



Bulletin

de Surveillance Epidémiologique VIH/SIDA

No 16, Décembre 2017

Editorial

Chers amis lecteurs,

Le nouveau plan stratégique sur le sida en Haïti, le PSNM 2018 – 2023 repose sur les principes fondateurs de la Politique Nationale de Santé. Tous, que ça soit l'universalité, la globalité, l'équité, la qualité, ont comme assise le droit à la santé. On pourrait les résumer en une seule valeur : le respect des droits de la personne humaine, indispensable à la survie en communauté, non seulement de ceux qui souffrent, mais de l'espèce humaine elle-même.

L'universalité, ou droit à la santé, ne s'associe pas à la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les PVVIH, les populations clés, les Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes, les Professionnelles du Sexe. Comment pouvons-nous prétendre soutenir ce droit inaliénable si nos comportements ne s'alignent pas sur une offre de services de prévention, de soins et de traitement du VIH sans distinction de sexe, de religion, de classe sociale, de lieu de résidence ou d'orientation sexuelle ?

La globalité des soins en VIH/sida, ou droit à la santé, ne marche pas, elle aussi, avec la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les

PVVIH et les populations clés. Les soins sont globaux quand ils s'intéressent à la personne humaine dans son intégralité, quand ils facilitent le maintien des personnes qui souffrent du sida dans le continuum de soins VIH/sida et quand ils sont cliniquement sûrs et non-stigmatisants. Tous les prestataires doivent développer l'empathie, cette qualité humaine qui nous permet de nous mettre à la place des autres, de ressentir leurs souffrances et de fournir des services personnalisés en fonction de l'utilisateur peu importe sa provenance.

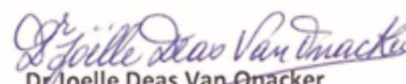
L'équité et la qualité, ou droit à la santé, ne fonctionnent pas avec la stigmatisation et la discrimination. Nous ne pouvons ajuster la quantité ou la qualité des soins à offrir en fonction de l'utilisateur. Les prestataires de soins en VIH/sida et tous les prestataires de services et de soins, doivent développer l'impartialité en matière de fourniture de soins aux utilisateurs. Tous les prestataires doivent adopter la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins imprégnée d'humanité tout en se situant eux-mêmes et de façon consciente dans un processus continu d'apprentissage afin d'offrir les meilleurs services avec un niveau d'assurance de qualité maximale en fonction du contexte.

Le respect des droits de la personne humaine, ou droit à la santé, doit être la base de toute intervention en VIH/sida. Ce respect ne peut contenir dans son répertoire les mots stigmatisation et discrimination.

Tout en vous invitant à approfondir la réflexion autour de ce thème, ce 1^{er} décembre 2017, je terminerai avec ces propos de Georges Sand pour mieux appréhender la réponse qui doit être donnée à la stigmatisation et la discrimination : « Prenez moi donc pour un homme ou une femme, comme vous vous voudrez. Duteil dit que je ne suis ni l'un ni l'autre, mais que je suis un être ». Un être humain.

« Lavi m' se sante m' se dwa m' ».

