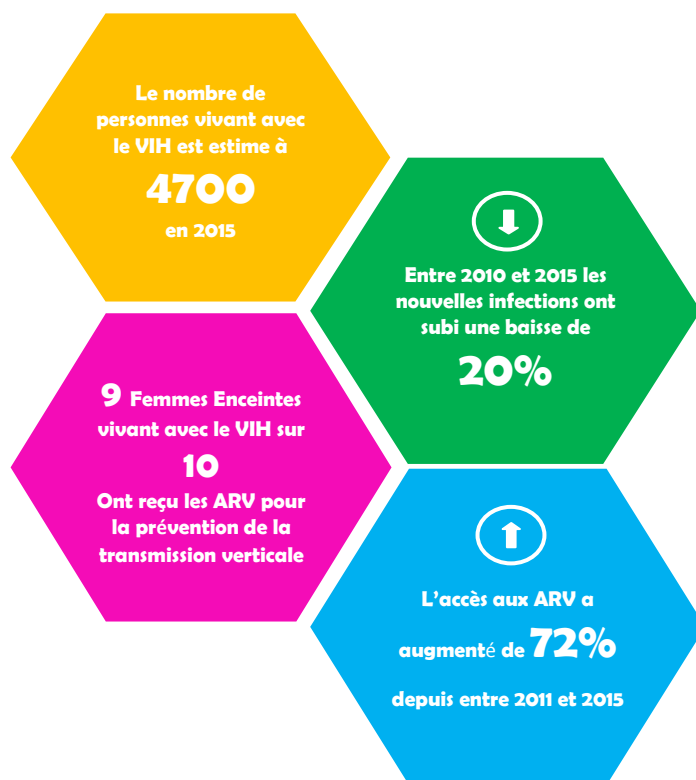
3.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique

Avec 1,5% de prévalence du VIH en 2012, la Grande Anse se révèle être le département où l'épidémie est la moins répandue. Cette région semble connaître une certaine stabilité entre 2006 (1,6%) et 2012.

La tendance à la baisse observée au cours des EMMUS IV et V est surtout marquée par le recul de l'épidémie chez les hommes, avec une réduction de la prévalence de près de moitié, soit 1,5% en 2006 contre 0,8% en 2012. A l'inverse, le taux a augmenté de près de 30% au niveau de la gent féminine au cours de la même période dans la Grande Anse.

En considérant les données présentées sur le tableau 25, on peut croire que l'épidémie est plus répandue en milieu urbain. En effet, la prévalence du VIH est nettement supérieure chez les femmes enceintes provenant du milieu urbain que celles vivant dans les zones rurales testées en CPN entre 1993 et 2012. Les données collectées au niveau de HHF de Jérémie indiquent que la prévalence du VIH a régressé plus rapidement en milieu urbain. Elle est passée d'environ 8% avant l'an 2000 contre 2,5% en 2009, soit le niveau le plus bas atteint au cours de la période. Néanmoins dans l'ensemble, la prévalence a connu une relance importante en 2012 que l'on soit en milieu urbain ou en milieu rural.

Après une baisse plus ou moins importante au cours de la période, la prévalence du VIH chez les jeunes vivant dans la Grande Anse est globalement l'une des plus faibles en Haïti, un demi pour cent. La fluctuation est de l'ordre de 38% entre 2006 et 2012.



¹² https://fr.wikipedia.org/wiki/Grand'_Anse....

¹³ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015.

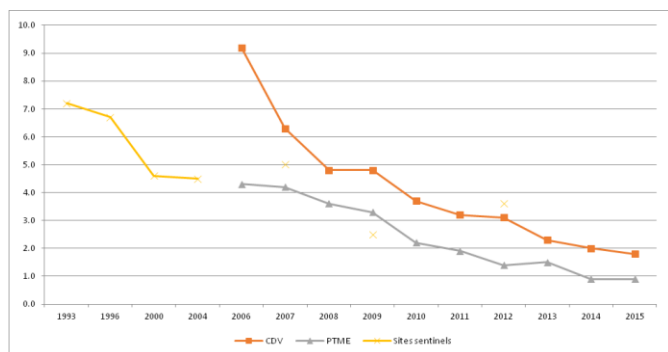
¹⁴ MSPP/IHE /ICF International, Evaluation de la Prestation des services de Soins de Santé, Haïti, Mars 2014.

Tableau 25. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans la Grande Anse

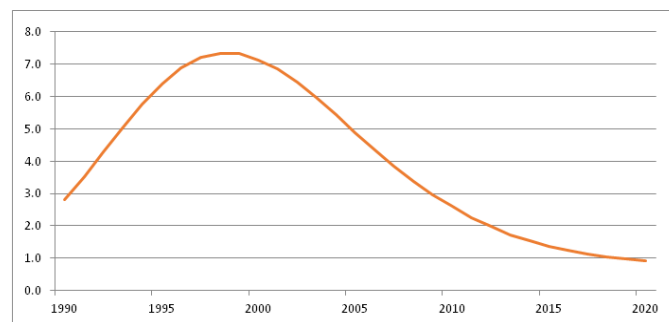
SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Haitian Health Foundation	Urbain	7,7	195	8,2	182	7,9	101	6,7	148	7,0	186	2,5	162	4,7	212
	Rural	6,1	82	3,4	87	2,2	136	3,2	252	3,3	214	2,5	241	2,5	199
Ensemble		7,2	277	6,7	269	4,6	237	4,5	400	5,0	400	2,5	403	3,6	411

Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14.

Au niveau des sites CDV et PTME, le taux de séropositivité rapporté au cours des 10 dernières années est en baisse constante. Selon les données présentées sur le graphique 7, on est passé de 9% chez les hommes et les femmes à 1,8% ; et de 4,3% à 0,9% chez les femmes enceintes, soit 5 fois plus faible dans les groupes. Dans les sites sentinelles de surveillance, la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN1 a évolué en dent de scie à partir de 2004 suite à une première phase de déclin au bout de sept ans. Le graphe dans son ensemble laisse entrevoir qu'à l'instar des résultats des EMMUS IV et V, l'épidémie est en nette régression dans la région de la Grande Anse.

**Graphique 7. Taux de séropositivité au VIH en milieu institutionnel dans la Grande Anse entre 1993 et 2015.**

La forme de cloche observée sur le graphique 8 indique que dans le département de la Grande Anse l'épidémie du VIH était encore en pleine phase d'expansion au début des années 90, contrairement au département du Centre où l'on avait déjà atteint plus de 4% de prévalence chez les adultes de 15-49 ans. La pathologie s'est développée si rapidement que la prévalence avait déjà franchi le seuil des 7% en 1998. A l'inverse la phase de déclin entamée vers le début du nouveau millénaire s'est accélérée pour perdre plus de 5 points en 2015. Le modèle a estimé également que la prévalence chez les femmes en âge de procréer a toujours été supérieure à celle des hommes depuis 1990. Cette tendance va perdurer jusqu'en 2020, mais avec une réduction progressive de l'écart entre les deux sexes.

**Graphique 8. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans la Grande Anse de 1990 à 2020. MSPP-PNLS 2016.**

3.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de la Grande Anse

Tableau 26. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas de VIH pour la Grande Anse, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.150	930	531	220
2001	990	780	445	210
2002	761	564	322	197
2003	585	404	230	181
2004	431	268	152	163
2005	316	175	100	141
2006	226	107	61	119
2007	152	59	34	93
2008	131	32	18	99
2009	98	17	9	81
2010	62	11	6	51
2011	42	13	7	29
2012	32	20	11	12
2013	33	27	15	6
2014	45	36	20	9
2015	50	44	25	6

Tableau 27. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour la Grande Anse, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	14.794	13.973	7.836	821
2001	14.675	13.808	7.772	867
2002	14.267	13.367	7.549	900
2003	13.648	12.726	7.209	922
2004	12.859	11.929	6.777	930
2005	11.966	11.043	6.291	923
2006	11.023	10.120	5.780	903
2007	10.081	9.216	5.275	866
2008	9.195	8.358	4.793	837
2009	8.358	7.565	4.347	793
2010	7.555	6.828	3.930	727
2011	6.797	6.144	3.542	653
2012	6.137	5.563	3.223	573
2013	5.558	5.059	2.941	499
2014	5.075	4.642	2.704	433
2015	4.681	4.310	2.519	371

Tableau 28. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour la Grande Anse, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	7,14	3,31	6,20	8,08
2001	6,85	3,04	5,91	7,79
2002	6,45	2,78	5,53	7,36
2003	5,96	2,55	5,09	6,83
2004	5,43	2,34	4,61	6,25
2005	4,89	2,16	4,13	5,65
2006	4,35	2,01	3,66	5,05
2007	3,85	1,92	3,22	4,48
2008	3,38	1,91	2,81	3,95
2009	2,97	1,90	2,45	3,48
2010	2,59	1,87	2,13	3,05
2011	2,25	1,82	1,84	2,66
2012	1,97	1,75	1,60	2,34
2013	1,73	1,66	1,39	2,06
2014	1,53	1,56	1,22	1,83
2015	1,36	1,47	1,08	1,64

Tableau 29. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour la Grande Anse, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	920	800	427	120
2001	999	877	471	122
2002	1.061	940	509	121
2003	1.102	984	536	119
2004	1.125	1.011	554	114
2005	1.123	1.017	560	106
2006	1.088	995	551	94
2007	1.020	938	524	82
2008	951	873	489	78
2009	874	803	450	72
2010	810	750	422	60
2011	751	705	397	47
2012	650	613	335	36
2013	575	547	304	28
2014	494	471	264	24
2015	413	393	217	19

3.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour la Grande Anse

6.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans la Grande Anse

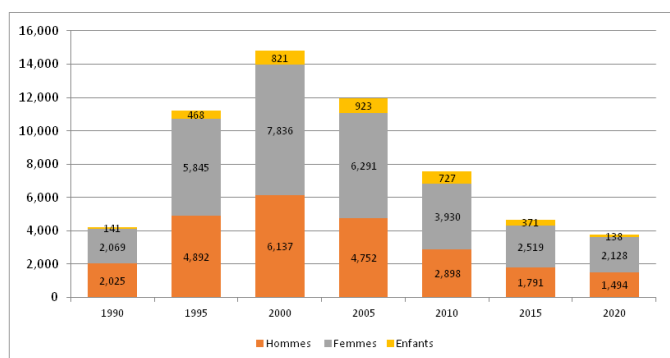
Selon le tableau ci-dessous, le nombre de PVVIH s'élève à 4.700 dans le département de la Grande Anse à la fin de 2015 dont 58% de personnes de sexe féminin. Les adultes représentent 92% de l'effectif. Le groupe d'âge 40-44 représente plus de 18% de l'ensemble des PVVIH. Un peu plus de la moitié des séropositifs en 2015 était âgé de 35 à 49 ans. Un PVVIH sur 5 serait âgé de 50 ans ou plus. Les projections de personnes séropositives pour 2016 sont de l'ordre de 4.400, soit une baisse de plus de 6%.



Tableau 30. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour la Grande Anse selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masc	Fém
0-4	27	14	13	16	8	8
5-9	134	67	67	107	54	53
10-14	210	105	105	189	95	94
15-19	206	101	105	208	102	106
20-24	140	65	75	159	74	85
25-29	140	50	90	127	49	78
30-34	449	149	300	351	116	235
35-39	832	301	531	735	260	475
40-44	858	344	514	820	321	499
45-49	694	309	385	673	293	380
50-54	457	217	240	462	216	246
55-59	255	124	131	261	126	135
60-64	139	66	73	143	68	75
65-69	70	32	38	72	33	39
70-74	39	18	21	38	17	21
75-79	19	9	10	19	9	10
80 et +	12	6	6	12	6	6
Total	4.681	1.977	2.704	4.392	1.847	2.545

Selon les données affichées sur le graphique 9, le nombre de PVVIH a considérablement varié au cours des 25 dernières années au niveau du département de la Grande Anse. En effet, on est passé de 4.235 en 1990 à près de 15.000 à la fin de l'an 2000, l'effectif avait alors plus que triplé après seulement une dizaine d'années d'expansion. Après 15 ans de lutte, la région a vu sa population de personnes séropositives chuté d'environ deux tiers (68%). A mesure que s'écoule le temps, le rapport de masculinité des adultes se décline, passant de 97 en au début de la période à 71 en 2015. Il en résulte une propagation plus spectaculaire chez les femmes. Une meilleure prise en charge de femmes est aussi envisageable pour expliquer cet état de fait.



Graphique 9. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans la Grande Anse. MSPP-PNLS 2016

En 2015, le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans la Grande Anse s'élève à 371. Cet effectif devra subir une baisse de 15% en 2016. Les moins de 5 ans représentent seulement 7% de la population d'enfants séropositifs. Les résultats de SPECTRUM projettent une baisse de cette proportion en 2016.

L'effectif de 371 jeunes 15-24 ans séropositifs estimés en 2015 ne représentent que 7% de la population de PVVIH dans la Grande Anse. Pour cette catégorie de gens, le modèle projette une légère augmentation de l'effectif d'ici l'année 2016. Avec plus 3.300 PVVIH, les adultes en âge de procréer est le groupe le plus représentatif de la population de séropositifs dans le département, soit plus de 2 tiers (71%). Le nombre d'adultes de 50 ans ou plus vivant avec le VIH serait stable entre 2015 et 2016. Le tableau 15 annonce une amélioration de la survie des femmes les plus âgées au cours des prochaines années.

Tableau 31. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour la Grande Anse selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
Enfants < 1 an	4	2	2	2	1	1
Enf. 1-4 ans	23	12	11	14	7	7
Enf. 0-14 ans	371	186	185	312	157	155
Jeunes 15-24	347	167	180	368	176	192
Adultes 15-49	3.319	1.319	2.000	3.075	1.215	1.860
Adultes 15 & +	4.310	1.791	2.519	4.082	1.690	2.392
Adultes 50 & +	991	472	519	1007	475	532

3.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans la Grande Anse

Selon les résultats des Estimations de 2016, l'incidence du VIH est de 0,11⁰/₀₀ dans la Grande Anse en 2015. En appliquant ce taux à la population générale, le nombre de nouvelles infections s'élève à 50, dont 56% sont de sexe féminin. Quatre nouveaux cas sur cinq sont des adultes 15-49. Un quart des nouvelles infections est constitué de jeunes dans le département de la Grande Anse. Globalement, les nouveaux cas devraient subir une diminution de 6% en 2016.

Selon les données affichées sur le tableau ci-dessous, on estime que dans la Grande Anse plus de 400 PVVIH étaient succombés des suites de complications liées au sida en 2015, soit en moyenne 8 décès par semaine. Le taux de mortalité des PVVIH s'élève alors à 88 pour mille. Ce qui porte à plus de 18.000 le cumul de décès à la fin de 2015.

Les jeunes (4% de décès) et les enfants (5% de décès) couraient moins de risque de décéder en 2015. Les projections pour 2016 affichent une diminution considérable des décès, soit plus de 25%.

SPECTRUM estime à 1,2% le taux de prévalence du VIH dans la population adultes en âge de procréer en 2016, soit un recul de 20% aux données rapportées pour 2012 (EMMUS V). Ces résultats indiquent également une tendance à la hausse de la prévalence chez les hommes. Cette considération est aussi valable pour les jeunes vivant au niveau de la Grande Anse. Pour cette catégorie, la proportion de personnes séropositives serait passée de 0,38% en 2015 à 0,40% en 2016. Mais en se basant sur les données des dernières enquêtes de population, la baisse de la prévalence observée entre 2006 et 2012 chez les jeunes aurait persisté jusqu'à la fin de cette année.

Tableau 32. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimés pour la Grande Anse selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants 0-14 ans	6	3	3	2	1	1
Jeunes 15-24	12	4	8	12	4	8
Adultes 15-49	41	24	17	40	23	17
Adultes 15 et +	44	25	19	44	25	19
Ensemble	50	22	28	47	20	27
Décès en 2015						
Enfants 0-14 ans	20	10	10	14	7	7
Jeunes 15-24	16	8	8	14	7	7
Adultes 15-49	276	117	159	198	84	114
Adultes 15 et +	393	177	216	289	130	159
Ensemble	413	186	227	304	137	167
Décès en 2016						
Enfants 0-14 ans	20	10	10	14	7	7
Jeunes 15-24	16	8	8	14	7	7
Adultes 15-49	276	117	159	198	84	114
Adultes 15 et +	393	177	216	289	130	159
Ensemble	413	186	227	304	137	167
Prévalence (en %) du VIH en 2015						
Jeunes 15-24	0,38	0,37	0,40	0,40	0,39	0,40
Adultes 15-49	1,36	1,08	1,64	1,24	0,98	1,50

3.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans la Grande Anse

Les données présentées dans le tableau 33 indiquent une baisse progressive de l'effectif de PVVIH qui aurait besoin des antirétroviraux entre 2014 et 2017 dans la Grande Anse. En 2016, sur la base de l'éligibilité à moins de 500 de CD4, près de 3.900 personnes seraient éligibles aux ARV dont seulement 63 enfants de moins de 15 ans. Avec l'adoption de la stratégie dépister et traiter par la CT / PNLS, le critère d'éligibilité revient au statut de séropositivité. A cet effet pour atteindre l'accès universel, une bonne partie des 4.400 [3.400 ; 5.900] PVVIH dans la région seraient en attente d'être identifiés en vue d'initier le traitement à vie. Dans le cadre de la PTME, une centaine de femmes enceintes auraient besoin des ARV en 2016 et 2017 tel que l'indique le tableau 33.

Tableau 33. Estimations et projections des besoins ARV et PTME dans la Grande Anse entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	4.318	4.232	86	131
2015	4.028	3.956	72	116
2016	3.857	3.794	63	107
2017	3.736	3.680	56	100

La version 5.44 du logiciel SPECTRUM offre cet avantage de produire les données relatives à la couverture du traitement par rapport à l'ensemble des PVVIH. Selon le tableau 34, globalement la couverture des ARV est très faible dans le département de la Grande Anse. Elle est passée de 30% en 2014 à seulement 34% en 2015, soit un tiers des besoins.

Ce résultat est encore plus faible au niveau pédiatrique, deux enfants sur 10 auraient reçu les ARV en 2016. Cependant pour les femmes enceintes, la couverture serait presque totale en 2016. Suite à une spectaculaire performance des sites en 2014, une nette amélioration a été observée selon les données du tableau ci-dessous. Le gap est alors de l'ordre de 10%.

Tableau 34. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans la Grande Anse entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	30	33	14	83
2015	34	36	18	90



4. Département des Nippes

Le département des Nippes est le plus petit des dix départements d'Haïti. Il est situé sur la côte Nord de la Péninsule de Tiburon.



Sa superficie est de 1.219 km² et on estime sa population à 468 301¹⁵. Il a été créé en 2003 sur la partie orientale du

département de la Grande Anse.

Ses limites s'étendent: au Nord par le Golfe de la Gonâve, au Sud par le département du Sud, à l'Est par le département de l'Ouest et à l'Ouest par le département de la Grande Anse. Le chef-lieu de ce département est Miragoâne et il est divisé en 3 arrondissements 11 Communes et 37 sections communales.

Le Massif de la Hotte avec la chaîne de Plymouth, Macaya, Mont Salagnac (1050m) et des Casetaches sont les principales montagnes du département des Nippes.

Sur le plan économique, des cargaisons d'objets manufacturés en provenance des États-Unis transitent par les docks de Miragoâne. Haïti exporte son café, ses fruits et son bois par ce même port. Les installations portuaires étaient également utilisées par la compagnie américaine Reynolds Metals Company spécialisée dans l'aluminium et l'exportation de la bauxite en provenance notamment d'Haïti. Cette compagnie a quitté le territoire haïtien laissant derrière elle de grosses infrastructures, notamment un port en eaux profondes qui a remplacé en 2010 l'ancien port civil de la commune.

Le département des Nippes comprend 30¹⁶ institutions sanitaires, près de 70% sont des dispensaires et près de 60% des institutions dans ce dit département sont mixtes. Etant donné que le département des Nippes est le plus petit des dix départements, actuellement il possède 5 institutions offrant le dépistage volontaire à la population et les soins ARV sont disponibles dans toutes ces institutions.

4.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique dans les Nippes

En 2006, l'EMMUS IV a révélé que la prévalence du VIH chez les 15-49 ans dans le département des Nippes s'établissait à 3%. Grâce aux interventions menées par les intervenants du Programme dans ce département, 6 ans après l'épidémie s'est reculée considérablement. En 2012 ce taux est tombé à 2% contrairement à la plupart des départements. Cette baisse est constatée à tous les niveaux : chez les hommes (41%) et les femmes (32%). La pathologie serait deux fois plus répandue chez les femmes puisque la prévalence chez les hommes représente moins de la moitié de celle de la gente féminine.

Au cours de la même période, la prévalence du VIH chez les jeunes des deux sexes a baissé de manière spectaculaire, passant de 1% à 0,2% (soit 5 fois plus faible). Pour une proportion quasi nulle de jeunes garçons testés positifs en 2012, le taux a connu une baisse significative par rapport à l'année 2006 (0,8%), alors que les filles ont enregistré une diminution de 60% de leur prévalence.