Bonne lecture,



Dr. Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice du PNLS



Table des matières

1. Accélération de la riposte vers la fin de l'épidémie du VIH en Haïti : Bilan et Perspectives	7
Vue d'ensemble	7
1.1 ENGAGEMENT 1	7
1.2 ENGAGEMENT 2	8
1.3 ENGAGEMENT 3	8
1.4 ENGAGEMENT 4	8
1.5. ENGAGEMENT 5	9
1.6 ENGAGEMENT 6	9
1.7 ENGAGEMENT 7	10
1.8 ENGAGEMENT 8	10
1.9 ENGAGEMENT 9	10
1.10 ENGAGEMENT 10	10
1.11 Conclusion	11
2. Suivi actif longitudinal du VIH en Haïti à travers la notification de cas	12
2.1 Cas VIH rapportés à SALVH 1990 à Septembre 2017	12
2.2 Répartition des cas de VIH diagnostiques par département	12
2.3 Cas VIH rapportés à SALVH par sexe et année de 2008 à Septembre 2017	13
2.4 Prise en charge aux soins et traitement pour les cas diagnostiqués entre 2008 à Septembre 2017	14
3. Analyse descriptive de la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes enceintes au niveau de 12 hôpitaux en Haïti en 2014	15
RESUME	15
ABSTRACT	15
3.1 Objectif de l'étude	16
Objectifs spécifiques	17
3.2 Organisation du système de santé Haïtien	17
Situation épidémiologique d'Haïti	17
Situation générale en matière de santé maternelle	17
Organisation de la Prise en charge en matière de PTME	18
3.3 Cadre de l'étude	18
Type d'étude	19
Sélection de la population de l'étude	19
Critères d'inclusion	19
Unité d'observation	19
Base de sondage	19
Taille de l'échantillon	19
Choix des enquêteurs	19
Collecte de données	19
Traitement de données et contrôle de la qualité	19
Analyse statistique	20



Variables de l'étude	20
<i>Profil des femmes enceintes séropositives</i>	20
<i>Profil des nouveau-nés</i>	20
Considérations éthiques et légales	20
3.4 RESULTATS	21
Profil des mères	21
Caractéristiques générales des femmes	21
Etat clinique des femmes	22
Caractéristiques de l'infection maternelle	22
Mode d'accouchement et issue de la grossesse	22
Profil des nouveau-nés	22
<i>Caractéristiques des enfants</i>	22
Alimentation des enfants	22
Evaluation de la TME par PCR	23
Evaluation sérologique de la transmission mère-enfant par rapport au mode d'alimentation et au groupe d'âge	23
Sérologique des enfants nés de mères séropositives par groupe d'âge	23
Prévalence de la TME VIH/Sida	24
3-5 DISCUSSIONS	24
Limites de l'étude	24
3.6 CONCLUSION	26
3.7 RECOMMANDATIONS	26
4. Partner services ou Notification Assistée des Partenaires : état des lieux	27
4.1 Introduction	27
4.2 Objectifs de la notification assistée des partenaires	27
4.3 Méthodes de mise en œuvre de la notification assistée aux partenaires	28
4.4 Résultats obtenus au 30 septembre 2017	28
3.5 Conclusion	29
5. Partenariat MSPP / GHESKIO : un modèle robuste au bénéfice de la population haïtienne	29
5.1 Introduction	29
5.3 Extension des services sur un modèle de soins intégrés : le modèle GHESKIO	30
5.4 Stratégies des Centres GHESKIO	30
5.5 GHESKIO une institution nationale avant-gardiste	32
6. Les notions et étapes clés de la stratégie HealthQual en tant que cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins en Haïti	32
6.1 Fondamentaux de la stratégie HealthQual	32
6.2 Utilisation de la méthodologie HealthQual	33
6.2.1 Principes clés de la méthodologie HealthQual	33
6.2.2 Cycles d'amélioration de la qualité	34
6.2.3 Outils utilisés par la méthodologie	34
6.3 Description d'un processus	35
6.4 Historique de HealthQual (HIVQUAL) en Haïti	35



6.5 Synthèse des étapes de la mise en œuvre de la méthodologie HealthQual en Haïti.....	36
6.6 Conclusion	39
7. PPSESE ou la reconnaissance de l'effort.....	40
7.1 Désignation du PPSESE 2017	40
7.2 Bref rappel de la méthodologie.....	40
7.3 Désignation du PPSE 2017	40
7.4 Présentation de l'hôpital La Providence des Gonaïves	42
7.4.1 Présentation du staff impliqué dans le Suivi et Evaluation au niveau de l'institution	42
7.4.2 Les pratiques en Suivi et Evaluation de l'hôpital La Providence des Gonaïves	43
7.5 Conclusion	45
8. Portrait d'une employée modèle en Suivi et Evaluation	46
8.1 Parcours de Mme Lapomarel	46
8.2 Description d'une journée de travail de Mme Lapomarel	46
8.3 Feedback du personnel sur cette initiative du PNLS	47
8.4 Excelsior à Gina Lapomarel	47
9. En savoir plus sur la Coinfection TB/VIH.....	48
10. Coin des nouvelles... ..	49
11. Le sida en chiffres (Haïti 2016).....	55