Les enquêtes auprès des femmes enceintes ont été menées entre 2000 et 2012 au niveau d'un seul site sentinelle. La faiblesse des données est telle qu'aucune analyse objective et représentative n'est possible pour les Nippes. La position géographique de la clinique Béthel fait que l'échantillon de femmes enceintes testées au cours de la période provient presque exclusivement du milieu rural. D'ailleurs, la tendance observée dans les EMMUS ne correspond pas avec les données affichées sur le tableau E1.

Le département des Nippes comptait environ
3,800 personnes
vivant avec le VIH
en 2015



Les décès ont diminué de
plus de **60%**
depuis le pic de 2006



Les Nippes ont vu les
nouvelles infections réduire
de moitié (**53%**) entre
2010 et 2015



La couverture ARV adulte a
presque triple entre 2010
(**17%**) et 2015 (**52%**)

¹⁵ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015.

¹⁶ MSPP/IHE /ICF International, Evaluation de la Prestation des services de Soins de Santé, Haïti, Mars 2014

Tableau 25. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans la Grande Anse.

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Armée du Salut	Urbain	-	-	-	-	-	-	0,0	21	0	31	4,6	43	-	-
	Rural	-	-	-	-	1,8	227	2,9	176	1,3	311	3,0	230	3,8	312
Ensemble		-	-	-	-	1,8	227	2,5	197	1,2	342	3,3	273	3,8	312

Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14.

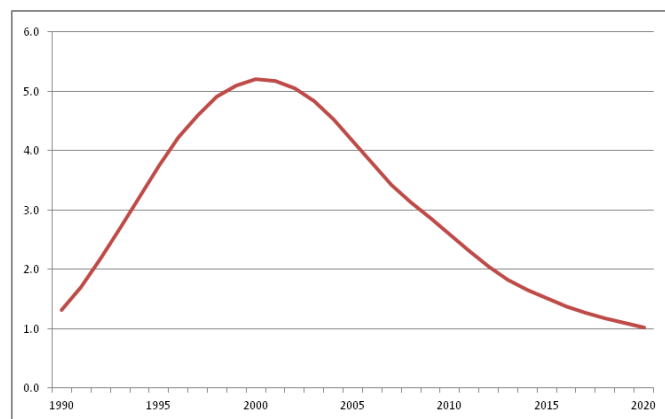
Par contre, en observant les données représentées sur le graphe ci-dessous, la tendance à la baisse est révélatrice au niveau des utilisateurs de services de dépistage et de conseils au cours des 10 dernières années.

Après avoir atteint plus de 9%, le taux de séropositivité du VIH chez les femmes non enceintes et les hommes est passé à 1,8% en 2015. Celle des femmes enceintes, initialement plus faible que celle observée en CDV, est passée de 4,3% en 2006 à 0,9% à la fin de la période, soit 4 fois plus basse. Bien que le taux soit deux fois plus élevé chez les personnes vues en CDV, le niveau atteint globalement en 2015 est une indication de la baisse de la prévalence dans la population générale dans les Nippes.

**Graphique 10. Evolution du taux de séropositivité du VIH dans les établissements sanitaires des Nippes de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016**

En introduisant les données de base dans le modèle SPECTRUM, les résultats indiquent que la prévalence du VIH dans les Nippes s'établissait à un peu plus de 1% en 1990. Le développement rapide de l'épidémie a favorisé une hausse graduelle de la prévalence. Au bout d'une dizaine d'années le taux est passé à 5,2% en 2002. La décroissance s'est amorcée autour de la deuxième moitié de la décennie 2000 pour atteindre 2,3% en 2011. Le graphe 11 montre également que la prévalence du VIH est tombée à 1,5% en 2016.

Les projections indiquent que la proportion des personnes séropositives continue sa descente au cours du prochain quinquennat pour atteindre seulement 1% en 2020.

**Graphique 11. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans les Nippes de 1990 à 2020. MSPP-PNLS 2016**

4.2 Données de 2000 à 2015 pour le département des Nippes

Tableau 36. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour les Nippes, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	852	734	420	118
2001	749	632	361	117
2002	626	513	293	114
2003	506	398	227	108
2004	388	287	164	101
2005	286	197	112	89
2006	214	137	78	77
2007	149	89	51	60
2008	143	77	44	66
2009	110	49	28	61
2010	74	21	12	53
2011	41	16	9	25
2012	29	17	10	12
2013	26	21	12	5
2014	34	26	15	8
2015	35	31	18	4

Tableau 37. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour les Nippes, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	7.770	7.390	4.173	380
2001	7.998	7.585	4.298	413
2002	8.056	7.616	4.328	440
2003	7.955	7.493	4.269	462
2004	7.706	7.229	4.129	478
2005	7.339	6.855	3.925	484
2006	6.895	6.410	3.679	485
2007	6.417	5.943	3.420	474
2008	6.095	5.627	3.251	469
2009	5.772	5.315	3.082	458
2010	5.401	4.964	2.887	437
2011	4.984	4.585	2.675	398
2012	4.596	4.237	2.476	359
2013	4.261	3.943	2.311	319
2014	3.992	3.708	2.183	284
2015	3.765	3.516	2.079	249

Tableau 38. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour les Nippes, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	5,20	5,20	5,92	4,47
2001	5,18	5,18	5,92	4,44
2002	5,05	5,05	5,79	4,31
2003	4,83	4,83	5,56	4,10
2004	4,53	4,53	5,23	3,83
2005	4,17	4,17	4,84	3,51
2006	3,80	3,80	4,41	3,18
2007	3,42	3,42	3,99	2,85
2008	3,13	3,13	3,68	2,59
2009	2,86	2,86	3,37	2,35
2010	2,58	2,58	3,05	2,10
2011	2,30	2,30	2,73	1,86
2012	2,04	2,04	2,44	1,65
2013	1,83	1,83	2,20	1,46
2014	1,66	1,66	2,00	1,31
2015	1,51	1,51	1,84	1,19

Tableau 39. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour les Nippes, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	409	351	189	58
2001	461	400	217	61
2002	508	446	243	63
2003	549	485	266	64
2004	580	517	285	63
2005	601	541	299	60
2006	609	554	308	54
2007	582	534	297	48
2008	422	376	203	46
2009	393	348	188	45
2010	407	362	200	45
2011	424	389	217	35
2012	386	363	205	23
2013	331	314	175	17
2014	276	262	142	15
2015	237	225	121	12

4.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour les Nippes

4.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans les Nippes

La modélisation basée sur SPECTRUM a montré qu'en 2016 vivaient 3.500 [2.800 ; 4.500] PVVIH dans les Nippes dont 59% sont de sexe féminin. Les moins de 5 ans représentent seulement 6% d'enfants de moins de 15 ans. Avec un effectif de 200 PVVIH en 2016, les jeunes ont contribué à hauteur de 6% dans l'ensemble des séropositifs.

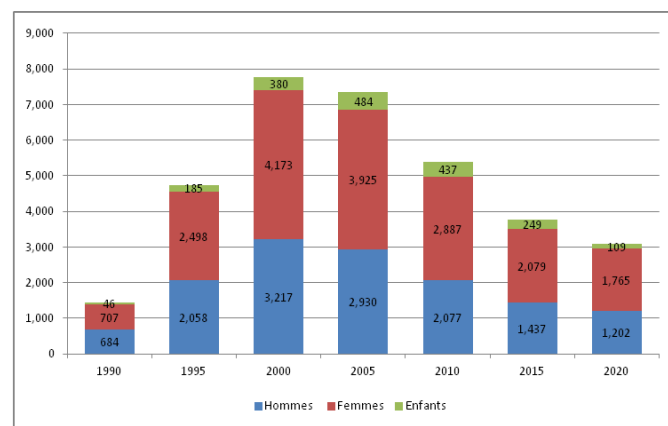
De la population des PVVIH, les moins de 30 ans représentent 15%. La grande majorité des séropositifs vivant dans les Nippes sont âgés de 30 à 49 ans (62%). En légère baisse par rapport à 2015, le nombre de personnes séropositives tend à diminuer durant les prochaines années.



Tableau 40. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département des Nippes selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
0-4	24	12	12	16	8	8
5-9	99	50	49	83	42	41
10-14	127	64	63	118	59	59
15-19	111	54	57	115	56	59
20-24	79	34	45	86	38	48
25-29	141	47	94	117	41	76
30-34	440	149	291	355	119	236
35-39	711	261	450	647	232	415
40-44	678	273	405	661	260	401
45-49	536	237	299	526	228	298
50-54	364	171	193	368	170	198
55-59	216	102	114	222	105	117
60-64	119	55	64	123	57	66
65-69	60	27	33	61	27	34
70-74	34	15	19	34	15	19
75-79	17	8	9	17	8	9
80 et +	10	5	5	10	5	5
Total	3.766	1.564	2.202	3.559	1.470	2.089

Selon le graphique 12, le nombre de personnes VIH dans les Nippes était compris dans l'intervalle [350 ; 3.100] soit en moyenne 1.500. Les adultes de plus de 15 ans sont proportionnellement repartis selon les deux sexes. Mais à mesure qu'on avance dans le temps, les données indiquent que les femmes sont plus touchées par l'endémie du VIH au niveau de la région. En 2000, on comptait 77 hommes pour 100 femmes. En 2015, ce rapport tombe à 69. Entre 2001 et 2003, SPECTRUM estime à environ 8.000 les PVVIH dans les Nippes. A partir de 2005, la baisse s'est accélérée pour tomber à 3.500 en 2016. A noter que les données indiquent que les enfants représentaient seulement 3% en 1990. Cette proportion augmente graduellement pour atteindre 8% en 2010. Cette année a également marqué le début de la fluctuation du pourcentage d'enfants atteints du VIH.



Graphique 12. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans les Nippes. MSPP-PNLS 2016.

Les enfants, les jeunes et les adultes en âge de procréer sont les 3 catégories de populations les plus importantes. Selon le tableau ils représentent respectivement 6%, 6% et 43% de l'ensemble des personnes infectées.

Avec les progrès de la PTME, les nouveaux cas nés de mères séropositives tendent à s'annuler au niveau du département des Nippes entre 2015 et 2016.

Une PVVIH sur 5 serait âgée de 50 ans et plus. Avec un effectif de 835 en 2016, cette catégorie aurait connu une légère augmentation de son effectif par rapport à 2015.

Tableau 41. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département des Nippes selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc	Fém
Enfants < 1an	2	1	1	2	1	1
Enf. 1-4 ans	21	11	10	13	7	6
Enf. 0-14 ans	249	125	124	217	109	108
Jeunes 15-24	189	88	101	202	95	108
Adultes 15-49	2.696	1.054	1.642	2.507	974	1.533
Adultes 15 & +	3.516	1.437	2.079	3.343	1.361	1.982
Adultes 50 & +	820	383	437	835	387	448

4.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans les Nippes

Dans le département des Nippes, le nombre de nouveaux cas d'infection n'a pas varié entre 2015 et 2016. Il s'établit à 36 avec un peu plus de personnes de sexe féminin (55%). Depuis 2010, il y a une baisse de 50% de nouvelles infections à VIH dans le département des Nippes.

Selon les résultats obtenus, les nouveaux cas dans la population générale ont diminué considérablement entre 2008 (143) et 2012 (29). Cela signifie que les années suivant le lancement du PSNM ont vu une multiplication par 5 du rythme de la baisse des nouvelles infections.

Les nouveaux cas d'infection à VIH chez les jeunes s'élèvent à 9 dont 2/3 de jeunes filles. Sur chaque 4 nouveaux cas survenus dans les Nippes, un est âgé de 15 à 24 ans. Pour les enfants de moins de 15 ans, les nouveaux cas connaissent une baisse tendant à inverser la transmission verticale. Seulement 4 enfants sont nouvellement infectés par le VIH en 2015-2016.

Selon les données affichées sur le tableau 22, un total de 237 décès ont été estimés dans les Nippes en 2015 soit un taux de mortalité de 63% PVVIH. Toutes les semaines, en moyenne 4 à 5 personnes disparaissent des causes liées au VIH. En 2016, SPECTRUM projette une légère baisse du taux de mortalité des PVVIH dans les Nippes. Les adultes en âge de procréer représentent les deux tiers des cas de décès survenus en 2015.

Comme nous l'avions mentionné précédemment, depuis 2002, l'année de pic de l'épidémie, la prévalence du VIH ne cesse de diminuer dans les Nippes. Elle s'établit à 1,5% en 2015 chez les adultes de 15-49 ans ; alors que le taux est 5 fois plus faible chez les jeunes (0,3%).

Tableau 42. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le département des Nippes selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc.	Fem.	Ensemble	Masc.	Fem.
Enf. 0-14 ans	4	2	2	4	2	2
Jeunes 15-24	9	3	6	9	3	6
Adultes 15-49	29	12	17	29	12	17
Adultes 15 et +	31	13	18	33	14	19
Ensemble	36	16	20	36	16	20
Décès en 2015			Décès en 2016			
Enf. 0-14 ans	12	6	6	8	4	4
Jeunes 15-24	6	3	3	7	3	4
Adultes 15-49	157	69	88	142	60	82
Adultes 15 et +	225	104	121	209	93	116
Total	237	110	127	218	97	121
Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %) du VIH en 2016			
Jeunes 15-24	0,29	0,27	0,30	0,30	0,29	0,32
Adultes 15-49	1,51	1,19	1,84	1,38	1,07	1,68

4.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans les Nippes

Les données présentées dans le tableau suivant vont permettre aux responsables départementaux de faire le point sur la riposte à l'épidémie du VIH en matière de performance du traitement ARV au cours des dernières années.

Il suffit de rapporter le nombre de personnes actives aux besoins annuels dans le tableau pour déterminer la performance. A ne pas confondre avec le taux de couverture des ARV présenté dans le tableau 24, selon lequel les actifs ARV se rapportent au nombre de PVVIH pour l'année.

De plus, les données serviront d'informations stratégiques avec lesquelles les planificateurs au niveau départemental vont ajuster les objectifs/cibles destinés aux intervenants. Dans les nippes, les besoins ARV suivant les critères d'éligibilité CD4, sont estimés à 3.510 en 2014 dont 88 enfants (seulement 2,5%). Ce paramètre étant une fonction directe du nombre de PVVIH, il est fort évident que les besoins aux ARV décroissent proportionnellement à la population de séropositifs. En 2016, les besoins atteignent 3.209 [2.591 ; 4.045] soit une réduction de moins de 10% par rapport à 2014.

Sur tout le département des Nippes, les femmes enceintes qui auraient besoin des ARV dans le cadre de la lutte contre la transmission verticale représentent une proportion de 3% de l'ensemble des besoins ARV en 2016 soit un effectif de 96 gestantes séropositives. Ce nombre diminuera de 10% en 2017.

Tableau 43. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le département des Nippes entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	3.510	3.422	88	117
2015	3.354	3.273	81	107
2016	3.209	3.135	74	96
2017	3.099	3.033	66	87

Dans les Nippes, globalement un PVVIH sur deux aurait reçu les ARV en 2015 (49%). Avec seulement 72 enfants actifs au 31 décembre 2015, la couverture ARV est excessivement faible, 31% seulement. Il va falloir mettre le paquet sur l'extension des ARV pédiatriques au niveau du département des Nippes.

De toutes les catégories de PVVIH traitées dans les Nippes, les femmes enceintes séropositives seraient les mieux pourvues en ARV. La couverture pour ce groupe est pratiquement complète en 2015. Un effectif de 105 femmes enceintes sur un total de 107 a reçu les ARV ; ce qui représente une amélioration de 15% de la couverture de la PTME à la fin de 2015.

Tableau 44. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département des Nippes entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	47	50	29	85
2015	49	52	31	98

5. Département du Nord

Le Nord est l'un des dix départements d'Haïti. Sa superficie est de 2.106 km² et sa population est de 1.067.177 habitants¹⁷ en 2015. Sa capitale est Cap-Haïtien, fondée en 1670 par Bertrand d'Ogeron, surnommée le Paris de Saint-Domingue. Il comprend 7 arrondissements et 19 communes.



Cap-Haïtien est le chef-lieu et grand pôle urbain, il est connu comme ayant la plus grande concentration de monuments historiques et comme étant une région dont l'économie repose sur le tourisme. Ses eaux calmes et ses plages caribéennes pittoresques, la Citadelle

Laferrière : un site du patrimoine mondial, en ont fait une destination de villégiature.

Il est également unique par son architecture coloniale française, qui a été particulièrement bien préservée. C'est dans le Nord que Nos deux plus grand héros de l'indépendance fussent nés: Toussaint Louverture et Jean-Jacques Dessalines.

Chaîne de la Grande Rivière du Nord, Chaîne de Saint Raphael constituent les deux grandes montagnes du département du Nord. Et, la Grande Rivière du Nord, Les rivières du Haut du Cap, du Limbé. Les Trois-Rivières et la rivière Bouyaha prennent leur source dans ce département. Du côté de loisir, deux orchestres de renommées nationales et internationales : Septentrional et Tropicana d'Haïti.

L'économie du département du Nord est assurée par: agriculture, commerce, tourisme, les différents métiers y compris les enseignants, les professions libérales, administrations publiques et ONG.

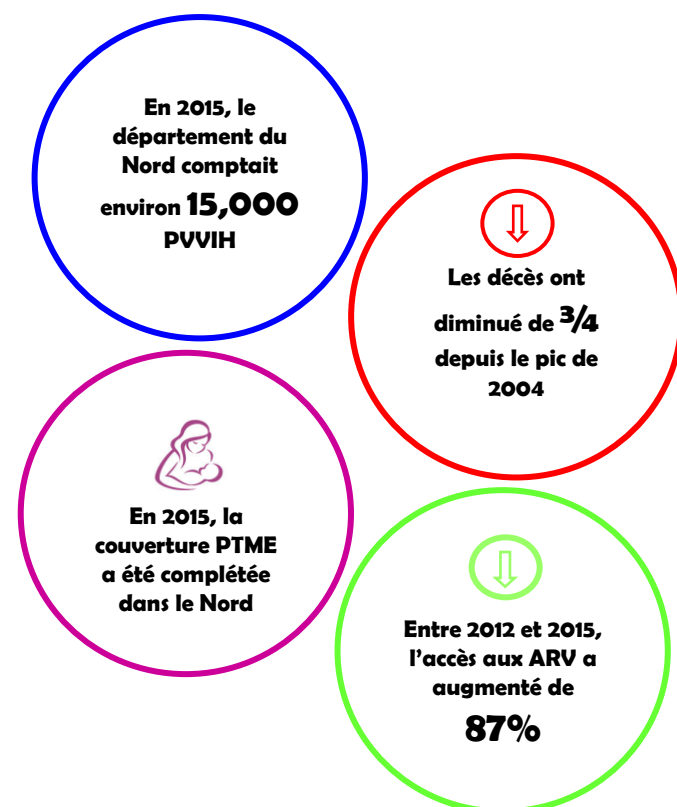
Du point de vue sanitaire, le système de soins du département du Nord contient: 89 institutions¹⁸ dont 57 réguliers (celles qui acheminent mensuellement leurs rapports au bureau départemental). Parmi les 89 institutions 17 offrent des conseils en VIH à la population. Actuellement, 14/17 institutions assurent la prise en charge des PVVIH dans le département du Nord.

5.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique dans le Nord

Selon les résultats de l'EMMUS réalisée en 2012, le département du Nord est l'une des 4 régions avec un taux de prévalence du VIH de moins de 2%. Il est avec le Sud au rang 2 des départements les moins affectés par l'épidémie du VIH.

Entre 2006 (2,9%) et 2012 (1,7%), le Nord a pu inverser la tendance de l'épidémie. Le recul est surtout marqué par cette baisse de moitié de la prévalence du VIH chez les hommes passant de 3,3% à 1,6%.

Les interventions menées dans l'intervalle ont eu également des répercussions favorables sur les jeunes qui vivent dans le département du Nord. En effet, la proportion de jeunes séropositifs a baissé de près de moitié. Le comportement des jeunes garçons a significativement été influencé puisqu'ils ont connu une multiplication par 3 du rythme de la baisse de la prévalence du VIH.



¹⁷ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015

¹⁸ IHE et ICF international. Evaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013.

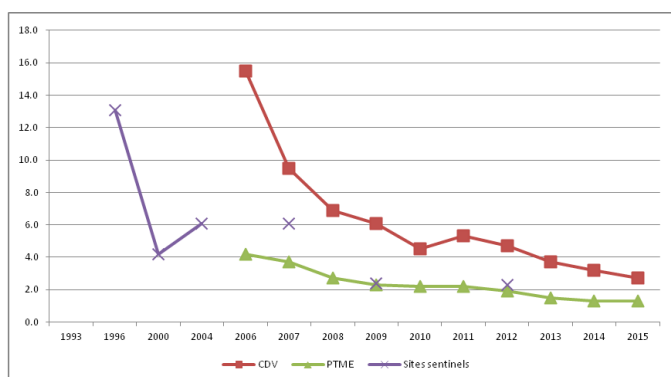
Tableau 45. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le Nord

Institution	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Centre de Santé la Fossette	Urbain	-	-	13,1	268	3,6	83	6,1	213	6,3	367	3,5	57	5,1	74
	Rural	-	-	-	-	4,6	153	6,04	182	3,6	28	1,3	315	2,2	364
Hôp Universitaire Justinien	Urbain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	319	1,8	342
	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,8	62	1,8	57
Ensemble		-	-	13,1	268	4,2	236	6,1	395	6,1	395	2,4	753	2,3	837

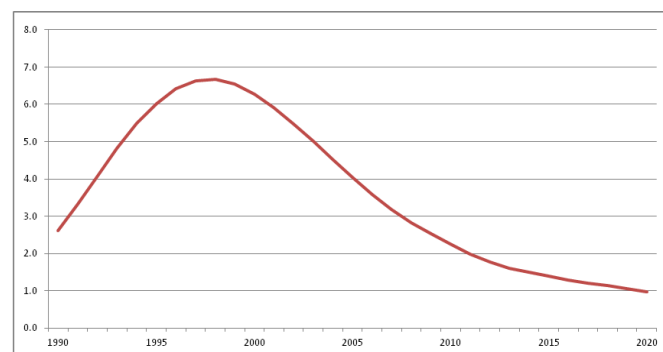
Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14.

En se basant sur les données recueillies auprès des CDV et centres PTME au niveau du département du Nord, la prévalence du VIH est en baisse constante chez les utilisateurs de services de dépistage et conseils entre 2006 et 2015.

Pour les hommes et les femmes non enceintes le taux de positivité est passé de 15% à moins de 3% en 10 ans. Seule l'année 2011 a vu une relance du taux qui n'a pas duré. Pour les femmes enceintes vues en CPN la baisse est moins rapide mais le taux a été initialement plus bas que celui des CDV. La prévalence globale chez les femmes enceintes vues en CPN1 au cours de la période a conforté cette stabilité de l'épidémie.

**Graphique 13. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires du Nord de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016**

Selon les résultats des Estimations/projections de 2016, le département du Nord a connu une expansion plus ou moins modérée de l'épidémie du VIH. La phase d'expansion s'est accélérée jusqu'en 1998 avec un pic de 6,7%. L'épidémie a été contrainte de reculer au point qu'en 2005 la chute de la prévalence a été considérable (40%). Il s'ensuit une baisse rapide de la prévalence telle que précédemment indiquée à travers les 2 EMMUS. SPECTRUM estime qu'en 2015 la proportion de personnes séropositives vivant dans le Nord s'établit à 1,4%. A l'horizon 2020, l'impact de l'épidémie aura suffisamment atténué pour maintenir la prévalence en dessous de 1%.

**Graphique 14. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans le Nord de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016**

5.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord

Tableau 46. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour le Nord, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	2.934	2.239	1.263	695
2001	2.226	1.566	883	660
2002	1.755	1.136	640	620
2003	1.361	787	444	574
2004	1.042	519	293	523
2005	771	320	180	451
2006	567	185	104	382
2007	468	100	56	369
2008	408	51	29	356
2009	380	32	18	348
2010	348	31	18	317
2011	254	41	23	213
2012	166	56	32	109
2013	119	71	40	48
2014	125	87	49	39
2015	115	99	56	16

Tableau 47. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour le Nord, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	43.815	41.189	23.089	2.626
2001	42.703	39.941	22.516	2.762
2002	40.984	38.120	21.610	2.864
2003	38.802	35.872	20.450	2.930
2004	36.290	33.335	19.111	2.955
2005	33.573	30.644	17.669	2.929
2006	30.810	27.953	16.206	2.857
2007	28.216	25.434	14.822	2.782
2008	25.893	23.199	13.593	2.694
2009	23.748	21.153	12.467	2.595
2010	21.742	19.275	11.424	2.468
2011	19.753	17.484	10.411	2.269
2012	18.007	15.977	9.563	2.030
2013	16.610	14.825	8.934	1.785
2014	15.565	13.995	8.489	1.570
2015	14.764	13.402	8.165	1.362

Tableau 48. Données estimées 2000-2015 du total de la prévalence du VIH pour le Nord, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	9,29	8,26	10,64	7,94
2001	8,76	7,81	10,10	7,42
2002	8,14	7,28	9,45	6,82
2003	7,46	6,69	8,72	6,19
2004	6,75	6,07	7,95	5,54
2005	6,04	5,45	7,18	4,90
2006	5,36	4,86	6,42	4,30
2007	4,74	4,32	5,73	3,76
2008	4,20	3,85	5,11	3,29
2009	3,71	3,43	4,56	2,86
2010	3,27	3,06	4,06	2,49
2011	2,88	2,71	3,60	2,16
2012	2,54	2,43	3,21	1,88
2013	2,28	2,20	2,91	1,66
2014	2,07	2,03	2,67	1,48
2015	1,91	1,91	2,48	1,34

Tableau 49. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Nord, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	2,815	2,427	1,243	388
2001	3,023	2,630	1,362	393
2002	3,174	2,784	1,458	390
2003	3,261	2,880	1,524	381
2004	3,292	2,926	1,564	366
2005	3,249	2,909	1,570	340
2006	3,111	2,803	1,528	308
2007	2,864	2,575	1,415	289
2008	2,549	2,269	1,247	280
2009	2,354	2,085	1,145	269
2010	2,194	1,939	1,073	255
2011	2,097	1,879	1,056	218
2012	1,784	1,622	907	162
2013	1,408	1,290	700	118
2014	1,075	983	524	92
2015	825	757	409	68

5.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Nord

5.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

En considérant les données présentées dans le tableau 50, le nombre de personnes infectées par le VIH dans le Nord s'élève à 14.765 en 2015 dont 1.362 enfants, soit 9%. Les jeunes représentent 8% de la population de PVVIH dans le Nord. Tous les groupes d'âge sont affectés mais les 34-39 ans ont particulièrement pesé dans la population totale de PVVIH avec 19% de l'ensemble. La moitié des séropositifs est âgé de 35 à 49 ans. Dans l'ensemble, le sexe féminin représente 60% des personnes infectées par le VIH dans le Nord.

Enfin, les données du tableau ci-dessous indiquent que l'effectif des PVVIH subira une baisse de 4% en 2016.

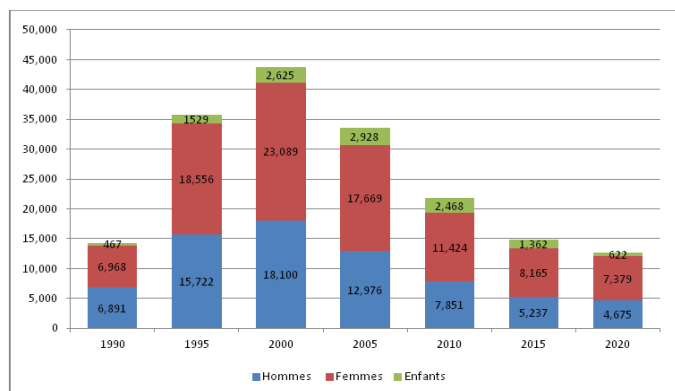


Tableau 50. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Nord selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc.	Fém.	Ensemble	Masc.	Fém.
0-4	171	87	84	95	48	47
5-9	537	270	267	492	248	244
10-14	654	328	326	592	297	295
15-19	681	324	357	687	326	361
20-24	471	210	261	531	239	292
25-29	483	128	355	423	135	288
30-34	1.635	348	1.287	1.290	271	1.019
35-39	2.833	800	2.033	2.620	691	1.929
40-44	2.585	1.003	1.582	2.604	949	1.655
45-49	1.931	935	996	1.943	906	1.037
50-54	1.278	680	598	1.328	694	634
55-59	725	395	330	763	413	350
60-64	392	211	181	414	223	191
65-69	194	101	93	204	106	98
70-74	109	56	53	110	56	54
75-79	54	29	25	56	29	27
80 et +	32	18	14	33	18	15
Total	14.765	5.923	8.842	14.185	5.649	8.536

Les enfants représentent avec un effectif de 1362 une proportion de 10% de PVVIH dans le Nord. Les moins de 5 ans pèsent seulement à peu près 4% des moins de 15 ans. L'augmentation graduelle de la proportion d'enfants de 0 à 14 ans à travers le temps témoignerait particulièrement de la volonté des femmes séropositives à revendiquer leur droit à la procréation¹⁹. Le pourcentage des femmes enceintes séropositives ayant déjà initié un traitement augmente au cours de ces dernières années selon les données portées sur MESI.

Pour les adultes de plus de 15 ans, l'indice de masculinité a évolué à la baisse dans le temps ce qui est vraisemblablement la tendance nationale de l'évolution de l'épidémie au niveau du pays marquée par la féminisation déclenchée peu après 1990 (Voir graphique 15).



Graphique 15. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Nord. MSPP-PNLS 2016.

SPECTRUM projette une légère baisse de l'effectif des PVVIH au sein de tous les groupes présentés dans le tableau 27, à l'exception des plus âgés.

La proportion de jeunes s'élève à 8% des PVVIH dans le département du Nord. Les 15-49 ans sont les plus représentés avec plus de 70% de l'ensemble.

Le nombre de PVVIH âgés de 50 ans au moins passera de 2.784 à 2.908 soit une croissance de 4%. Ceci est l'expression de l'amélioration de la durée de vie des gens les plus âgés grâce notamment au succès du système de soins dans la mise sous traitement d'un plus grand nombre d'individus identifiés à travers près d'une vingtaine de sites de dépistage du VIH dans le département du nord.

Tableau 51. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Nord selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants <1an	10	5	5	8	4	4
Enf. 1-4 ans	161	82	81	187	44	43
Enf. 0-14 ans	1.362	685	677	1.179	593	586
Jeunes 15-24	1.152	534	618	1.218	565	653
Adultes 15-49	10.620	3.749	6.871	10.098	3.517	6.581
Adultes 15 & +	13.402	5.237	8.165	13.007	5.057	7.950
Adultes 50 & +	2.784	1.490	1.294	2.908	1.539	1.369

5.3.2 Répartition des nouveaux cas en 2015 et 2016 dans le Nord

En 2015, pour le département du Nord, SPECTRUM estime 115 nouveaux cas d'infection au VIH, soit un peu plus de 2 cas par semaine. Près de 9 sur 10 sont des adultes de plus de 15 ans. Sur chaque 3 nouveaux cas d'infection à VIH, un est âgé de 15-24 ans, soit 32%. En 2015, près de trois quart des nouvelles infections (73%) survenus chez les jeunes sont des filles. Entre 2005 et 2015, les nouveaux cas sont à près 4 fois plus faibles chez les jeunes. Une légère baisse est projetée pour l'année 2016.

Selon les données présentes sur le tableau 52, on estime que dans le nord, près de 825 cas de décès sont survenus en 2015, ce qui porte à près de 53,000 le cumul de décès au sida dans le Nord. A noter que selon SPECTRUM le premier cas de décès dû au sida est survenu en 1980. Une décennie par la suite on avait déjà atteint un millier. L'épidémie a été particulièrement plus dévastatrice autour des années 2004. A cette époque, le nombre de décès a été estimé à 3.000 en moyenne.

En moyenne 15 à 16 PVVIH sont décédés des causes liées au sida. Selon les résultats, les décès survenus en 2015 représentent seulement 25% des cas estimés en 2004 : année marquant le pic des décès dans le Nord. En d'autres termes les décès liés au sida ont reculé de trois quarts.

¹⁹ MSPP-PNLS-DSF. Les déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes VIH positives sous traitement antirétroviral en Haïti. 2014.

En 2016, le modèle projette une chute de 27% de décès du sida dans la population générale.

Tableau 52. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le Nord selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fem	Ensemble	Masc	Fem
Enf. 0-14 ans	16	8	8	13	7	6
Jeunes 15-24	37	10	27	36	10	26
Adultes 15-49	92	39	53	90	38	52
Adultes 15 et +	99	43	56	97	42	55
Ensemble	115	51	64	110	49	61
	Décès en 2015			Décès en 2016		
Enf. 0-14 ans	68	34	34	52	26	26
Jeunes 15-24	38	20	18	34	18	16
Adultes 15-49	547	225	322	383	157	226
Adultes 15 et +	775	348	409	550	254	296
Ensemble	825	382	443	602	279	322
	Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %) du VIH en 2016		
Jeunes 15-24	0,56	0,52	0,59	0,59	0,55	0,62
Adultes 15-49	1,91	1,34	2,48	1,78	1,24	2,33

Le tableau ci-dessous présente les besoins ARV en fonction du critère d'éligibilité en vigueur dans le système jusqu'à la fin du premier semestre de l'année 2016. Le modèle SPECTRUM projette 12.747 PVVIH ayant les antirétroviraux pour le traitement à vie dont seulement 3% d'enfants. Les femmes enceintes initiées contribuent à hauteur de 4% de l'ensemble des besoins ARV en 2016. Un effectif de 514 Femmes enceintes sont attendues au niveau de plus d'une dizaine d'établissements sanitaires offrant la PEC dans le cadre de la prévention de la transmission verticale. En 2017, les besoins de traitement s'élèveront à 12.558 dans le département du Nord. Les données contenues dans le tableau F5 serviront de base de travail pour les planificateurs départementaux en vue d'orienter les intervenants afin de mieux cibler leurs actions pour une riposte adéquate.

Tableau 53. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Nord entre 2014 et 2017. MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	13.424	12.952	472	654
2015	12.958	12.559	399	577
2016	12.747	12.387	360	514
2017	12.558	12.226	332	462

5.3.3 Couverture ARV en 2015 et 2016 dans le Nord

Entre 2014 et 2015, une variation significative du taux de couverture du traitement aux ARV a été observée globalement dans le département du Nord.

On estime qu'on est passé de 49% à 59% en 2015. La couverture a été encore plus importante pour les adultes. Néanmoins, un effort doit être consenti en vue d'initier plus d'enfants et de les garder actifs dans le système afin de combler le gap considérable affiché sur le tableau ci-dessous. Les interventions en matière de PTME sont très prometteuses dans le Nord. On estime que toutes les femmes enceintes séropositives ont été placées sous ARV en 2015. Les efforts constatés à ce niveau ont également contribué à faire reculer la TME. Les estimations indiquent que le département du Nord a connu une baisse importante de la TME incluant la période de l'allaitement à 2,85% en 2015.

Tableau 54. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département du Nord entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

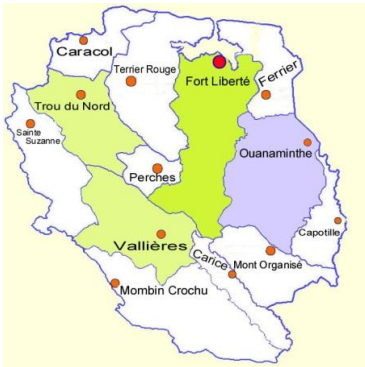
Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	49	53	22	89
2015	59	63	27	>100



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

6. Département du Nord-est

Le département du Nord-est est l'un des dix départements d'Haïti. Sa superficie est de 1.623 km² et sa population serait de 393.967 habitants en 2015²⁰. Le département du Nord-est est situé au Sud de l'Océan Atlantique et à l'Ouest de la République dominicaine, le Nord-est fait partie des plaines du nord, fief historique des planteurs blancs, des marrons, de l'armée noire de Toussaint Louverture, et des rebelles anti-américains lors de l'occupation des années 1930.



Le chef-lieu du Département du Nord-est est Fort-Liberté. Quatre (4) arrondissements, treize (13) communes et trente-six (36) sections communales forment les unités administratives de ce département. A part la commune de Ouanaminthe qui est d'origine indienne, une de ses villes (Fort-Liberté) a été fondée au XVI^{ème} siècle, une autre (Caracol) au XIII^{ème} siècle, (Perches, Trou du Nord, Terrier Rouge et Vallières) au XVIII^{ème} siècle, une autre (Mombin Crochu) au XIX^{ème} siècle, (Ferrier et Mont-organisé) au XX^{ème} siècle et les autres a une période non précisée.

Le relief du département du Nord-est est soit le morne ou la plaine suivant la commune considérée. Son climat varie du chaud au frais suivant la période.

De par les échanges transfrontaliers qui se réalisent, Ouanaminthe devient de plus en plus la ville de référence alors que la ville de Fort-Liberté est restée une ville modeste. Certains militent pour le transfert de la capitale de Fort-Liberté à Ouanaminthe.

Les principaux montagnes et rivières sont: Le Massif du Nord avec deux grandes chaînes: Vallières et Grande Rivière du Nord et Les rivières Capotille, du Massacre et Ténèbres.

Sur le plan sanitaire, le département du Nord est contient 35 institutions divisé selon les mêmes catégories des autres départements (dispensaire, cal, CSL, hôpital) et de types privé, publique, mixte et 40% de ces institutions appartiennent à l'Etat. Parmi les institutions existantes dans le département du Nord 13 d'entre elles offrent le counseling en VIH au à la population et 12 d'entre elles assurent la prise en charge des patients séropositifs.

6.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique

Les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2012 montrent que le département du Nord-est constitue la région où la prévalence du VIH est la plus élevée. Elle a subi une variation significative entre 2006 (2,7%) et 2012 (3,9%). Le pourcentage de séropositifs le plus élevé se situe dans le Nord-est.

Chez les femmes la prévalence du VIH est également la plus élevée dans le Nord-est et le Nord-ouest (4,2%).

Le Nord-est constitue avec le Nord-ouest les départements où l'épidémie est la plus répandue chez les jeunes. Globalement 1,5% des jeunes vivant avec le VIH en 2012. Par contre les jeunes garçons sont moins affectés avec un pourcentage de seulement 0,4% de séropositifs. Chez les jeunes filles, la prévalence est 5 fois plus élevée (2,3%).

Les données collectées entre 1996 et 2012 ne donnent pas les renseignements nécessaires pour établir la différence de prévalence selon le milieu de résidence. Néanmoins, dans les zones désertes autour de la commune de Ouanaminthe le tableau ci-dessous affiche une baisse de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN1 entre 2000 et 2007. Mais une tendance à la hausse a été observée lors des deux dernières versions de l'enquête.

En 2015, le département du Nord-est comptait environ 7,600 PVVIH.

Les nouvelles infections estimées chez les femmes adultes ont baissé de moitié entre 2009 et 2015.

8 femmes enceintes séropositives sur 10 (85%) ont reçu les ARV pour éviter la transmission de la mère à l'enfant.

Dans le Nord-est, l'accès aux ARV adultes a presque doublé entre 2012 et 2015.

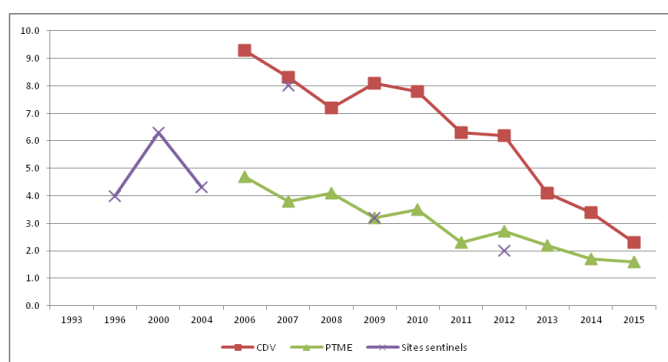
²⁰ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015

Tableau 55. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le Nord-est

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Centre Médico Social de Ouanaminthe	Urbain	-	-	5,0	141	7,0	144	4,3	301	8,4	359	2,9	321	0,8	261
Ensemble	Rural	-	-	3,0	133	5,3	95	4,2	97	3,0	34	5,0	81	9,0	45
		-	-	4,0	274	6,3	239	4,3	398	8,0	393	3,2	402	2,0	306

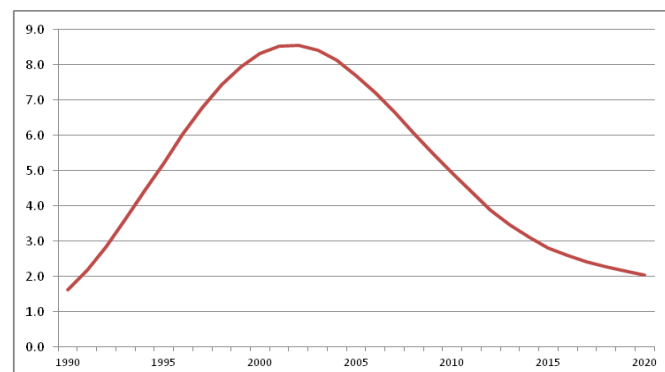
Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées entre 1993 à 2012 et qui sont exploitées au niveau de la CT / PNLS dans le cadre de l'élaboration de ce bulletin numéro 14

Parallèlement, les données affichées sur le graphe 16 marquent une relative instabilité de la prévalence du VIH entre 1996 et 2015 en milieu institutionnel. Une chose est sûre, c'est qu'à partir de 2013, l'élan de l'épidémie aura été atténué. Il est évident aussi que le niveau actuel de la prévalence du VIH reste plus élevé en Haïti.



Graphique 16. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires du Nord-est de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016

Selon le graphique 17, le Nord-est serait l'un des départements où l'épidémie est relativement la plus répandue à travers le temps. Malgré un niveau plus ou moins faible de prévalence estimée par SPECTRUM en 90 (1,6%), l'expansion de l'épidémie s'est accélérée avec une vitesse étonnante pour atteindre son pic entre 2000 et 2004 (un peu plus de 8%). La tendance s'est inversée presque de manière proportionnelle à la phase d'expansion d'où la forme de cloche régulière de la courbe de prévalence sur la période 1990-2015. Selon le graphique, l'épidémie a reculé de 40% entre 2010 (4,9%) et 2015 (2,8%). Le Nord-est reste le rare département où le modèle SPECTRUM a projeté un taux de prévalence ayant atteint 2% à l'horizon 2020.