Acronymes

ARV	Anti Retro Viral
CD	Conseil et Dépistage
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEPALC	Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes
CPN	Clinique Pré Natale
CT	Coordination Technique
CTX	Cotrimoxazole
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DME	Dossier Médical Electronique
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DRO	Disease Reporting Officer
DSF	Direction de la Santé Familiale
EMMUS	Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services
EMR	Electronic Medical Report
ENMS	Enfant Né de Mère Séropositive
ETME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
FE	Femme Enceinte
FESP	Femme Enceinte Séropositive
FETP	Field Epidemiologic Training Program
FM	Fonds Mondial
GHESKIO	Groupe Haïtien de Recherche et d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HPG	Hôpital la Providence des Gonaïves
HUEH	Hôpital Universitaire d'Etat d'Haïti
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques
IMIS	Institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la reproduction
INLR	Institut National de Laboratoire et de Recherche
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training Education Center for Health
JMS	Journée Mondiale de lutte contre le Sida
LAC	Latin American and Caribbean
LGBTI	Lesbiennes Gais Bisexuels Transgenres Intersexes
M&E	Monitoring and Evaluation
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée



MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NAP	Notification Assistée aux Partenaires
NASTAD	National Alliance of State Territorial AIDS Directors
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PACQ	Programme d'Amélioration Continue de la Qualité
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDV	Perdus de Vu
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PF	Planification Familiale
PIH/ZL	Partner In Health / Zanmi Lasante
PLR	Patient Linkage and Retention
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPD	Purified Protein Derivative
PPSESE	Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation
PS	Professionnelles du Sexe
PSUGO	Programme de scolarisation universelle, gratuite et obligatoire
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SALVH	Suivi Actif Longitudinal du VIH en Haïti
SIDA	Syndrome d'Immunodépression Acquise
SSQH	Soins de Santé de Qualité pour Haïti
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
UCP	Unité de Coordination de Programmes
UEP	Unité d'Evaluation et de Programmation
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNFPA	United Nation Fund Population Agency
USA	United States of America
USAID	United States Agency for Aid Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Le droit à la santé « La vi m'se sante m' se dwa m' »



1. Accélération de la riposte vers la fin de l'épidémie du VIH en Haïti : Bilan et Perspectives

Emmanuel PIERRE¹

Vue d'ensemble

En juin 2016, les pays du monde entier ont adopté la Déclaration politique des Nations Unies sur l'élimination du sida. Il s'agit d'un agenda historique et prioritaire visant à accélérer les efforts pour en finir avec l'épidémie de sida d'ici à 2030 en tant que menace de santé publique.

Dans la région d'Amérique Latine et les Caraïbes, ONUSIDA estime à 2,1 millions le nombre de PVVIH. Les trois 90 ont atteint dans les Caraïbes, à la fin de 2016, le niveau de 64-52-34², c'est-à-dire 64% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 52% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement et 34% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

Avec ses 11 millions d'habitants, Haïti est la plus peuplée des nations des Caraïbes, mais également avec la plus forte prévalence du VIH estimée en 2016 à 2,0%³; ce résultat est le signe évocateur du recul de l'épidémie.

Cet article nous indiquera où se trouve le Programme National de Lutte contre le Sida dans l'exécution du mandat national d'accélération de la riposte au sida d'ici à 2020.

1.1 ENGAGEMENT 1.

Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020

Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020.

D'après les dernières estimations, avec 61% de PVVIH qui connaissent leur statut à la fin de 2016, Haïti s'approche de la moyenne de la région d'Amérique Latine et des Caraïbes (LAC). Pour combler le gap de 29%, la CT du PNLS, avec l'appui inébranlable des partenaires, a adopté un ensemble de stratégies et de dispositions visant à redynamiser le dépistage du VIH :

- Actualisation régulière de l'algorithme de dépistage et orientation des prestataires sur son application ;

- Intensification du dépistage communautaire, en particulier par les paires chez les populations clés ;
- Introduction prochaine de tests salivaires de dépistage du VIH ;
- Meilleur ciblage des populations clés ;
- Amélioration de la qualité des services via la disponibilité, la formation et la mise à jour des connaissances des prestataires ;
- Initiation des groupes de discussions au niveau départemental (dialogue communautaire) ; etc.
- Initier des groupes de discussions au niveau départemental (dialogue communautaire) ; etc.