Graphique 17. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans le Nord-est de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016

6.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord-est

Tableau 56. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour le Nord-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.826	1.593	900	233
2001	1.692	1.453	820	239
2002	1.487	1.246	703	241
2003	1.298	1.059	596	239
2004	1.046	814	458	232
2005	821	608	342	213
2006	668	476	268	192
2007	512	318	179	194
2008	415	216	122	199
2009	346	141	80	204
2010	281	92	52	189
2011	199	65	37	134
2012	161	55	31	106
2013	140	57	32	83
2014	125	64	36	61
2015	100	76	43	24

Tableau 57. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour le Nord-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	14.374	13.696	7.728	678
2001	15.187	14.433	8.176	754
2002	15.694	14.870	8.456	824
2003	15.921	15.035	8.580	886
2004	15.819	14.881	8.524	938
2005	15.436	14.462	8.316	973
2006	14.873	13.876	8.011	997
2007	14.141	13.123	7.605	1.017
2008	13.299	12.262	7.135	1.037
2009	12.428	11.373	6.656	1.054
2010	11.535	10.480	6.167	1.055
2011	10.589	9.577	5.666	1.012
2012	9.688	8.727	5.190	961
2013	8.882	7.984	4.777	898
2014	8.185	7.360	4.441	825
2015	7.584	6.848	4.168	737

Tableau 59. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Nord-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	669	561	289	108
2001	771	654	340	117
2002	869	745	391	124
2003	959	829	438	130
2004	1.038	905	482	133
2005	1.097	967	519	130
2006	1.130	1.008	546	122
2007	1.148	1.023	560	125
2008	1.166	1.037	570	128
2009	1.130	998	542	132
2010	1.092	964	528	128
2011	1.068	956	530	112
2012	995	901	504	94
2013	885	802	445	83
2014	770	698	376	72
2015	654	602	321	53

Tableau 58. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour le Nord-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	8,32	7,34	9,57	7,07
2001	8,53	7,53	9,85	7,20
2002	8,55	7,57	9,93	7,17
2003	8,42	7,46	9,83	7,02
2004	8,13	7,21	9,53	6,72
2005	7,70	6,85	9,07	6,32
2006	7,20	6,42	8,54	5,87
2007	6,65	5,94	7,92	5,37
2008	6,06	5,43	7,27	4,85
2009	5,48	4,93	6,62	4,34
2010	4,92	4,44	5,99	3,85
2011	4,38	3,97	5,38	3,39
2012	3,89	3,55	4,81	2,97
2013	3,46	3,18	4,32	2,61
2014	3,11	2,87	3,92	2,30
2015	2,81	2,62	3,58	2,04

6.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Nord-est

6.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016 dans le Nord-est

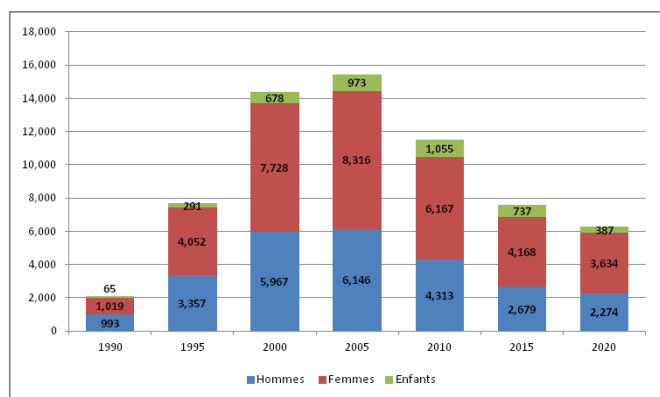
En se référant au tableau ci-dessous, les données indiquent qu'en 2015 l'effectif de PVVIH s'élève à 7.587 dans le Nord-est. La plupart des PVVIH (60%) sont des personnes de sexe féminin. Les enfants représentent seulement 3% de l'effectif alors que les jeunes pèsent à peu près 6%. Le Nord-est est l'un des départements où les plus de 50 ans sont les plus faibles de l'ensemble de séropositifs (14%). C'est également le seul groupe où l'effectif connaîtra une augmentation en 2016. Globalement, la population des PVVIH subira une diminution de près de 6% en 2016.



Tableau 60. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Nord-est selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
0-4	162	82	80	111	56	55
5-9	295	148	147	274	138	136
10-14	281	141	140	269	135	134
15-19	219	98	121	237	106	131
20-24	217	65	152	208	70	138
25-29	626	136	490	494	111	383
30-34	1.388	381	1.007	1.206	314	892
35-39	1.491	546	945	1.450	500	950
40-44	1.077	490	587	1.084	473	611
45-49	761	392	369	748	376	372
50-54	486	261	225	492	260	232
55-59	272	146	126	278	148	130
60-64	151	79	72	155	81	74
65-69	77	40	37	79	40	39
70-74	45	24	21	44	23	21
75-79	25	14	11	24	13	11
80 et +	14	8	6	14	8	6
Total	7.587	3.051	4.536	7.167	2.852	4.315

Le graphique 18 suivant compare les effectifs d'adultes mâles et de sexe féminin ainsi que des enfants dans la population de PVVIH au cours des 30 dernières années. Au début de la période le nombre de femmes de plus de 15 ans était à peine plus élevé que celui des hommes. Alors dit-on que l'indice de masculinité était proche de 1. Mais à mesure qu'on avance dans le temps l'écart entre les sexes devient plus grand. Après 20 ans de mutation le rapport homme/femme affiche 70 et tombe à 64 en 2015. Selon les projections on aura en 2020 seulement 62 hommes pour 100 femmes séropositives. Parallèlement la proportion d'enfants augmente avec le temps.



Graphique 18. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Nord-est. MSPP-PNLS 2016

Les résultats produits à partir de la dernière révision de l'exercice des estimations/projections indiquent que dans le département du Nord-est 736 enfants vivaient avec le VIH. Ce qui représente 10% de l'ensemble de PVVIH. Les moins de 5 ans pèsent 22% des moins de 15 ans, contre seulement 4% dans le département du Nord. En 2016, on estime que la proportion des moins de 5 ans passera à 17%. A l'instar de la plupart des départements les jeunes contribuent à hauteur de 6% de l'effectif des PVVIH dans le Nord-est soit 435. C'est l'un des rares départements pour ne pas dire le seul département où l'effectif des jeunes n'aura pas baissé en 2016.

En 2015, l'effectif de PVVIH âgé entre 15 et 49 ans (5.778) représente 76% de l'ensemble des séropositifs résidant dans le Nord-est tandis que cette proportion est de 72% dans le nord. A l'inverse, le Nord-est compte 14% de PVVIH âgés d'au moins 50 ans, contre 18% dans le Nord.

Globalement dans le département du Nord-est, SPECTRUM projette une diminution de 5,5% de l'effectif de PVVIH pour 2016.

Tableau 61. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Nord-est selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants < 1 an	15	8	7	6	3	3
Enf. 1-4 ans	147	74	73	105	53	52
Enf. 0-14 ans	736	370	366	653	328	325
Jeunes 15-24	435	163	272	445	176	269
Adultes 15-49	5.778	2.108	3.670	5.428	1.951	3.477
Adultes 15 & +	6.847	2.679	4.168	6.512	2.523	3.989
Adultes 50 & +	1070	572	498	1086	573	513

6.3.2 Répartition des nouveaux cas 2015 et 2016 dans le Nord-est

Selon les données présentées sur le tableau 62, il y avait en 2015 un effectif de 100 nouveaux cas d'infections à VIH dans le Nord-est. L'incidence s'élève à 0,27 contre 0,11 pour mille dans le Nord-est. Sur la base de cet indicateur, les nouveaux cas d'infections à VIH seraient deux fois plus élevés dans le Nord-est. En 2016, les nouveaux cas estimés subiront une baisse de 15%. Pour chaque 10 nouveaux cas survenus en 2015 on compte trois jeunes âgés de 15-24 ans.

Globalement entre 2011 et 2015, les nouveaux cas d'infections à VIH ont baissé de moitié dans le Nord-est alors que pour la même période les nouveaux cas se stabiliseront autour d'un effectif de 27.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015, le département du Nord-est aurait enregistré 654 cas de décès liés au sida ; soit 12 à 13 personnes décédées toutes les semaines dont un enfant de moins de 15 ans.

Le taux de mortalité générale s'élève alors à 8,6% soit 10% pour les hommes contre 7,6% de personnes séropositives au VIH de sexe féminin. En 2016, le modèle SPECTRUM projette une diminution de 25% du taux de mortalité de PVVIH.

Selon les résultats affichés par le modèle, le Nord-est a enregistré son premier cas de décès en 1982. Avec l'expansion de l'épidémie, on était déjà à 11 mille cas en 2008, l'année la plus meurtrière avec près de 1.200 morts dus au sida. Depuis lors, la Prise en Charge a permis de baisser les décès de moitié.

Selon les données présentées à la 3^e partie du tableau 62, la prévalence estimée est établie à 2,8% en 2015. En conséquence, la tendance à la hausse constatée entre les deux EMMUS de 2006 et 2012, serait inversée à partir de 2016.

Tableau 62. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le département du Nord-est selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants 0-14 ans	24	12	12	10	5	5
Jeunes 15-24	29	8	21	28	8	20
Adultes 15-49	70	30	40	70	30	40
Adultes 15 et +	76	33	23	75	33	22
Ensemble	100	45	55	85	38	47
	Décès en 2015			Décès en 2016		
Enfants 0-14 ans	53	26	27	36	18	18
Jeunes 15-24	17	8	9	14	7	7
Adultes 15-49	463	198	265	327	139	188
Adultes 15 et +	602	281	321	428	199	229
Ensemble	654	307	347	464	217	247
	Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %) du VIH en 2016		
Jeunes 15-24	0,56	0,42	0,70	0,57	0,45	0,69
Adultes 15-49	2,81	2,04	3,58	2,59	1,86	3,33

6.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Nord-est

Sur la base de critère d'éligibilité pour l'initiation des ARV, SPECTRUM projette un nombre inférieur au nombre de PVVIH pour le département du Nord-est. Mais avec l'accélération de la mise sous traitement au cours de l'année 2016, ces chiffres peuvent se révéler inappropriés dans une logique d'accès universel. Néanmoins, ces chiffres peuvent servir pour faire le point sur la riposte et contribuer à la planification de la réponse pour l'année 2017.

En 2016, un effectif de 6.148 PVVIH ont été attendus dans le système de soins du département du Nord-est dont 169 enfants. Selon le tableau présenté G5, les besoins sont en baisse pour 2017.

Ceci est du au fait que le nombre de PVVIH est en baisse constante. Les besoins de PTME s'élèvent à 328 pour 2016.

Tableau 63. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Nord-est entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	6.890	6.608	282	417
2015	6.413	6.200	213	368
2016	6.148	5.979	169	328
2017	5.979	5.839	140	294

En se basant sur l'effectif global de PVVIH à mettre sous traitement, le tableau 36 indique une assez faible couverture des ARV dans le Nord-est en 2014 et 2015. Au cours de la période, on est passé de 21% à 29% globalement. Cependant, les performances chez les enfants est relativement très faible par rapport à l'ensemble des PVVIH. Seules les femmes enceintes ont pu bénéficier des ARV dans une proportion élevée en 2015, soit 8 femmes traitées sur les séropositives au VIH. A ce niveau, la performance est tout à fait considérable et le tableau montre une accélération importante par rapport à 2014 (52%). Cette situation a des répercussions sérieuses sur le taux de TME, puisque en 2014, près de 15% des enfants nés de mères séropositives étaient contaminés. Mais les efforts déployés en 2015 ont permis de réduire de plus de moitié le taux de TME (6,5%). Bien que le modèle projette selon les résultats obtenus une importante baisse en 2016, on est encore loin de l'objectif de moins de 2% de transmission verticale incluant la période d'allaitement maternel dans le cadre de la riposte.

Ces chiffres doivent interpeller les responsables du Nord-est et de la Coordination nationale en vue de rattraper ces écarts pour définitivement lancer le département relativement le plus touché par l'épidémie du VIH vers l'élimination à l'horizon 2030.

Tableau 64. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le Nord-est entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

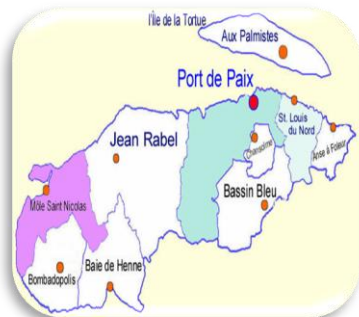
Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	21	23	11	52
2015	29	32	14	85



7. Département du Nord-ouest

Le département du Nord-Ouest est l'un des dix départements d'Haïti. Sa superficie est de 2 176 km² et sa population est estimée en 2015 à 728.805 habitants²¹.

Situé sur les rives du passage du Vent, détroit qui sépare Haïti de Cuba, le Nord-Ouest attire l'intérêt stratégique de Christophe Colomb (qui accoste au Môle-Saint-Nicolas en 1492), ainsi que des flibustiers français qui s'installent ici au XVIII^e siècle et fondent ainsi la colonie française de Saint-Domingue.



Le département du Nord-ouest est une presqu'île, baignée : au sud par le golfe de la Gonâve, à l'ouest par le canal du vent, au nord par l'océan atlantique et à l'est par le département du Nord. Sur le plan administratif, le département est divisé en 3 arrondissements, 10 communes, trois quartiers et de trente et une (31) sections communales.

Du point de vue économique : À l'exception de l'île de la Tortue et de la région côtière près de Port-de-Paix, le Nord-Ouest est aride. Autrefois ville exportatrice de bananes et de café. Actuellement le Môle Saint Nicolas vit à 60 % de la pêche, à 15 % d'élevage caprin et à 25 % d'agriculture : pistache, maïs, patate, figue, banane, manioc, cocotier, etc. L'économie locale repose également sur la culture du café, du coton et du tabac. Du miel est récolté par les apiculteurs locaux dans des ruches aménagées.

Sa beauté naturelle, ses plages de sable fins et blancs, sa large baie protégée des vents, son carénage, baignés par une mer claire et bleuâtre, ses coraux où vivent des multitudes de poissons multicolores, son panorama exotique et luxuriant, ses rues tracées au cordeau et ses vestiges coloniaux, sa fine gastronomie. Son relief est dominé par le plateau ou le morne.

Sur le plan sanitaire, le département du Nord-ouest comprend 84 institutions²². Elles sont catégorisées en CSL, CAL, dispensaire, hôpital. 12 d'entre elles offrent le service de counseling de dépistage et un effectif de 10 assurent la prise en charge des PVVIH en 2016.

7.1 Bref aperçu de la situation épidémiologique

Selon les résultats de l'EMMUS V, le Nord-ouest forme avec le Nord-est les 2 régions les plus touchées par l'épidémie de VIH avec des taux de prévalence de plus de 3%. Le problème avec ces départements, c'est que contrairement aux Nippes et le Sud-est, l'épidémie s'est propagée rapidement entre 2006 et 2012.

Ainsi on est passée de 2,0% à 3,2% de prévalence dans la population générale, soit une augmentation de 60% au cours de la période dans le Nord-ouest. Elle est deux fois plus élevée chez les femmes (4,2%) que chez les hommes (2,1%) en 2012. En comparant ces résultats à ceux de 2006 (EMMUS IV), les deux sexes (adultes 15-49 ans) ont vu la maladie progresser de manière significative. Cependant la vitesse de propagation chez la femme dépasse largement celle des hommes.

Chez les jeunes, la situation serait stable en se basant sur les deux dernières versions de l'EMMUS, soit globalement 1,6% de prévalence en 2006 contre 1,7% en 2012. Malgré la proportion de jeunes filles séropositives soit 2,5% fois plus élevé que celle du sexe mâle, la prévalence n'a relativement pas trop varié au cours de la période.

En se basant sur les données des enquêtes séroprévalence auprès des femmes enceintes à Beraca et dans l'hôpital départemental, le tableau 37 affiche une évolution irrégulière de la prévalence chez les femmes enceintes entre 1993 et 2012. L'atténuation de l'épidémie à travers le temps apparaît évidente en milieu urbain (pour le groupe de femmes non enceintes bien entendu) ; car la prévalence est passée de 11,4% à 2,8% sur la période. Par contre, les données montrent que la prévalence n'a pas significativement baissé dans le milieu rural, mais plutôt se stabilise autour de 3% avec un pic atteignant plus de 8% en 2000. Le Nord-ouest reste le seul département où l'année 2012 affiche une prévalence presque identique dans les zones de résidence urbaine et rurale.



²¹ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015

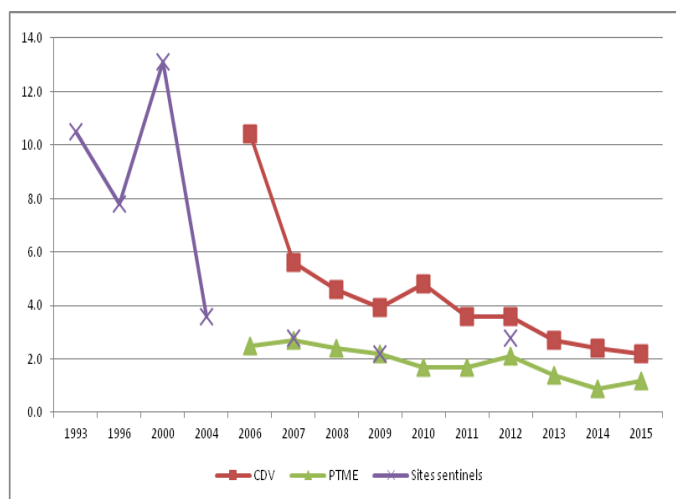
²² IHE et ICF international. Evaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013.

Tableau 65. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le Nord-ouest

Institution	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
HIC de Port de Paix & Beraca	Urbain	11,4	246	8,3	216	17,2	122	3,1	195	2,7	297	2,0	302	2,8	323
	Rural	3,2	31	5,6	54	8,5	106	4,1	195	3,3	92	2,83	106	3,0	69
Ensemble		10,5	277	7,8	270	13,1	228	3,6	390	2,8	389	2,2	408	2,8	392

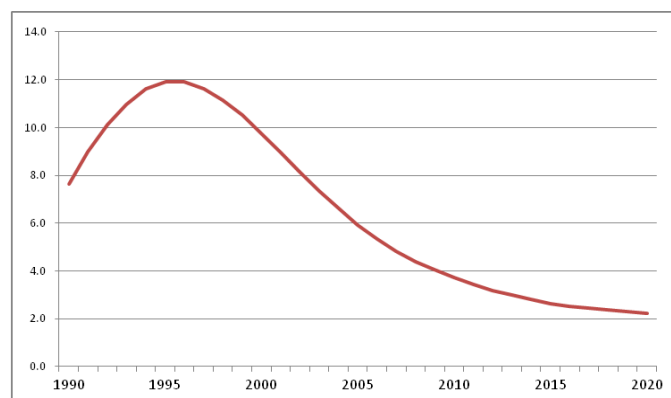
Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées en Haïti.

En se basant sur les données recueillies auprès des CDV et centres PTME au niveau du département du Nord, la prévalence du VIH est en baisse constante chez les utilisateurs de services de dépistage et conseils entre 2006 et 2015 au niveau du Nord-ouest. L'année 2006 a affiché le taux de séropositivité le plus élevé, soit 10,2%. La courbe en CPN a une allure d'une pente moins raide avec une progression vers la baisse. En 2015, le taux de séropositivité était de 1,5%.



Graphique 19. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires du Nord-ouest de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016

Le Nord-ouest est le département ayant la prévalence du VIH la plus élevée au début de la période de référence. Entre 1985 (1,8%) et 1990 (7,6%), la population générale a vu une multiplication par 4 du rythme de croissance de la prévalence du VIH. Au cours des 5 prochaines années, l'accélération s'est atténuée et la prévalence atteignit son pic (12% en 1995-96) pour afficher le niveau le plus élevé jamais atteint dans aucune région du pays à aucun moment de la durée. Selon le graphique 20, la phase de recul s'est déclenchée par la suite et au bout de quelques années la prévalence est tombée en dessous de la barre des 10% à partir de l'an 2000 pour atteindre 2,6% en 2015. Au cours du prochain quinquennat, la prévalence du VIH se stabilisera autour de 2,3% dans ce département.



Graphique 20. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans le Nord-ouest de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016

7.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Nord-ouest

Tableau 66. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour le Nord-ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.545	1.593	900	233
2001	1.280	1.453	820	239
2002	1.024	1.246	703	241
2003	912	1.059	596	239
2004	881	814	458	232
2005	830	608	342	213
2006	806	476	268	192
2007	826	318	179	194
2008	858	216	122	199
2009	840	141	80	204
2010	766	92	52	189
2011	702	65	37	134
2012	666	55	31	106
2013	625	57	32	83
2014	592	64	36	61
2015	555	76	43	24

Tableau 67. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour le Nord-ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	32.856	30.571	16.890	2.285
2001	31.194	28.869	16.019	2.325
2002	29.275	26.942	15.010	2.333
2003	27.293	24.981	13.970	2.312
2004	25.366	23.103	12.966	2.262
2005	23.512	21.332	12.012	2.180
2006	21.800	19.728	11.142	2.072
2007	20.308	18.342	10.384	1.966
2008	19.031	17.189	9.749	1.842
2009	17.918	16.206	9.204	1.712
2010	16.896	15.329	8.718	1.567
2011	15.981	14.577	8.326	1.404
2012	15.172	13.922	7.990	1.249
2013	14.481	13.377	7.722	1.104
2014	13.887	12.912	7.498	974
2015	13.383	12.530	7.303	853

Tableau 68. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour le Nord-ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	9,77	8,92	10,91	8,63
2001	8,97	8,22	10,07	7,87
2002	8,14	7,50	9,19	7,09
2003	7,34	6,79	8,33	6,35
2004	6,60	6,14	7,53	5,68
2005	5,93	5,54	6,80	5,07
2006	5,34	5,01	6,14	4,53
2007	4,83	4,55	5,58	4,08
2008	4,40	4,17	5,10	3,70
2009	4,04	3,84	4,69	3,38
2010	3,71	3,55	4,32	3,10
2011	3,43	3,30	4,02	2,85
2012	3,19	3,09	3,75	2,63
2013	2,98	2,90	3,52	2,44
2014	2,80	2,74	3,32	2,28
2015	2,64	2,60	3,14	2,14

Tableau 69. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Nord-ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	2.634	2.331	1.225	303
2001	2.701	2.407	1.276	294
2002	2.717	2.438	1.302	280
2003	2.686	2.423	1.303	263
2004	2.617	2.372	1.284	245
2005	2.509	2.286	1.245	223
2006	2.358	2.159	1.183	199
2007	2.170	1.987	1.096	183
2008	1.998	1.828	1.014	170
2009	1.826	1.670	931	156
2010	1.670	1.533	854	137
2011	1.507	1.395	752	112
2012	1.376	1.279	685	97
2013	1.223	1.137	600	86
2014	1.101	1.031	541	69
2015	976	918	495	58

7.3 Résultats de la modélisation 2015 et 2016 de SPECTRUM pour le Nord-ouest

7.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

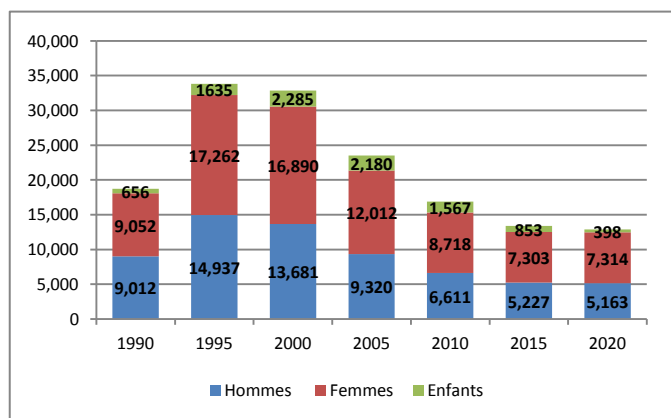
Selon les données présentées sur le tableau 38, le modèle SPECTRUM estime qu'en 2015 dans le Nord-ouest plus de 13 mille personnes seraient séropositives au VIH, pour la plupart de sexe féminin (58%). Les moins de 25 ans représentent 17% de l'ensemble du PVVIH, soit 6% d'enfants et 11% de jeunes. Le groupe d'âge 35-39 regroupe relativement plus de séropositifs (15%). Au 31 décembre 2016, les projections indiquent une baisse substantielle de population de séropositifs dans le Nord-ouest (2%). Ce résultat est révélateur de la réduction assez lente de la prévalence du VIH jusqu'à l'année 2020.

Les données produites par le modèle témoignent de l'ampleur de l'épidémie dans le département du Nord-ouest dès sa genèse. Vers la fin des années 70, on comptait déjà 51 personnes infectées dans la région. L'effectif annuel a pratiquement doublé tous les ans jusqu'en 1982 pour passer à 842. Entre 1982 et 1987, l'effectif de PVVIH (8.442) a été multiplié par 10. On estime que l'épidémie a progressé plus rapidement et plus agressivement dans le Nord-ouest que dans tous les autres départements.

Tableau 70. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département du Nord-ouest selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
0-4	158	80	78	117	59	58
5-9	291	146	145	254	128	126
10-14	405	203	202	359	180	179
15-19	561	253	308	536	242	294
20-24	933	366	567	924	365	559
25-29	1.359	519	840	1.354	519	835
30-34	1.779	697	1.082	1.728	680	1.048
35-39	2.029	800	1.229	1.961	774	1.187
40-44	1.929	791	1.138	1.891	764	1.127
45-49	1588	701	887	1.563	676	887
50-54	1.057	489	568	1.086	493	593
55-59	601	283	318	627	292	335
60-64	335	158	177	350	164	186
65-69	172	81	91	181	85	96
70-74	104	49	55	106	50	56
75-79	54	26	28	57	27	30
80 et +	26	13	13	26	13	13
Total	13.381	5.655	7.726	13.120	5.511	7.609

En 1990, selon les données du graphique 21, l'effectif de PVVIH avait déjà atteint près de 19 mille. Une augmentation de 80% de séropositifs a fait passer l'effectif à plus de 33 mille en 1995, soit 5 ans après. Mais avec un écart plus ou moins important entre les sexes. Après avoir atteint le niveau de 86 en 1995, le rapport de masculinité s'est fluctué graduellement dans le temps pour atteindre 71 en 2015. Le tableau indique qu'en 2015 l'effectif de personnes infectées vivant dans le Nord-ouest ne représente que la moitié de celui de 2003.



Graphique 21. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Nord-ouest. MSPP-PNLS 2016

Pour le département du Nord-ouest, SPECTRUM estime qu'en 2015 il y avait 853 enfants vivant avec le VIH, soit 6% de l'ensemble des séropositifs. Les moins de 5 ans représentaient plus de 18% des moins de 15 ans. Le modèle projette une réduction plus ou moins importante de l'effectif d'enfants infectés pour l'année 2016. Selon les données présentées dans le tableau 39, la proportion de PVVIH âgées de 15 à 24 ans est de 11% dans le Nord-ouest contre moins de 6% dans le Nord-est. Près de 6 jeunes séropositifs sur 10 dans le Nord-ouest sont de sexe féminin. Les 3 quarts de personnes infectées sont constitués d'adultes en âge de procréer (10.180) en 2015.

Le tableau 71 montre également que les 50 ans et plus s'élèvent à 2.349. C'est le seul groupe de population qui verra son effectif augmenter en 2016. La baisse la plus importante est prévue pour les moins d'un an qui passeront de 28 à 9, soit 3 fois plus bas. Cela résulterait d'une baisse importante du taux de transmission mère enfant, mais ça supposerait également une grande vulnérabilité des enfants exposés.

Tableau 71. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département du Nord-ouest selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants <1an	28	14	14	9	5	4
Enf. 1-4 ans	130	66	64	108	54	54
Enf. 0-14 ans	853	429	424	730	367	363
Jeunes 15-24	1.493	618	875	1.461	607	854
Adultes 15-49	10.180	4.128	6.052	9.958	4.021	5.937
Adultes 15 & +	12.530	5.227	7.303	12.389	5.144	7.303
Adultes 50 & +	2.349	1.099	1.250	2.433	1.124	1.309

7.3.2 Répartition de nouveaux cas VIH 2015 et 2016 dans le Nord-ouest

Parmi les indicateurs fournis par SPECTRUM, ce rapport fait l'objet de certains événements survenus dans la population de personnes affectées par l'épidémie. A cet égard, le tableau 72 fait l'étalage des nouveaux cas et des décès dans la population de PVVIH. Ainsi dans le Nord-ouest, un effectif de 555 nouveaux cas sont apparus en 2015 dont 45 enfants de moins de 15 ans. En moyenne 10 à 11 nouvelles personnes sont contaminées toutes les semaines. Les nouveaux cas chez les jeunes représentent plus du quart de l'incidence globale en 2015. De ces 150 jeunes, 2 tiers (65%) sont de sexe féminin, ce qui reflète les données relatées plus haut rapportées dans EMMUS V.

Le modèle projette une baisse importante de nouvelle infection au cours des prochaines années. Le niveau attendu en 2020 est 2 fois plus faible que le nombre de cas d'infections en 2015 dans le département du nord-ouest.

En ce qui a trait aux décès, pour la même année 2015, le modèle affiche 976 cas en 2015, soit en moyenne 2 à 3 par jour. Ce qui porte le taux de mortalité du sida à 73 pour mille, dont 68 pour mille chez les femmes contre 80 chez les hommes. Alors ces derniers seraient les plus vulnérables. Cela résulterait d'une meilleure utilisation des services liés au traitement du VIH par les femmes.

Les décès survenus dans les moins de 25 ans représentent seulement 11% de tous les cas, soit 6% jeunes et 5% enfants. Il n'y a pas de disparité entre les deux sexes pour ces 2 groupes. Cependant, selon le tableau 40 pour les adultes 15-49, sur un effectif de 653 décès, 56% sont de sexe féminin.

Après avoir enregistré le premier décès causé par le VIH en 1978, le département du Nord-ouest avait déjà franchi le cap du millier de cas en 1993. L'année 2002 se révèle être la plus marquée dans l'histoire de l'épidémie dans cette région avec la survenue de plus de 2.717 cas de décès. Avec notamment la prise en charge clinique des maladies (initiation ARV), les décès commençaient à diminuer sérieusement vers les années 2005-2006. Malgré cette fluctuation, le VIH a déjà causé un total de 49 mille décès dans le département du Nord-ouest depuis bientôt quatre décennies.

Tableau 72. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le département du Nord-ouest selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enf. 0-14 ans	45	23	22	16	8	8
Jeunes 15-24	150	52	98	145	52	93
Adultes 15-49	472	200	272	457	194	263
Adultes 15 et +	509	218	291	494	212	282
Ensemble	555	242	313	510	220	290
	Décès en 2015			Décès en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enf. 0-14 ans	58	29	29	42	21	21
Jeunes 15-24	52	26	26	40	20	20
Adultes 15-49	653	287	366	462	209	253
Adultes 15 et +	918	423	495	655	310	345
Ensemble	976	452	524	697	331	366
	Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %) du VIH en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Jeunes 15-24	1,04	0,87	1,21	1,01	0,85	1,18
Adultes 15-49	2,64	2,14	3,14	2,53	2,04	3,02

7.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Nord-ouest

Pour une meilleure planification des intrants, le tableau 73 apporte des éléments qui vont faciliter le travail des gestionnaires de programme au niveau départemental.

Ainsi on a pu observer que dans le Nord-ouest, en 2016 les besoins globaux d'ARV sont estimés à 11.309 dont 2% d'enfants (242). De ces besoins, les femmes enceintes représentent une part de 3%. De tous les départements, seul au niveau du Nord-ouest on attend un nombre de PVVIH supérieur à celui de 2016 à être placés sous ARV en 2017.

Tableau 73. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Nord-ouest entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	11.611	11.301	310	414
2015	11.287	11.020	267	397
2016	11.309	11.067	242	395
2017	11.443	11.205	238	403

Le tableau 74 fournit les résultats relatifs à la combinaison des patients actifs et de la population de PVVIH. Les données indiquent que la couverture de ARV est assez faible dans le Nord-ouest malgré qu'il y ait quand même une légère amélioration de la performance du système de soins/traitement en 2015 (24%) par rapport à 2014 (21%). La proportion de femmes enceintes traitées dans le Nord-ouest serait relativement l'une des plus faibles au niveau national.

Tableau 74. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département du Nord-ouest entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	21	22	17	52
2015	24	24	24	60

Le nombre de PVVIH estime en 2015 dans le département du Nord-Ouest s'élève à environ 13,400.

Les nouvelles infections à VIH ont chuté de 27% entre 2010 et 2015 dans le département du Nord-Ouest.

Seulement 6 femmes enceintes séropositives sur 10 ont été prise en charge par les ARV pour éviter la transmission du VIH à leur progéniture.

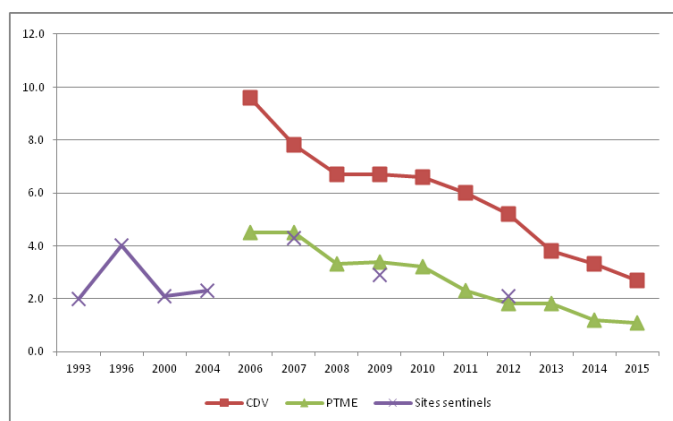
L'accès aux ARV a presque doublé dans le département du Nord-Ouest entre 2011 et 2015.

Tableau 75. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans l'Ouest

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hop. Wesleyen la Gonave	Urbain	-	-	4,0	275	-	-	4,1	145	2,4	289	1,0	217	1,1	261
	Rural	2,0	271	4,0	275	1,8	217	1,6	253	5,6	64	1,6	185	2,1	141
CHOSCAL	Urbain	-	-	-	-	4,0	23	2,1	382	5,0	321	4,0	374	4,1	394
	Rural	-	-	-	-	-	-	7,1	14	0	29	0	11	-	-
HCH	Urbain	-	-	-	-	0	14	3,1	359	10,0	393	3,0	234	2,1	334
	Rural	-	-	-	-	2,7	221	0	40	-	-	3,4	145	0	15
Hop. De Carrefour	Urbain	-	-	-	-	-	-	2,2	326	12,2	377	4,5	246	2,5	405
	Rural	-	-	-	-	-	-	1,4	73	6,2	16	3,9	153	0	26
CS Delatte/CS les Palmes de Petit- Goave	Urbain	-	-	-	-	-	-	5,3	19	0	18	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	-	-	2,0	369	0,8	368	-	-	-	-
Hop. Univers. de la Paix	Urbain	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	387	1,0	261
	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1	49
Ensemble		2,0	271	4,0	550	2,1	475	2,3	1980	4,3	1875	2,9	1952	2,1	1886

Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées en Haïti

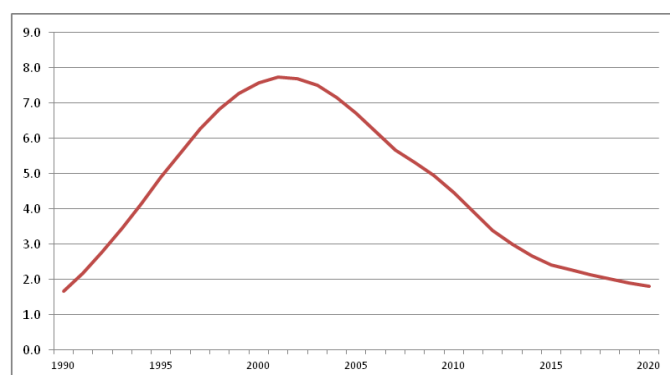
Le graphique 22 montre une certaine variabilité de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN entre 1993 et 2007. Mais entre 2007 et 2012, les courbes des femmes enceintes testées à plus grande échelle dans tous les sites PTME se confondent pour marquer un recul important de l'épidémie qui se poursuivrait jusqu'à la fin de 2015 (1,1%). La courbe en rouge indique cette même tendance depuis les 10 dernières années avec une relative stabilité du taux de séropositivité des hommes et des femmes non enceintes entre 2008 et 2010.



Graphique 22. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires de l'Ouest de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016

Les résultats des Estimations/Projections montrent une prévalence relativement faible dans l'Ouest en 1990 (1,7%). Peu de temps après, soit en 1995, le modèle estime que l'épidémie s'est amplifiée avec 3 fois plus de gens infectés. Le pic de l'épidémie a été atteint au début des années 2000 avec près de 8% de prévalence dans la population générale.

La forme quasi symétrique de la courbe du graphique 23 indique que la vitesse de propagation de l'épidémie du VIH a été pratiquement identique entre 1990 et 2015 dans le département de l'Ouest. Au cours des 15 dernières années, la pathologie s'est reculée de 2 tiers (68%). Au cours des prochaines années, SPECTRUM projette une baisse graduelle de la prévalence pour revenir au niveau initial de 1990.



Graphique 23. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans l'Ouest de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016

En 2015, le PNLS estime qu'environ vivaient dans le département de l'Ouest 68,700 personnes infectées par le VIH.

7 femmes enceintes séropositives sur 10 recevaient les ARV dans le cadre de la PTME.

L'accès aux ARV a augmenté de 60% dans le département de l'Ouest entre 2011 et 2015.

8.2 Données de 2000 à 2015 pour le département de l'Ouest

Tableau 76. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour l'Ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	19.039	16.063	9.161	2.976
2001	17.811	14.783	8.421	3.028
2002	15.412	12.416	7.067	2.996
2003	13.375	10.452	5.945	2.923
2004	11.088	8.298	4.718	2.790
2005	8.792	6.268	3.563	2.525
2006	6.610	4.377	2.488	2.234
2007	5.570	3.480	1.979	2.090
2008	4.091	2.242	1.276	1.848
2009	3.093	1.268	722	1.825
2010	2.185	588	335	1.596
2011	1.515	199	113	1.316
2012	944	50	29	893
2013	416	62	35	353
2014	484	156	89	328
2015	541	282	161	259

Tableau 77. Données estimées 2000-2015 du total des PVVIH pour l'Ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	134.127	125.107	70.953	9.020
2001	141.138	131.184	74.634	9.953
2002	144.694	133.915	76.394	10.779
2003	145.335	133.838	76.539	11.497
2004	143.012	130.941	75.060	12.070
2005	137.989	125.561	72.146	12.429
2006	130.658	118.069	68.003	12.589
2007	123.497	110.829	64.308	12.668
2008	119.983	107.435	63.917	12.548
2009	115.527	103.088	62.648	12.439
2010	108.273	96.164	58.944	12.109
2011	98.392	86.830	53.131	11.561
2012	88.262	77.494	47.017	10.768
2013	79.908	70.226	42.444	9.682
2014	73.547	64.803	39.193	8.744
2015	68.677	60.872	36.914	7.805

Tableau 78. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour l'Ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	7,58	6,71	8,66	6,49
2001	7,74	6,86	8,88	6,60
2002	7,70	6,83	8,86	6,54
2003	7,51	6,66	8,67	6,35
2004	7,17	6,37	8,31	6,04
2005	6,72	5,97	7,81	5,63
2006	6,18	5,49	7,20	5,16
2007	5,66	5,04	6,64	4,68
2008	5,32	4,77	6,38	4,25
2009	4,94	4,47	6,04	3,84
2010	4,47	4,07	5,51	3,42
2011	3,92	3,60	4,83	3,01
2012	3,40	3,15	4,16	2,63
2013	2,99	2,79	3,65	2,32
2014	2,67	2,52	3,27	2,07
2015	2,42	2,32	2,97	1,87

Tableau 79. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour l'Ouest, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	8.494	7.114	3.839	1.380
2001	9.614	8.141	4.425	1.473
2002	10.644	9.108	4.982	1.536
2003	11.534	9.962	5.480	1.572
2004	12.243	10.664	5.895	1.580
2005	12.703	11.174	6.205	1.529
2006	12.900	11.467	6.396	1.432
2007	11.764	10.407	5.484	1.357
2008	6.714	5.414	1.521	1.300
2009	6.708	5.464	1.871	1.243
2010	8.624	7.444	3.954	1.180
2011	10.642	9.556	5.887	1.086
2012	10.426	9.509	6.156	918
2013	8.223	7.539	4.672	684
2014	6.405	5.852	3.440	553
2015	4.999	4.532	2.564	467

8.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le département de l'Ouest

8.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

Selon les données contenues dans le tableau 80, le département de l'Ouest comptait 68.676 PVVIH en 2015 dont 59% de sexe féminin. Les 0-14 ans représentent 11% (7.806) de la population de personnes séropositives avec un peu plus d'enfants mâles.

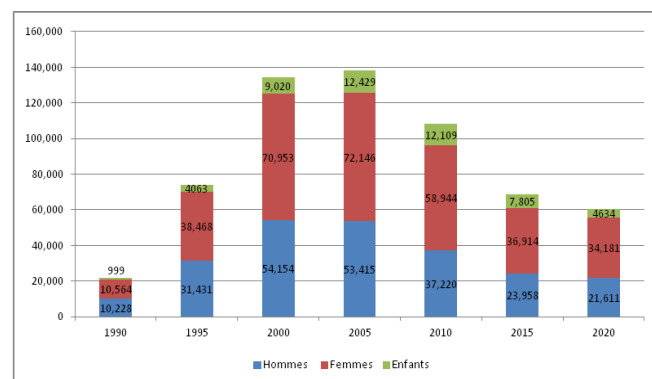
La plupart des gens sont âgés de 25 ans et plus (82%). L'épidémie n'a épargné aucun groupe d'âge, mais le groupe le plus touché a entre 35 et 39 ans (20%). On estime qu'à la fin 2015, pas moins de quatre mille jeunes sont infectés par le VIH dans la plus grande région du pays. La population en âge de procréer contient 7 PVVIH sur 10, soit 73%. La proportion des personnes âgées au moins de 50 ans vivant avec le VIH est l'une des plus faibles au niveau national avec 16%. Le modèle projette une baisse substantielle de 3% de PVVIH en 2016.