En ce qui concerne le 2^e 90, les données programmatiques combinées avec les récentes estimations de la CT du PNLS et de l'ONUSIDA indiquent que 55% des PVVIH qui connaissent leur statut reçoivent les ARV à la fin de 2016, soit un peu plus élevé que la valeur moyenne de la région LAC (52%). Cette performance ne serait pas possible sans les nouvelles dispositions contenues dans les normes de prise en charge aux ARV et les stratégies d'initiation et d'amélioration de l'adhérence au traitement : Dépister et traiter, dispensation prolongée de médicaments, distribution communautaire des ARV et la recherche active de patients perdus de vue, le « Patient Linkage and Rétention ».

Pour combler cet écart de 26% qui nous sépare du 2^e cible, il convient également d'améliorer la rétention des patients sous TAR pour la consolidation des acquis liés à l'initiation. A cet effet, la géolocalisation, le tracking des patients et la visite domiciliaire constituent les principales stratégies adoptées par les réseaux de soins pour garder plus longtemps les patients actifs et relancer ceux qui ont abandonné le traitement à un moment donné.

Le dernier cible des trois 90, à savoir 90% des PVVIH qui connaissent leur statut retenu sous ARV ont une charge virale supprimée, est atteint à hauteur de 38%⁴. Seulement 3 pays des Caraïbes affichent de résultats supérieurs à la République d'Haïti en 2016 : il s'agit de Guyana (47%), Trinidad & Tobago (46%) et Cuba (41%).

Selon les responsables, ce résultat a été rendu possible grâce notamment à la réalisation de formation des prestataires, le développement des réseaux de transport de spécimens et l'introduction d'une nouvelle molécule d'ARV dans le système de soins et traitement.

¹ Emmanuel Pierre est statisticien de formation. Il détient une maîtrise en suivi et évaluation de Tulane University. Il travaille au PNLS depuis 2008. Il apporte une importante contribution dans la rédaction des rapports de progrès sur la Déclaration Politique sur le VIH/sida des Nations Unies signée par les gouvernements d'Haïti ; il est impliqué dans le contrôle de la qualité des données du Programme, il est chef d'équipe de l'élaboration des documents sur les estimations et projections épidémiologiques faits à partir de l'outil Spectrum de l'ONUSIDA et est un membre du comité de rédaction du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti.

² UNAIDS data 2017

³ MSPP, IHE, Macro Intl, Rapport préliminaire de l'EMMUS VI.

⁴ Valeur obtenue à partir de la proportion de PVVIH avec une suppression virale en 2016 (69%) calculée à partir des données soumises par le LNSP



Il est nécessaire de souligner qu'avec près de 94.000 PVVIH recevant le TAR à la fin de 2017 (selon les données de MESI) et la nette augmentation du pourcentage de personnes ayant déjà effectué un test du VIH et reçu les résultats (60% de femmes contre 40% d'hommes), selon l'EMMUS VI, le PNLS affichera des résultats intéressants en regard de la cible des trois 90 à l'horizon 2020.

1.2 ENGAGEMENT 2

Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018

Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018.

Cet engagement vise à intensifier les activités de prise en charge du couple mère-enfant dans une perspective d'ETME. Dans cette optique, le MSPP, à travers les coordinations centrales de la DSF et du PNLS, met le paquet pour prévenir les nouvelles infections issues de la transmission verticale du VIH.