Tableau 80. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département de l'Ouest selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
0-4	1.299	657	642	1.201	609	592
5-9	2.993	1.504	1.489	2.717	1.367	1.350
10-14	3.514	1.763	1.751	3.308	1.660	1.648
15-19	2.590	1.286	1.304	2.824	1.394	1.430
20-24	1.480	644	836	1.594	733	861
25-29	3.480	1.124	2.356	2.671	874	1.797
30-34	10.109	3.464	6.645	8.429	2.839	5.590
35-39	13.509	5.029	8.480	13.015	4.723	8.292
40-44	10.900	4.386	6.514	11.117	4.383	6.734
45-49	7.921	3.368	4.553	8.081	3.373	4.708
50-54	4.965	2.177	2.788	5.218	2.268	2.950
55-59	2.802	1.186	1.616	3.005	1.266	1.739
60-64	1.516	623	893	1.611	661	950
65-69	775	311	464	822	327	495
70-74	445	187	258	456	187	269
75-79	237	107	130	242	107	135
80 et +	141	64	77	147	66	81
Total	68.676	27.880	40.796	66.458	26.837	39.621

Le graphique 24 présente l'évolution du nombre de PVVIH entre 1990 et 2020 et la disparité entre l'effectif des adultes. Au début de la période, on comptait près de 22 mille PVVIH dans l'Ouest dont un millier d'enfants. A ce moment là, les femmes étaient légèrement plus nombreuses. A mesure qu'on avance dans le temps, l'écart se creuse entre les adultes ; au point qu'en 2010, il y avait 158 femmes infectées pour 100 hommes séropositifs.

La proportion d'enfants dans l'ensemble des PVVIH a augmenté de manière significative au cours de la période, passant de 7% en 2000 à plus de 11% en 2015.



Graphique 24. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans l'Ouest. MSPP-PNLS 2016.

Les estimations régionales produites en 2016 par la CT du PNLS révèlent que dans le département de l'Ouest vivaient en 2015 plus de 7.800 enfants avec le VIH. De cet effectif, 17% avaient moins de 5 ans. Une augmentation spectaculaire du nombre d'enfants âgés de moins d'un an serait envisageable pour l'année 2016 ; mais pas assez élevé pour provoquer une variation positive du nombre de personnes âgées de moins de 15 ans.

Selon les données présentées dans le tableau 81, près de 61 mille adultes sont séropositifs, soit près de 9 personnes sur 10. L'effectif de jeunes (4.071) est relativement bas en 2015, mais le modèle projette une légère augmentation de la prévalence au cours des prochaines années. Seuls les jeunes et les adultes âgés de plus de 50 ans verront une certaine croissance de leur effectif au moins en 2016.

Tableau 81. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour l'Ouest selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants < 1an**	162	83	79			
Enf. 1-4 ans	1.139	575	564	798	403	395
Enf. 0-14 ans	7.805	3.924	3.881	7.227	3.637	3.590
Jeunes 15-24	4.071	1.930	2.141	4.418	2.127	2.291
Adultes 15-49	49.989	19.301	30.688	47.732	18.320	29.412
Adultes 15 & +	60.872	23.958	36.914	59.233	23.201	36.032
Adultes 50 & +	10.881	4.655	6.226	11.501	4.882	6.619

**Données invraisemblables pour 2016.

Le tableau 81 présente deux événements permettant de déterminer l'effectif de la population de PVVIH dans le département de l'Ouest présenté plus haut. D'abord les résultats montrent que pour l'année 2015, les nouvelles infections à VIH s'élèvent à 541 [319 ; 967], dont 259 [160 ; 430] enfants. En moyenne 10 nouveaux cas de VIH dont 5 enfants surviennent dans la population de l'Ouest au cours de l'année. En considérant le niveau affiché par le modèle pour l'année 2010, les nouvelles infections auraient connu une baisse de 75%.

Le recul de l'incidence varie selon le groupe de population au cours de la même période : les enfants ont vu une multiplication par 6 du rythme de la baisse des nouvelles infections ; tandis que pour les jeunes et les adultes, le niveau de 2015 représente respectivement 45% et 48% des cas survenus en 2010.

8.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH et des décès 2015 et 2016 dans l'Ouest

A coté des nouveaux cas, les décès influencent de manière négative l'effectif des PVVIH. Cet événement a occasionné le retrait de l'effectif de 5.000 [4100 ; 6100] personnes des causes liées au VIH dans le département de l'Ouest en 2015, soit en moyenne 14 décès par jour dont un peu plus d'un enfant. Le taux de mortalité générale est de l'ordre de 73 pour mille dont 79 ‰ (masculin) et 68 ‰ (féminin). Cet indicateur varie selon le groupe présenté dans le tableau ci-dessous. Le taux de mortalité des enfants vivant avec le VIH dans l'Ouest est de 60 pour mille ; celui des jeunes, plus faible, est établi à 21 pour mille contre 70 chez les adultes en âge de procréer. SPECTRUM projette une baisse significative des décès en 2016. Cela résulterait d'une chute du taux de mortalité des adultes de près de la moitié.

Tableau 82. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour l'Ouest selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015					
	Ensemble	Masc	Fém			
Enf. 0-14 ans*	259	133	126			
Jeunes 15-24 *	84	29	55			
Adultes 15-49*	259	110	149			
Adultes 15 et +*	282	121	161			
Ensemble*	541	254	287			
Décès en 2015				Décès en 2016		
Enf. 0-14 ans	467	234	233	502	253	249
Jeunes 15-24	84	29	55	85	29	56
Adultes 15-49	3.516	1.483	2.033	1.720	807	913
Adultes 15 et +	4.532	1.969	2.563	2.269	1.087	1.182
Ensemble	4.999	2.202	2.797	2.772	1.339	1.432
Prévalence (en %) du VIH en 2015				Prévalence (en %)du VIH en 2016		
Jeunes 15-24	0,53	0,50	0,55	0,57	0,55	0,59
Adultes 15-49	2,42	1,87	2,97	2,27	1,74	2,79

*Données invraisemblables pour 2016.

8.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans l'Ouest

Pour les besoins d'évaluation et de planification, SPECTRUM offre les estimations relatives aux besoins ARV et PTME dans le département de l'Ouest. Le tableau 83 affiche près de 59 mille personnes qui auraient nécessité les ARV en 2016 dont 4% d'enfants de moins de 15 ans.

De ce montant, les femmes enceintes (ayant besoin les ARV pour prévenir la transmission verticale) représentent également près de 4%.

Les besoins ont chuté régulièrement depuis 2014. Désormais avec l'adoption par le Programme de la stratégie dépister et Traiter, ce nombre varie proportionnellement avec le nombre de PVVIH à un moment donné.

Tableau 83. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Ouest entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	61.827	59.182	2.645	2.806
2015	58.701	56.278	2.423	2.465
2016	58.772	56.367	2.405	2.249
2017	58.316	55.956	2.360	2.084

Au cours des années 2014 et 2015, les différentes institutions offrant les ARV dans le département de l'Ouest n'ont pas permis d'atteindre la majorité des 68.700 PVVIH. Il fallait aller bien au delà des 32.500 patients ayant reçu les antirétroviraux à la fin de 2015. Mais la progression chez les adultes sur les deux années ont permis d'entrevoir une amélioration importante au cours des prochaines années. Deux facteurs vont contribuer à amplifier ces résultats : le niveau encore élevé des décès dus aux VIH tendant à faire diminuer l'effectif de malades ; et l'accélération de la mise sous traitement liée à l'adoption de la stratégie dépister et traiter depuis le 2^e semestre de l'année 2016.

La situation est encore très précaire pour les enfants nés de mères séropositives car une assez faible proportion (16%) est active sous traitement dans l'Ouest. Cependant, la couverture est relativement plus élevée chez les femmes enceintes infectées (71%) en 2015. L'idéal serait de cerner toutes les gestantes en vue de faire baisser le taux de transmission verticale (incluant la période d'allaitement) estimé à 10% en 2015. A noter que cette contre performance résulterait du gap de 29% de femmes enceintes non couvertes et de la problématique de la rétention des femmes enceintes dans le plus important département géographique du pays.

Tableau 84. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département de l'Ouest entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	41	46	16	66
2015	47	52	16	71



9. Département du Sud

Le département du Sud est l'un des dix départements d'Haïti. Situé sur le quart sud-ouest de la péninsule de Tiburon, ce département est limité au Nord par les départements de la Grande Anse et des Nippes ; à l'Est par le département du Sud-est ; au sud et à l'ouest par la mer des Antilles. Sa superficie est de 2.654 km² et sa population est estimée à 774.976 habitants²⁵.

Le Département du Sud offre environ 190 Km de côtes agrémentées par de merveilleuses plages incluant celles de: St Louis, Gelée (Cayes), Pointe Sable (Port Salut), les Coteaux, Tiburon. Son territoire compte cinq arrondissements, dont celui des Cayes, où se trouve aussi son chef-lieu et 18 communes. Ce Département est traversé dans le sens de la longueur par le massif de la Hotte qui offre sur plus de 100 km des sommets atteignant plus de 2.600 m.



30 rivières et Ravines traversent le Sud, notamment : La Rivière de Cote de Fer, La Rivière de Cavaillon, La Grande Rivière du Sud, La Rivière de Torbeck, La Rivière l'Acul, La Rivière de Tiburon.

Ce département a 5 étangs : l'Etang Salé, Etang Laborde, Etang Doual, Etang Lachaux et Etang Fond Vert. Il compte 25 baies, caps, pointes et anses, notamment Cap Tiburon, Pointe des Lataniers (Ile à vache).

Peu de produits agricoles, de la petite industrie et artisanat typiques du département du Sud sont à fort potentiel à part le vétiver cultivé dans les montagnes et le raisin. Dans le domaine agricole, le *caféier*, le miel, le sel et l'écrevisse complète la liste des produits commerciaux du Sud. Selon le document du Ministère du Commerce et de l'Industrie (MCI), ce département se révèle plutôt être une zone à fort potentiel pour des produits tirés dans le domaine du patrimoine culturel et naturel.

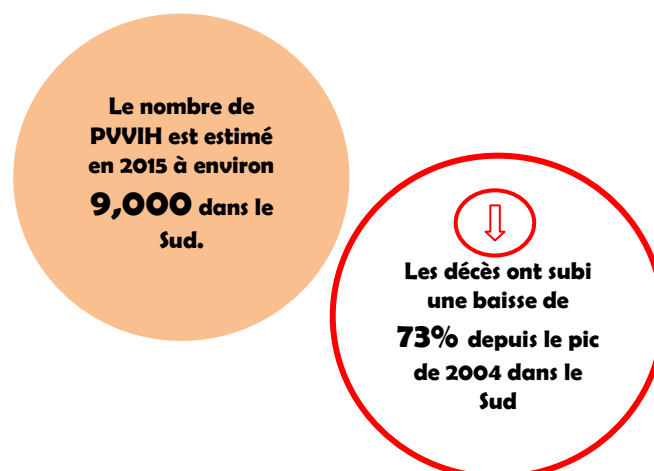
Le département sanitaire du Sud incluant la commune de Barradères compte 70 institutions²⁶ dont 22% se trouvent dans la ville des Cayes. Selon la catégorie, 41% des institutions sanitaires de ce département sont publiques ; 22% sont privées et 37% sont mixtes.

En termes d'échelon, 55% des institutions sanitaires du département du Sud sont des dispensaires, 12% sont constitués des centres de santé sans lit ; 19% des centres avec lit et 13% des hôpitaux. Parmi les 83 institutions sanitaires du département sanitaire du Sud 14 offrent le service de dépistage ; les soins ARV sont offerts au niveau de 11 d'entre elles. A l'ère de la nouvelle approche dépister et Traiter, toutes les institutions œuvrant dans le domaine du VIH, devraient s'aligner aux exigences du MSPP afin d'offrir le paquet complet de soins à toute personne testée VIH+.

9.1 Bref aperçu de la situation démographique et épidémiologique

Selon les résultats de l'EMMUS V, le département du Sud serait classé parmi les départements ayant obtenu le taux de prévalence global le moins élevé. Cependant, les variations diffèrent selon le sexe avec un taux de 2,4% chez les femmes contre 1,1 chez les hommes. Contrairement aux résultats de l'EMMUS IV, le Sud était placé parmi les 4 premiers départements avec le taux de prévalence le plus élevé dont le sien (2,2%) était égal à celui de la moyenne nationale. Entre 2006 (2,2%) et 2012 (1,7%), le taux de prévalence a chuté.

Les résultats du tableau 54 mettent en évidence des écarts de prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes selon la période de l'enquête de surveillance sérosentinelles dans les CPN, se situant dans un intervalle de 6,2% à 1,0%. La prévalence la plus basse est observée au cours de la dernière enquête de 2012, à l'Hôpital Immaculée Conception des Cayes, selon le milieu de résidence contre le plus élevé en 1993. Une diminution de la prévalence de l'infection au VIH au cours des enquêtes successives de 1996-2012 a été observée avec une variation à la hausse. Une différence significative a été retrouvée dans le niveau de prévalence pour les deux dernières enquêtes (2009 et 2012) où celle-ci est plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural. Ceci est en conformité avec les résultats de l'EMMUS IV (2005-2006) et de l'EMMUS V (2011-2012) où une diminution a été constatée.



²⁵ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015

²⁶ IHE et ICF international. Evaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013.

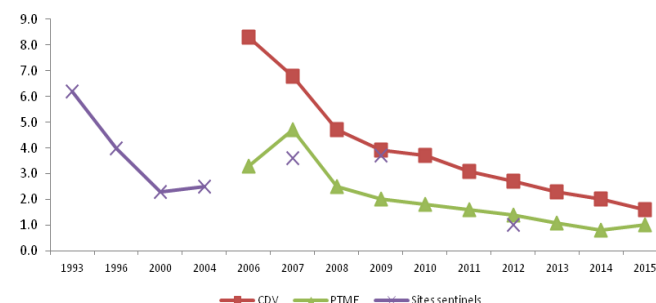
Tableau 85. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le Sud

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hop Immaculée Conception des Cayes	Urbain	7,5	93	5,0	124	6,8	74	3,0	170	4,0	257	3,6	253	0,9	232
	Rural	5,5	183	3,4	148	0,0	138	2,2	228	3,1	128	4,1	148	1,7	59
Ensemble		6,2	276	4,0	272	2,35	212	2,5	398	3,6	385	3,7	401	1,0	291

Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées en Haïti.

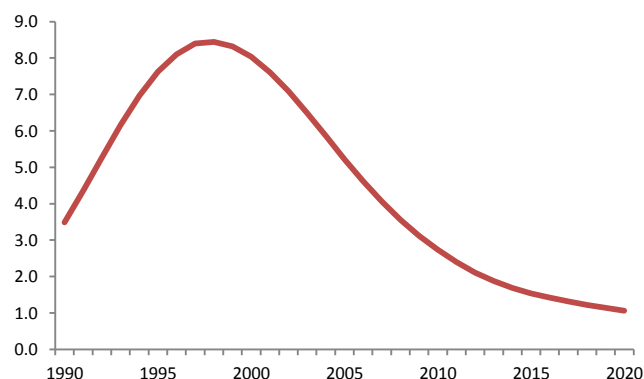
Les informations épidémiologiques présentées dans le graphique 28 sont approximatives et fondées sur les meilleures données disponibles. La plupart des données dans ce rapport proviennent des *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH*, 2015 et de la base de données nationale MESI. La prévalence du VIH chez l'ensemble des jeunes de 15-24 ans du département du Sud en 2012 est de 1,5 chez les filles contre 0,9% chez les garçons selon les résultats de l'EMMUS V. Sur le graphique qui suit les données rapportées par les institutions sanitaires relatives aux interventions de CDV et de PTME dans le Sud montrent une diminution permanente du taux de séropositivité au cours des années allant de 2007 à 2015 grâce aux interventions du Programme. Les données de service en regard aussi des résultats de l'EMMUS V ont permis de mieux apprécier les caractéristiques épidémiologiques de ce département. Toutefois, le taux de séropositivité a diminué suivant un rythme plus lent chez les femmes enceintes vues en cliniques prénatales au cours de la même période.

La troisième courbe celle en mauve, indique une nette diminution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites de surveillance sentinelle entre 1993 et 2012. Selon la courbe, la séroprévalence a atteint son pic en 1993 à plus de 6%, puis a chuté brutalement jusqu'en 2004 (2,5%) et s'est augmentée légèrement entre 2007 (3,6%) et 2009 (3,7%) pour ensuite se stabiliser à 1,0% jusqu'en 2012.

**Graphique 25. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires du Sud de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016**

Le graphique ci-dessous démontre que la propagation du VIH s'est accélérée dans le Sud pour atteindre son pic vers les années 1997-1998 de plus de 8%.

La courbe de prévalence suivante obtenue à partir des dernières estimations et projections montre une tendance progressive à la baisse depuis l'année 2000 pour enfin se stabiliser à moins de 2% au cours de la fin de l'année 2015.

**Graphique 26. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans le Sud de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016**

9.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Sud

Tableau 86. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour le Sud, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.986	1.575	898	411
2001	1.526	1.139	649	386
2002	1.230	871	496	359
2003	895	568	323	327
2004	651	358	204	293
2005	467	218	124	249
2006	347	121	69	226
2007	259	61	35	198
2008	197	30	17	167
2009	162	20	11	142
2010	129	23	13	107
2011	90	36	20	55
2012	79	52	30	26
2013	85	69	40	16
2014	102	87	50	15
2015	109	98	56	11

Tableau 87. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour le Sud, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti,

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	27.691	26.099	14.603	1.592
2001	27.077	25.409	14.270	1.668
2002	26.076	24.355	13.724	1.721
2003	24.694	22.944	12.970	1.750
2004	23.061	21.307	12.080	1.754
2005	21.287	19.560	11.121	1.727
2006	19.490	17.804	10.149	1.685
2007	17.773	16.149	9.226	1.623
2008	16.162	14.623	8.371	1.540
2009	14.701	13.258	7.601	1.443
2010	13.360	12.034	6.907	1.326
2011	12.106	10.924	6.269	1.182
2012	11.024	9.985	5.733	1.039
2013	10.143	9.238	5.325	905
2014	9.443	8.659	5.026	783
2015	8.952	8.278	4.828	674

Tableau 88. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour le Sud, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	8,04	7,26	9,09	7,00
2001	7,61	6,90	8,63	6,58
2002	7,09	6,45	8,08	6,10
2003	6,49	5,93	7,43	5,55
2004	5,86	5,38	6,73	4,98
2005	5,22	4,82	6,03	4,42
2006	4,62	4,29	5,35	3,89
2007	4,06	3,80	4,73	3,40
2008	3,56	3,36	4,16	2,97
2009	3,12	2,98	3,66	2,59
2010	2,74	2,64	3,22	2,26
2011	2,40	2,34	2,82	1,97
2012	2,11	2,09	2,49	1,72
2013	1,88	1,89	2,23	1,52
2014	1,69	1,74	2,02	1,35
2015	1,54	1,63	1,86	1,23

Tableau 89. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Sud, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.798	1.568	834	230
2001	1.934	1.703	913	231
2002	2.033	1.806	976	227
2003	2.091	1.870	1.017	221
2004	2.112	1.901	1.040	211
2005	2.085	1.890	1.040	195
2006	2.002	1.820	1.007	182
2007	1.846	1.677	934	169
2008	1.689	1.536	857	153
2009	1.517	1.380	774	137
2010	1.374	1.256	708	118
2011	1.258	1.165	664	93
2012	1.085	1.019	576	66
2013	898	846	460	52
2014	739	696	361	43
2015	540	508	266	32

9.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Sud

9.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

La population des PVVIH du département du Sud est estimée à 8.550 environ selon les données fournies par le modèle SPECTRUM en 2016 avec surtout une prédominance du sexe féminin soit 58%. Les données affichées dans le tableau ci-dessous montrent une certaine variation de l'infection au VIH selon le groupe d'âge. En effet, le groupe 15-49 est le plus touché par l'épidémie du VIH soit 68% suivi des 50 ans et plus soit 25%. Entre autre, le groupe d'âge 40-44 est particulièrement plus affecté avec 19% de malades. En ce qui a trait aux enfants de moins de 5 ans, une légère diminution est observée entre 2015 et 2016 dans ce département passant de 55 à 38 soit 31%.



Leve men pou **SIDA** kaba!

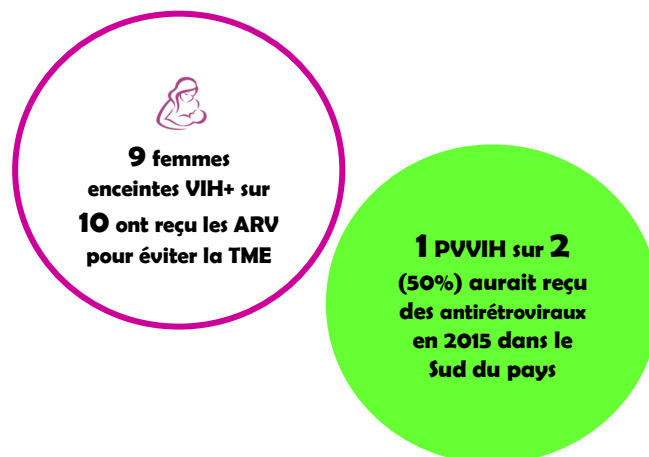
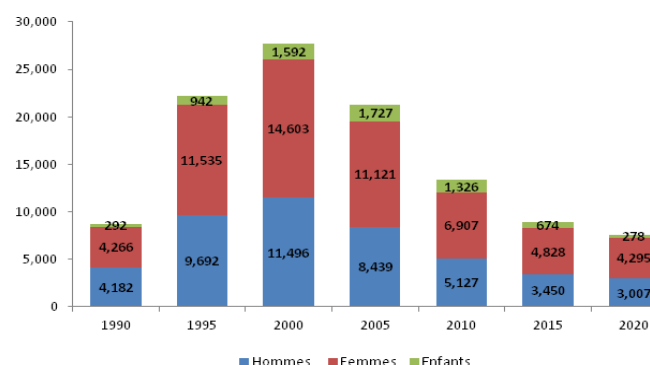


Tableau 90. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département du Sud selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
0-4	55	28	27	38	19	19
5-9	250	126	124	204	103	101
10-14	370	185	185	335	168	167
15-19	392	190	202	392	189	203
20-24	291	135	156	330	152	178
25-29	246	92	154	243	97	146
30-34	740	244	496	583	193	390
35-39	1.509	537	972	1.331	462	869
40-44	1.663	659	1.004	1.604	617	987
45-49	1.383	612	771	1.362	587	775
50-54	938	446	492	965	449	516
55-59	536	262	274	561	271	290
60-64	292	140	152	305	146	159
65-69	145	67	78	152	70	82
70-74	82	37	45	83	37	46
75-79	40	19	21	41	19	22
80 et +	24	12	12	24	12	12
Total	8.956	3.791	5.165	8.553	3.591	4.962

Au cours des années 90, le nombre de PVVIH du département du Sud était estimé à plus de 8.000 selon le modèle SPECTRUM. D'après les données du graphique ci-dessous, jusqu'à cette période, la proportion de femmes infectées au VIH est supérieure à celle observée chez les hommes. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,02 ; en d'autres termes, 102 femmes infectées pour 100 hommes, ce qui signifierait que les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH dans ce département. Cette tendance à la féminisation s'est accentuée dans le temps, en passant à 139 femmes pour 100 hommes en 2015. La population de PVVIH de 1990 (8.740) a augmenté pour atteindre son pic en 2000 (27.691) pour enfin régresser considérablement en 2015 à plus ou moins son effectif de départ. L'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH depuis 1995 s'expliquerait principalement par les nouveaux cas d'infection qui s'ajoutent chaque année et le fait que les nouveaux traitements ont amélioré le taux de survie des personnes atteintes et ainsi fait diminuer le nombre de décès liés au VIH.



Graphique 27. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Sud. MSPP-PNLS 2016.

9.3.2 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

Le tableau ci-dessous présente la répartition de la population des PVVIH du département du Sud selon le sexe et par groupe d'âge. Grosso modo, l'effectif a diminué pour la période de 2015 à 2016 sauf pour les jeunes de 15-24 ans et les adultes 50 ans et plus. Les résultats indiquent aussi une certaine stabilité chez les enfants de moins d'un an. Chez les femmes, l'effectif augmente plus rapidement avec l'âge, tandis que pour les hommes, l'effectif augmente, mais reste toujours inférieur aux femmes. Les enfants de 1-4 ans affichent une baisse considérable de 31%, contrairement aux adultes 15 ans et plus soit 3,6%.

Cette augmentation en 2016 est attribuable aux nouvelles infections par le VIH ainsi qu'à la réduction du nombre de décès grâce aux options efficaces de traitement.

Tableau 91. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le département du Sud selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants <1 an	7	3	4	7	3	4
Enf. 1-4 ans	48	24	24	31	16	15
Enf. 0-14 ans	674	338	336	577	290	287
Jeunes 15-24	683	325	358	722	342	380
Adultes 15-49	6.222	2.468	3.754	5.845	2.297	3.548
Adultes 15 & +	8.278	3.450	4.828	7.977	3.302	4.675
Adultes 50 & +	2.057	983	1.074	2.131	1.004	1.127

Les nouvelles infections à VIH au niveau de ce département sont estimées à 110, soit 0,05% des cas survenus en 2015. Ce qui fait que chaque semaine, au moins 2 personnes sont contaminées par le VIH au niveau de ce département.

Les nouvelles infections par le VIH sont principalement concentrées chez la catégorie 15-24 ans où les jeunes filles sont 2 fois plus touchées que les garçons.

Les projections de 2016 annoncent déjà une légère augmentation des nouvelles infections soit 2% chez les adultes 15-49 ans, puis 15 ans et plus. Toutefois, l'intensification des interventions du programme de PTME, favoriserait la stabilité chez la catégorie des enfants de 0-14 ans. Ces estimations incluent les personnes dont le statut VIH était attribuable à n'importe quel genre de relation hétérosexuelle.

Selon les estimations nationales en matière de VIH, quelque 541 personnes infectées par le VIH étaient décédées d'une maladie liée au VIH ou d'une autre cause à la fin de 2015 ; soit 60 cas pour 1000 PVVIH contre 88 dans le département du Sud. Cela correspondrait à 10 cas de décès chaque semaine des suites du sida en 2015, selon les estimations. En regard des données affichées sur le tableau ci-dessous, Les jeunes 15-24 ans et les enfants de 0-14 ans représentent près de 5% et 6% de l'ensemble des décès. En d'autres termes, les jeunes restent la catégorie qui compte le moins de décès. Par conséquent, les adultes sont plus à risque de décéder. Les projections affichent une baisse de 17% (toutes catégories confondues) en 2016.

SPECTRUM projette une augmentation de la prévalence du VIH 2016 à 0,48% chez les jeunes et une diminution chez les adultes en âge de procréer. La prévalence du VIH chez l'ensemble des jeunes de 15-24 ans en 2015 est estimée à 0,46% nettement inférieure aux résultats de l'EMMUS V soit 0,9% en 2012 avec surtout une prédominance des femmes.

Tableau 92. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le département du Sud selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enf. 0-14 ans	11	6	5	11	6	5
Jeunes 15-24	29	10	19	29	10	19
Adultes 15-49	90	38	52	93	39	54
Adultes 15 & +	98	42	56	101	43	58
Total	110	48	62	112	49	63
	Décès en 2015			Décès en 2016		
Enf. 0-14 ans	32	16	16	25	12	13
Jeunes 15-24	25	13	12	24	13	11
Adultes 15-49	353	160	193	286	132	154
Adultes 15 & +	508	243	265	427	208	219
Ensemble	541	259	282	452	220	232
	Prévalence (en %) du VIH en 2015			Prévalence (en %)du VIH en 2016		
Jeunes 15-24	0,46	0,44	0,48	0,48	0,46	0,50
Adultes 15-49	1,54	1,23	1,86	1,42	1,12	1,73

9.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Sud

En regard des données affichées dans le tableau suivant, d'une manière globale les besoins en ARV sont estimés à près de 8.000 en 2015. Au cours de cette année, plus de 9 personnes sur 10 ayant besoin des ARV (soit 95%) représentent les adultes contre 5% des enfants pour un effectif de 355. Les données du tableau indiquent aussi une baisse progressive du nombre d'enfants ayant besoin des ARV de 2014 à 2017. Entre autre une diminution de 10 % entre 2015 et 2016. Ceci résulterait des efforts constants des services PTME.

Tableau 93. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Sud entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	8.371	7.964	407	242
2015	8.042	7.687	355	223
2016	7.794	7.471	323	207
2017	7.616	7.317	299	192

La couverture en ARV se rapporte à la population générale des PVVIH. Le tableau ci-après fournit le taux de couverture ARV selon la période. Globalement, la couverture ARV chez les adultes s'est un peu améliorée en passant de 46% en 2014 à 50% en 2015, mais il reste effectivement bien en deçà des espérances et des besoins. Cette couverture en ARV est d'ailleurs encore trop faible chez les enfants. De plus en plus de personnes accèdent aux traitements, mais ce taux reste encore trop bas. Contrairement, pour les femmes enceintes la couverture est presque totale en 2015 soit 92%. Toutefois, C'est un appel à élargir la couverture incroyablement faible du traitement offert aux enfants vivant avec le VIH.

Tableau 94. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département du Sud entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Total Adultes	Total Enfants	
2014	46	49	30	85
2015	50	52	39	92



10. Département du Sud-est

Le département du Sud-est est limité au nord par le département de l'Ouest; au sud par la Mer des Antilles; à l'est par la frontière Haïtiano-dominicaine; à l'ouest par le département du Sud. Il mesure 80 km de l'est à l'ouest et 27 km du nord au sud. Il a été créé en 1976 à partir du département de l'Ouest. Sa population serait de 632.601 habitants²⁷. Sa superficie est de 2.034 km² soit 7,3 % du territoire national. Jacmel, le chef-lieu du département fut fondé en 1698 par les colons français. La région dont la partie occidentale est formée par la partie sud-est de la Péninsule de Tiburon, s'étendant entre la rivière des Côtes-de-Fer et le fleuve Pedernales qui marque la frontière avec République dominicaine est également connue sous le nom de « Côte sud ».



Le département du Sud-Est est divisé en 3 Arrondissements (Baint, Belle-Anse et Jacmel) et 10 Communes. Le département du Sud-est possède une région montagneuse (68%) et est caractérisé par des récifs coralliens et un parc national (Pic Macaya). Le Sud-est possède quelques-unes des plus belles plages d'Haïti. Les plaines sont toutes côtières et représentent 32% de la superficie du département. Le Sud-est dispose de 166 km de côte, soit 11% de la façade côtière du pays. Huit grandes rivières traversent ce département qui est aussi caractérisé par une vallée appelée la vallée de la Grande Rivière de Jacmel; c'est une zone très fertile pour l'agriculture. D'ailleurs, le café et les légumes y sont cultivés; plus précisément dans la vallée de Thiotte et la vallée de Fond Melon. L'agriculture, la foresterie et l'exportation de charbon de bois sont les piliers de l'économie du Sud-est. Le charbon est exporté principalement vers la capitale nationale. D'autres domaines qui sont également un support pour l'économie, sont le tourisme et l'industrie légère.

Pour assurer l'accès de la population aux soins et aux services, le département dispose de 63 institutions sanitaires²⁸ soit 7% de toutes les institutions de santé du pays. La majorité des institutions du département sanitaire du Sud-est soit 61% sont publiques. Les institutions privées représentent 22% et les institutions mixtes 17%.

Par ailleurs, il convient de signaler que seulement Jacmel comme commune a toutes les différentes catégories d'institution. Plus de la moitié (43) soit 68% des institutions sanitaires du département du Sud-Est sont des dispensaires, (12) soit 19% sont des centres de santé sans lit, (5) 8% des centres de santé avec lit et (3) 5% des hôpitaux (EPSSS 2013).

En ce qui a trait au programme VIH/sida, le département du sud dispose de 9 institutions offrant le service de dépistage dont 3 d'entre elles sont considérées comme étant des institutions satellites c'est-à-dire qui fonctionnent sous l'ombrelle d'une institution mère (qui rapporte toutes les données relatives aux activités réalisées). Par conséquent, le département dispose officiellement de 6 institutions de CDV. 4 soit seulement 6% de l'ensemble des institutions de santé du département offrent tout le paquet de soins et services en matière de VIH/sida.

10.1 Bref aperçu de la situation démographique et épidémiologique

Le rapport de l'enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS de 2012 montre que la prévalence du VIH dans la population des 15 à 49 ans dans le département du Sud-est a augmenté passant de 1,4 % à 2,1% sans pour autant être importante pour le sexe féminin variant de 1,7% à 1,9%. Cette tendance à la hausse observée est surtout marquée par la poussée de l'épidémie chez les hommes dont la prévalence de 2006 (1,1%) est pratiquement le double de celle de l'année 2012 (2,1%)

De 1996 à 2007, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a baissé progressivement. Par contre de 2007 à 2009, celle-ci a augmenté, allant de 3,3% à 5,1%. Le tableau suivant montre une forte baisse à partir de cette année. Les résultats de la dernière enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes réalisée en 2012 au niveau de l'Hôpital Saint Michel de Jacmel montrent une baisse significative de la prévalence du VIH de 5,1% en 2009 à 2,5% en 2012 dans ce groupe. Ce taux varie de 0% en milieu rural à 0,4% en zone urbaine. Les données de routine du dépistage en consultation prénatale (Base de données nationale MESI) indiquent un taux de séropositivité de 0,62% en 2015 contre 1,16% en 2014. Aucune disparité n'a été observée en comparant les résultats des différents départements du pays en 2015.

²⁷ IHSI, Population totale de 18 ans et plus, Ménages et densités estimés en 2015, Haïti, Mars 2015

²⁸ IHE et ICF international. Evaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013.

Tableau 95. Répartition des résultats des enquêtes de séroprévalence menées auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles entre 1993 et 2012 dans le département du Sud-est

SITE	Milieu résidence	1993		1996		2000		2004		2007		2009		2012	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hôpital Saint Michel/Jacmel	Urbain	-	-	6,9	145	7,1	56	1,7	119	1,6	190	2,3	213	0,4	224
	Rural	-	-	2,4	126	1,6	183	2,8	288	5,0	199	1,2	83	0	139
Ensemble		-	-	4,8	271	2,9	239	2,4	417	3,3	389	5,1	296	2,5	363

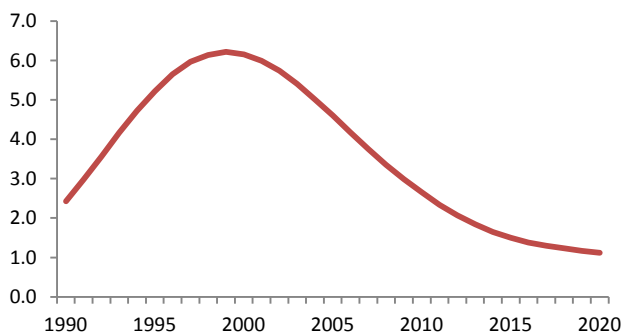
Source : Consultation des bases de données des différentes enquêtes de sérosurveillance réalisées en Haïti.



Graphique 28. Evolution du taux de séropositivité des établissements sanitaires du Sud-est de 1993 à 2015. MSPP-PNLS, Haïti 2016

Les données d'enquêtes démographiques et de surveillance, les données de programme jusqu'à 2015 ont été introduites dans le logiciel SPECTRUM incluant les hypothèses de progression jusqu'en 2020. Sur cette base, SPECTRUM a modélisé l'épidémie nationale et départementale en déterminant la courbe d'estimation la plus probable pouvant décrire à court terme la meilleure tendance de l'épidémie. Cette modélisation a généré les projections présentées et décrites dans les lignes ci-après.

Le graphique ci-dessous, présente l'évolution de la prévalence du VIH entre 1990 et 2020. Cette courbe présente une tendance à la hausse entre 1990 et 2000. Au début du nouveau millénaire, la prévalence tend à diminuer et s'est ensuite accélérée pour atteindre 1,5% en 2015. La tendance à la baisse va se poursuivre jusqu'à la fin de 2020 pour se stabiliser autour de 1%.



Graphique 29. Evolution de la prévalence estimée du VIH dans le Sud-est de 1990 à 2020. MSPP-PNLS, Haïti 2016

10.2 Données de 2000 à 2015 pour le département du Sud-est

Tableau 96. Données estimées 2000-2015 des nouveaux cas VIH pour le Sud-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Nouveaux cas de VIH estimés			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.554	1.295	740	259
2001	1.367	1.115	637	252
2002	1.160	919	525	241
2003	948	722	412	226
2004	700	492	281	208
2005	597	414	236	183
2006	442	284	162	157
2007	354	200	114	154
2008	298	163	93	135
2009	238	120	69	118
2010	202	101	58	101
2011	180	99	57	81
2012	172	108	62	64
2013	179	125	71	55
2014	181	144	83	36
2015	198	163	93	35

Tableau 97. Données estimées 2000-2015 du total de PVVIH pour le Sud-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Effectif de PVVIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	17.395	16.454	9.238	138
2001	17.494	16.495	9.297	141
2002	17.308	16.263	9.198	142
2003	16.854	15.776	8.950	141
2004	16.117	15.021	8.546	137
2005	15.271	14.175	8.087	129
2006	14.297	13.216	7.557	116
2007	13.289	12.226	7.005	115
2008	12.299	11.270	6.467	109
2009	11.332	10.347	5.949	99
2010	10.390	9.459	5.447	89
2011	9.475	8.610	4.965	79
2012	8.650	7.857	4.534	67
2013	7.926	7.205	4.166	60
2014	7.302	6.661	3.856	51
2015	6.806	6.234	3.610	42

Tableau 98. Données estimées 2000-2015 de la prévalence du VIH pour le Sud-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Prévalence du VIH			
	Total 15-49 ans	Adultes 15+	Femmes 15-49	Hommes 15-49
2000	6,15	5,54	6,97	5,33
2001	5,99	5,41	6,82	5,16
2002	5,74	5,20	6,56	4,92
2003	5,41	4,91	6,21	4,61
2004	5,01	4,57	5,77	4,25
2005	4,60	4,20	5,31	3,88
2006	4,17	3,83	4,83	3,50
2007	3,75	3,46	4,36	3,13
2008	3,35	3,11	3,91	2,79
2009	2,99	2,79	3,50	2,47
2010	2,65	2,50	3,11	2,18
2011	2,34	2,22	2,76	1,92
2012	2,07	1,98	2,44	1,69
2013	1,84	1,78	2,18	1,50
2014	1,65	1,61	1,96	1,34
2015	1,50	1,47	1,78	1,21

Tableau 99. Données estimées 2000-2015 des décès dus au VIH pour le Sud-est, MSPP/PNLS-ONUSIDA, Haïti, 2016

Année	Décès dus au VIH			
	Total	Adultes 15+	Femmes 15+	Enfants 0-14
2000	1.042	904	481	138
2001	1.137	996	535	141
2002	1.217	1.075	582	142
2003	1.278	1.137	619	141
2004	1.319	1.181	648	137
2005	1.333	1.203	664	129
2006	1.312	1.196	664	116
2007	1.267	1.152	644	115
2008	1.200	1.091	613	109
2009	1.125	1.026	575	99
2010	1.070	981	553	89
2011	1.028	949	536	79
2012	937	869	494	67
2013	849	788	443	60
2014	755	704	398	51
2015	649	607	346	42

10.3 Résultats 2015 et 2016 de la modélisation de SPECTRUM pour le Sud-est

10.3.1 Evolution du nombre de PVVIH par sexe et âge entre 2015 et 2016

Selon les résultats des estimations du modèle SPECTRUM en 2016, la population des PVVIH du département du Sud-est est estimée à 6.800 environ pour la période 2015.

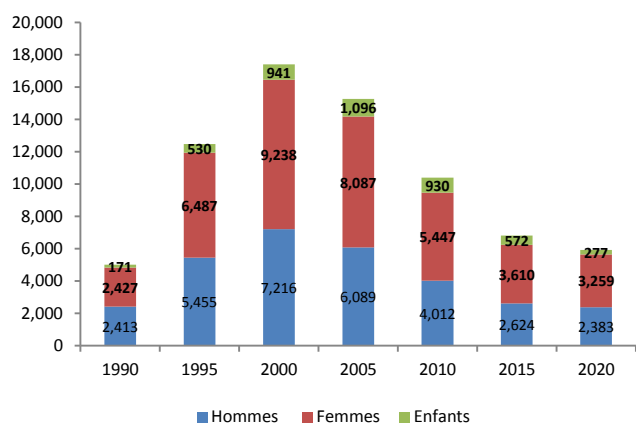
A l'instar des autres départements, la population féminine de PVVIH demeure la plus infectée, soit 57% de la population totale des PVVIH.

Le tableau qui suit présente les données détaillées par sexe et tranches d'âge. Il ressort qu'entre 2015 et 2016, la tranche d'âge 20-24 ans connaîtra la plus forte hausse (en moyenne 8%) ; suivi du groupe des 50-59 ans. Des actions spécifiques de prévention et de prise en charge en direction de ces groupes doivent être menées. Par ailleurs, la tranche d'âge qui connaîtra une importante baisse entre 2015 et 2016, est celle des 0-4 ans (baisse de 20%). Cette tendance traduit l'ambition du pays de réduire les infections pédiatriques via la TME à moins de 2%.

Tableau 100. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Sud-est selon le sexe et par groupe d'âge quinquennal entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Groupe d'âge	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
0-4	116	59	57	93	47	46
5-9	196	98	98	173	87	86
10-14	260	130	130	237	119	118
15-19	254	121	133	260	123	137
20-24	256	106	150	277	116	161
25-29	390	141	249	366	137	229
30-34	854	307	547	733	265	468
35-39	1.222	468	754	1.124	427	697
40-44	1.124	470	654	1.087	448	639
45-49	879	402	477	853	384	469
50-54	571	277	294	575	276	299
55-59	323	159	164	328	161	167
60-64	178	86	92	182	88	94
65-69	90	42	48	93	44	49
70-74	52	25	27	51	24	27
75-79	26	13	13	27	13	14
80 et +	15	8	7	14	7	7
Total	6.806	2.912	3.894	6.473	2.766	3.707

Les données affichées sur le graphique suivant montrent une certaine variation du nombre de PVVIH au cours des deux dernières décennies pour le département du Sud-est. En effet, l'effectif de PVVIH a été établi à 5.011 en 1990 pour atteindre son pic en 2001 à près de 17.494. L'épidémie a évolué de façon telle qu'après une décennie, l'effectif des PVVIH a plus que triplé. Les efforts déployés par le pays pour lutter contre le VIH pourraient être à l'origine de cette baisse considérable de l'effectif au niveau du département du Sud-est de 6.806 en 2015. Au cours des années 90, le rapport de masculinité des adultes 99 tend à se rapprocher de 100 pour ensuite chuter à 73 en 2015. Il est prévu une forte baisse à partir de cette année jusqu'à 2020. Toutefois, les femmes sont les plus touchées par l'épidémie du VIH.



Graphique 30. Evolution de l'effectif estimé de PVVIH par sexe et âge entre 1990 et 2020 dans le Sud-est. MSPP-PNLS 2016

Les données présentées dans le tableau 91 indiquent que l'effectif de PVVIH a diminué entre 2015 et 2016 de façon globale. Cependant, cette baisse est plus importante chez les enfants de moins d'un an soit 31% contrairement aux jeunes 15-24 ans qui a subi une légère augmentation de 5%. Concernant la catégorie des adultes 15 ans et plus, l'effectif a diminué seulement de 4%. Toutefois, pour les adultes 50 ans et plus, en 2016 l'effectif aura augmenté légèrement de 1%. Ce qui expliquerait une amélioration de la qualité de vie de cette catégorie dans les années à venir.

Tableau 101. Répartition de l'effectif de PVVIH estimé pour le Sud-est selon le sexe et par grand groupe d'âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	2015			2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enfants <1 an	22	11	11	15	7	8
Enf. 1-4 ans	95	48	47	77	39	38
Enf. 0-14 ans	572	288	285	503	253	250
Jeunes 15-24	510	226	284	537	239	298
Adultes 15-49	4,980	2,015	2,965	4,700	1,900	2,800
Adultes 15 & +	6,234	2,624	3,610	5,970	2,514	3,456
Adultes 50 & +	1,255	610	645	1,270	613	657

10.3.2 Répartition des nouveaux cas VIH et des décès 2015 et 2016 dans le Sud-est

Globalement, le nombre total de nouvelles infections, entre 2015 et 2016 est en baisse de 65%, passant de 35 à 24 enfants de 0 à 14 ans infectés par le VIH/sida. Cette tendance demeure presque la même indépendamment du sexe. Les efforts déployés par le pays pour lutter contre le VIH pédiatrique pourraient être à l'origine de la tendance à la baisse.

Cette réduction de cas est probablement due et le restera si la prise en charge des femmes enceintes (Option B+) continue d'être bien mise en œuvre.

Les nouvelles infections restent élevées chez les adultes de 15 ans et plus soit 7%.

En 2015, le nombre total de personnes décédées liées au VIH est estimé à 649, dont les catégories jeunes 15-24 ans et enfants 0-14 ans représentent respectivement 3,4% et 6,5% de l'ensemble des décès estimés pour l'année. Le tableau suivant indique d'une manière globale une baisse du nombre total de décès suites aux complications liées au VIH, jusqu'à atteindre 478 individus en 2016 mais avec surtout une augmentation des décès chez les jeunes soit 4% et les enfants 7%. Cela peut s'expliquer par les mesures de riposte en direction de ces catégories non encore effectives dans le département à travers la prise en charge spécifique des adolescents dans les institutions sanitaires. Contrairement, pour les adultes de 15 ans et plus une légère diminution a été observée, ce qui se justifierait par l'amélioration de la prise en charge des PVVIH ainsi que de leur qualité de vie.

Les données présentées dans le tableau ci-dessous indiquent une légère baisse de la prévalence dans la catégorie des adultes de 15-49 ans (tout sexe confondu) contre une légère augmentation des jeunes de 15-24 ans. De manière générale, l'évolution de la prévalence du VIH dans la population des 15 à 49 ans va rester constante pour les années à venir. De 2015 à 2020, cette prévalence va diminuer progressivement sans pour autant être importante dans les deux sexes.

Tableau 102. Répartition de l'effectif de nouveaux cas de VIH estimé pour le département du Sud-est selon le sexe et par âge entre 2015 et 2016, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Catégorie de population	Nouvelles infections en 2015			Nouvelles infections en 2016		
	Ensemble	Masc	Fém	Ensemble	Masc	Fém
Enf. 0-14 ans	35	18	17	24	12	12
Jeunes 15-24	48	17	31	47	16	31
Adultes 15-49	150	63	87	150	63	87
Adultes 15 & +	163	70	93	164	70	94
Total	199	88	111	187	82	105
Décès en 2015						
Enf. 0-14 ans	42	21	21	34	17	17
Jeunes 15-24	22	11	11	19	9	10
Adultes 15-49	438	178	260	317	129	188
Adultes 15 & +	607	261	346	443	190	253
Ensemble	649	282	367	478	208	270
Décès en 2016						
Enf. 0-14 ans	42	21	21	34	17	17
Jeunes 15-24	22	11	11	19	9	10
Adultes 15-49	438	178	260	317	129	188
Adultes 15 & +	607	261	346	443	190	253
Ensemble	649	282	367	478	208	270
Prévalence (en %) du VIH en 2015						
Jeunes 15-24	0,41	0,37	0,46	0,43	0,39	0,48
Adultes 15-49	1,50	1,21	1,78	1,38	1,12	1,65

10.3.3 Couverture ARV 2015 et 2016 dans le Sud-est

Dans le tableau ci-dessous, est présentée l'évolution des besoins en ARV par catégorie, entre 2014 et 2017.

La catégorie qui manifesterait le plus de besoins en ARV sur cette même période sera celle des adultes.

Cela s'explique par le passage à l'échelle de l'option B+ et l'adoption du « dépister et traiter » pour la majorité des groupes de la population générale. Il sera primordial de mettre un accent sur la prise en charge du VIH pédiatrique pour inverser la tendance présentée par ces chiffres. Le modèle indique qu'entre 2014 et 2017, un certain nombre de femmes à mettre sous ARV au cours de la grossesse va décroître jusqu'en 2020.

Tableau 103. Estimations et projections des besoins en ARV et PTME dans le Sud-est entre 2014 et 2017, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Besoins ARV			Besoins PTME
	Total	Adultes	Enfants	
2014	6,330	5,949	381	199
2015	5,920	5,583	337	178
2016	5,715	5,403	312	167
2017	5,620	5,327	293	163

La couverture PTME en 2015, d'après le tableau ci-dessous, est décroissante par rapport à 2014. En moyenne, la baisse est de 12% en 2015. Par ailleurs, l'estimation de la couverture chez les enfants et adultes est en baisse de 10% au cours de cette même année.

Tableau 104. Estimation de la couverture ARV et de la PTME dans le département du Sud-est entre 2014 et 2015, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016

Année	Couverture ARV			Couverture PTME
	Total	Total Adultes	Total Enfants	
2014	19	21	13	43
2015	18	19	11	38

On estime qu'en 2015, vivaient **6,800** personnes séropositives dans le département du Sud-est

Moins de 4 femmes enceintes séropositives **(38%)** auraient reçu les ARV pour prévenir la transmission verticale dans le Sud en 2015



Les décès dus au sida ont chuté de moitié **(51%)** depuis le pic de 2005



Le nombre de personnes actives sous ARV en 2015 était le **double** du niveau atteint en 2010

D. Considérations au niveau national

Les résultats de la mise à jour des estimations du VIH sida en Haïti indiquent qu'en 2015 vivaient sur le territoire environ 157,000 personnes infectées. Près de deux tiers d'entre elles (66%) seraient résidées au niveau des départements de l'Ouest (44%), de l'Artibonite (13%) et du Nord (9%). Avec 2% et 3% de l'effectif des personnes infectées, les Nippes et la Grande Anse représentent respectivement les régions ayant les plus faibles pourcentages de PVVIH au niveau du pays.

Tableau 105. Répartition de l'effectif des PVVIH à la fin de l'année 2015 en Haïti selon le département géographique, Estimations & Projections, MSPP-PNLS/ONUSIDA, Haïti 2016.

Département	Effectif 2015	Pourcentage
Artibonite	20,572	13.1
Centre	7,917	5.0
Grande Anse	4,681	3.0
Nippes	3,756	2.4
Nord	14,765	9.4
Nord-Est	7,587	4.8
Nord-Ouest	13,383	8.5
Ouest	68,676	43.7
Sud	8,956	5.7
Sud-Est	6,806	4.3
Haïti	157,099	100.0

L'agrégation des 10 fichiers permet de déceler que l'incidence du VIH en Haïti s'établit à 19 nouveaux cas pour chaque tranche de 100 mille personnes dans la population. Ce qui ne s'apparente pas avec les résultats des révisions effectuées en 2014 et 2015. Nous profitons pour signaler à l'intention de nos lecteurs que la version 2016 du logiciel Spectrum a trop minimisé l'effectif des Nouvelles infections dans la population générale. Les résultats PHIA au niveau de 3 pays suggère que le logiciel sous estime la prévalence parmi les enfants. Les modélisateurs vont devoir réviser les hypothèses en vue de corriger cette anomalie. A cet effet, la Coordination Technique du PNLS avise aux utilisateurs de considérer seulement les tendances affichées par les données présentées dans ce bulletin.

La couverture des ARV résultant de la mise à jour de 2016 est établie globalement chez les adultes à 47% en 2015. Elle varie entre 19% dans le Sud-est et 63% dans le Nord. En ce qui a trait aux ARV pédiatrique, le Sud-est (11%) et le Centre (40%) occupent les extrêmes en matière de couverture; pour une moyenne nationale de 20%, soit un enfant sur cinq.

Une des conséquences directes de l'épidémie du VIH reste et demeure le fait que la société et l'Etat doivent supporter la charge de milliers d'orphelins dus au sida. Les estimations de 2016 montrent qu'environ 150 mille seraient dépourvus de parents en 2015 dans le pays.

Nous nous contentons seulement de présenter dans le bulletin quelques éléments qui permettraient de pointer du doigt les gaps en vue de guider les responsables centraux et départementaux dans les prises de décisions. On est donc unanimes à reconnaître que les estimations et projections décentralisées, malgré qu'elles soient fastidieuses, constituent une source importante de données suffisamment détaillées pour faciliter une meilleure compréhension de la réalité épidémiologique du VIH-sida. Elles permettent également de rationaliser l'affectation des ressources pour un maximum d'impact en matière de prévention et d'amélioration de la qualité de vie des personnes affectées et infectées par le sida.

Conclusion

Avec ces informations estimées actualisées à 2016, Haïti dispose d'un instrument puissant pour les planifications stratégiques et opérationnelles en VIH/sida. Les limites de ces informations sont essentiellement dues à la qualité des intrants introduits dans SPECTRUM et les hypothèses de base de calibrage de l'outil SPECTRUM.

En effet, les hypothèses de paramétrage de l'outil SPECTRUM sont revues régulièrement avec la prise en compte des commentaires pays et du souci constant de ses concepteurs de mettre à la disposition des pays d'un outil leur permettant d'avoir des informations estimées de plus en plus précises. Cependant, la Coordination du PNLS restera attentive aux commentaires du lectorat de ce bulletin et sera toujours prête à fournir des informations sur la nature des intrants qui ont été introduits dans l'outil SPECTRUM.

La Coordination espère offrir aux parties prenantes de la riposte ce genre d'information estimées actualisées de façon régulière dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. A la fin de 2017 ou au début de 2018, elle les publiera sous un format national global et l'année d'après sous format départementalisé et ainsi de suite tout au cours de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel 2018 - 2023.



Coin des nouvelles...

Atelier régional Estimations et Projections épidémiologiques sur le VIH/Sida...

Depuis plus d'une décennie Haïti participe aux côtés des pays francophones Africain à l'exercice sur les estimations et projections épidémiologiques sur le VIH/Sida EPP/SPECTRUM qui se réalise Chaque deux ans. Cette année du 6 au 10 mars 2017 une délégation haïtienne était encore au rendez-vous à Dakar, Sénégal en vue de prendre part à l'atelier régional. Les bailleurs, conscients de l'importance des estimations projections dans leur planification ont jugé opportun de s'associer à cette mission combien importante pour le programme. Contrairement aux années précédentes, la délégation pays était plus importante. Un effectif de sept institutions impliquées dans le dossier a valablement travaillé durant les 5 jours d'atelier. Il s'agit de :

La Coordination Technique du PNLS, L'ONUSIDA, Center Disease Control and Prevention (CDC), L'USAID, La NASTAD, Le PSI/OHMaSS, L'UPE/MSPP

L'objectif de l'atelier était de guider les programmes nationaux du VIH des pays francophones sur les méthodes d'estimation et de projections afin de les aider à produire leurs propres estimations sur la prévalence du VIH, les nouvelles infections, les décès, la PTME et la couverture du traitement pour adultes et enfants, en utilisant la dernière version du logiciel d'estimation.

Cette année, l'atelier a duré 5 jours et les 2 derniers jours furent réservés à la présentation du module : **Evaluation de l'impact des programmes à l'aide du modèle Goals**. Cette initiative permet d'évaluer l'impact passé et futur des programmes de lutte contre le VIH. Les données d'estimation d'Haïti seront bientôt disponibles pour tous vos besoins.



De gauche à droite : Antoine Mayer, CDC, Kathleen McGee, PSI/OHMaSS, Stephane Morisseau, USAID, Roddy Thermidor, UEP/MSPP, Nadjy Joseph, NASTAD, Valerie Toureau, UNUSIDA, Blondine Jean Baptiste, CTPNLS/MSPP, Rose Dyna Georgie A. BOULAY, CTPNLS/MSPP. Deux autres membres de l'équipe furent absents lors de la prise de photo : Mr Emmanuel PIERRE, CTPNLS/MSPP et Dear, Nicole, CDC.

Global Aids Monitoring (GAM 2017)...

En 2001, 189 pays se sont engagés dans un programme complet d'action de lutte contre la pandémie du Sida en adoptant la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Depuis lors, l'ONUSIDA Genève a jugé important d'accumuler les rapports d'avancement de tous les Etats membres dont Haïti afin d'élaborer un rapport mondial permettant d'apprécier les progrès de la riposte. L'élaboration de ces rapports a démarré en 2004 et chaque année, ces pays soumettent leur rapport de progrès.

Cette année encore, la Coordination technique du Programme National de lutte contre le VIH/Sida fidèle à son engagement a souscrit dans cette dynamique en fournissant le rapport d'avancement de la riposte « Global Aids Monitoring » (GAM) à l'ONUSIDA, Genève dans le respect des délais, c'est à dire le 31 mars 2017. Tenant compte de certaines considérations, il est urgent au niveau national de faire le point sur l'épidémie sur une base régulière en vue d'apporter les modifications nécessaires sur le plan stratégique. Les activités ont démarré par une rencontre de lancement du processus d'élaboration du rapport avec l'appui de l'ONUSIDA au début de Février 2017. Cette élaboration a impliqué la participation de toutes les parties prenantes de la riposte justifiant la tenue de quatre ateliers sur les instruments des politiques et des engagements nationaux "NCPI". Les secteurs de la société civile et les autorités nationales ont fournis des informations quantitatives et qualitatives sur leur contribution dans la lutte afin d'enrichir le rapport. La dernière étape a été la tenue d'une rencontre de validation avec les concernés le 24 mars 2017 au bureau de la CT/PNLS qui a abouti à la soumission du rapport au dernier jour du mois de Mars. Nous attendons les réactions de Genève pour sa publication.

Plan Stratégique National Multisectoriel 2018 - 2023...

Les progrès réalisés dans le cadre de la riposte au VIH/SIDA grâce au support financier de nos bailleurs se sont traduits par une diminution progressive des nouveaux cas attendus, des décès et également une stabilisation de la prévalence du VIH chez nous. Pour accélérer à la riposte en vue d'éliminer le VIH à l'horizon 2030, Haïti a adhéré à la stratégie mondiale qui nécessite des efforts additionnels pour l'atteindre. Le PNLS selon les directives de l'OPS/OMS a adopté la stratégie « dépister et traiter » en vue d'améliorer la couverture en ARV, une façon d'arriver d'ici à 2020 à l'atteinte des trois 90%.

(90% des patients dépistés, 90% de ces derniers dépistés positifs sous traitement, 90% des patients sous traitement à charge virale indétectable.)

Face à certains défis et tenant compte des nouvelles directives internationales, La coordination du programme nationale a jugé important d'élaborer un nouveau plan stratégique multisectoriel "PSNM" de Lutte contre le VIH/SIDA 2018-2023. Ce dernier prévoit la mobilisation de toutes les composantes organisées de la société civile, des autorités de l'état ainsi que des autres partenaires de la coopération internationale. Le processus d'élaboration du PSNM a duré 3 mois avec la participation des différents secteurs qui ont pris part aux réunions du Secrétariat Technique et aux 2 Assemblées Techniques de validation des analyses de la riposte et du plan d'intervention.

Selon l'agenda prévu dans le processus de préparation du plan stratégique, le draft du plan a reçu une ultime validation des hautes instances du MSPP auxquelles il a été soumis par la CT du PNLS. Les agences internationales se sont également impliquées tout au long du processus techniquement et financièrement. Ce nouveau plan devait précéder la soumission de la nouvelle proposition d'Haïti au Fonds Mondial car le projet en cours prend fin en Décembre 2017.

Donc au début de cette année le programme National s'est évertué à élaborer et à soumettre le PSNM et la nouvelle proposition de projet au Fonds Mondial Genève dans le délai imparti (Mars 2017). Actuellement, Haïti attend le feedback du FM pour les suites nécessaires.

Le nouveau PSNM est disponible en ligne et sera bientôt à l'impression pour diffusion.

COP 2017 : Activités du COP 17

Le processus d'élaboration du Plan Opérationnel pays PEPFAR (COP17) a démarré au cours de ces 6 derniers mois. Haïti a eu l'opportunité de participer à deux réunions internationales avant l'acceptation du document par le gouvernement Américain.

Une première grande rencontre a eu lieu à Washington en janvier dernier au cours de laquelle les discussions se sont déroulées autour:

1. Des priorités du Programme relatives aux aires géographiques à couvrir
2. Des groupes de populations

3. des activités à mener et des stratégies d'intervention. A partir des résolutions et recommandations de la rencontre de Washington, une première version du COP 2017 a été rédigée. C'est ce document qui était appelé à être révisé, finalisé à Johannesburg pour être présenté officiellement au premier Responsable de PEPFAR.OGAC (Office of Global Coordination).

Il est à signaler que l'année de fonctionnement de PEPFAR correspond à l'exercice fiscal et va du 1^{er} octobre au 30 septembre ; cependant, le décaissement ne se fait pas avant Mai. Chaque année, le Programme PEPFAR élabore son Plan Opérationnel Pays [Country Operational Plan (COP)] pour le prochain exercice fiscal. Ainsi, le COP 2017 sera mis en œuvre à partir du 1^{er} octobre 2017 pour l'année fiscale 2018. Haïti est le seul pays des Caraïbes qui continue à bénéficier de cette subvention (100%) de PEPFAR. Dans ce pool, 7 pays étaient présents: Cameroun, Ethiopie, Haïti, Kenya, Mozambique, Tanzanie et Zimbabwe.

Contenu du COP 2017

L'objectif principal du Programme PEPFAR Haïti est d'arriver au contrôle de l'épidémie en soutenant une réponse axée sur les données démontrant une réduction des nouvelles infections et de la mortalité liée au SIDA. Pour atteindre cet objectif, le Programme met en œuvre des approches et des initiatives innovantes telles que :

- Le dépistage ciblé sur certains groupes de population, dits population clé comme les HARSA, les TS, les jeunes femmes où le risque de contamination est grand et la prévalence élevée,
 - La recherche des contacts de cas index
 - La prescription d'ARV pour plusieurs mois de traitement
 - La mise à échelle des services cliniques et communautaires du VIH,
 - La distribution communautaire des médicaments
 - La priorisation géographique en faveur de 20 arrondissements à haut risque et à forte prévalence. Dans ces arrondissements, un rythme de « scaling up » extension à l'échelle des activités sera développé, tandis que dans les autres arrondissements, une stratégie de conservation du niveau de performance acquis sera appliquée. Le tableau de priorisation géographique est en annexe.
- Les activités et services offerts sont détaillés pour les deux groupes d'arrondissements et/ou sites.

Il est important de souligner qu'à cause de la diminution du financement international, au cours de ces 5 dernières années le pays a perdu plus de 30% de son support et cela ne fait que continuer; il est à espérer qu'à un moment quelconque, dans un futur proche,

les responsables de ce pays prendront la bonne décision de s'approprier la réponse nationale au VIH/SIDA et montreront la volonté de prendre en charge certaines dépenses pour la pérennité des soins à fournir aux patients sous ARV et la sauvegarde de la population en évitant de nouvelles infections.

Prise en charge ou en sommes nous dans l'extension de la charge virale ?

Actuellement les 10 départements sont capités pour effectuer les tests de charge virale .Le service de prise en charge de la CT/PNLS vient de compléter la formation et le lancement de la charge virale dans le département du Nord-ouest.