Des 5.800 femmes enceintes séropositives estimées pour l'année 2016, le système de soins a pu offrir les ARV à près de trois quarts, soit 74%. Six gestantes sur dix ont été repérées au niveau des départements de l'Ouest (39%) et de l'Artibonite (21%). La commune de Port-au-Prince regroupe à elle seule 567 femmes enceintes infectées par le VIH en 2016. Un effectif de 2.912 nourrissons a été enregistré dans le milieu sanitaire au niveau des dix départements dont 9 sur 10 ont reçu les ARV à titre prophylactique dans les 72 heures après la naissance. Les résultats des tests PCR réalisés pour les enfants exposés indiquent une proportion de 6,2% de cas séropositifs⁵. Les estimations affichent un taux de 4,8% de TME à 6 semaines contre 10,4% de TME final incluant la période d'allaitement. Ce qui porte le nombre total de nouvelles infections à 600, soit en moyenne 3 enfants tous les deux jours. Pour une complète couverture de la PTME ciblée dans les prochaines années, ce taux pourrait chuter jusqu'à 5%.

Un des défis majeurs du PNLS est l'amélioration de la couverture ARV chez les enfants estimée à moins de 30% environ jusqu'en 2015. La dernière version de Spectrum a fourni de meilleures estimations relatives aux enfants, suivant l'hypothèse que la mortalité dans ce groupe serait bien plus importante que ce qu'on a supposé jusqu'ici. Ce qui donne implicitement une importante augmentation de la couverture des ARV dans ce groupe. A la fin de l'année 2016, un enfant infecté par le VIH sur deux (51%) recevait un TAR au niveau de plus d'une centaine d'établissements de santé dans le pays⁶.

1.3 ENGAGEMENT 3

Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.

Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie pré exposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.

Pour des mesures de prévention visant les groupes clés, les dernières enquêtes menées par PSI-OHMaSS et Linkages indiquerait des changements importants dans les attitudes et pratiques des HARSAH et des PS. Globalement, de plus en plus de jeunes garçons âgés de 15-24 ans (68%) auraient utilisé un préservatif lors des rapports sexuels à haut risque⁷.

Parallèlement, à ce niveau les défis sont de taille. La baisse des fonds observés plus bas au niveau de l'engagement 8 et le manque de financement du secteur public peuvent être évoqués entre autres pour expliquer l'inaccessibilité des pratiques modernes de prévention telles que la PrEP et la circoncision masculine⁸.

1.4 ENGAGEMENT 4

Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020.

Dans une perspective de réduction de la stigmatisation et la discrimination, des politiques existent et sont mises en application de manière systématique au niveau des établissements sanitaires du pays.

⁵ Les données tirées de la base nationale : www.mesi.ht

⁶ Soit 3,531 actifs sur 7,000 enfants vivant avec le VIH

⁷ MSPP, IHE, Macro Intl, Rapport préliminaire de l'EMMUS VI

⁸ Cette stratégie a préalablement fait l'objet de proposition dans le PSNM 2008-2012 avec extension en 2015.



Ces politiques visent à fournir des soins de qualité en temps opportun à toutes les personnes, indépendamment de leur genre, nationalité, âge, handicap, orientation sexuelle, religion, statut socio-économique, statut VIH ou autre état de santé, etc.

On reconnaît également qu'à l'échelle nationale, le MSPP a mis en place des actions ciblant les personnels de santé afin de renforcer leurs compétences en matière de droits de l'homme et d'aborder les questions de stigmatisation, de discrimination et de violence sexiste. Dans cette même optique, il n'y a aucune disposition légale ou politique qui limiterait l'entrée, le séjour et la résidence de PVVIH sur le sol haïtien.

Deux enquêtes sur ce sujet ont été réalisées en 2017, l'une⁹ sur la stigmatisation/discrimination en population générale dont sont victimes les populations clés et l'autre¹⁰ sur la violence basée sur le genre. Les interventions dans ce domaine disposent maintenant des données de base leur permettant d'avoir une meilleure planification.

1.5. ENGAGEMENT 5

S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100.000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes.

En matière de politique d'éducation, le pays tarde encore à adopter les standards internationaux relatifs à l'enseignement de compétences essentielles liées au VIH et à l'éducation sexuelle et reproductive dans une démarche de réduction de nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes femmes en milieu scolaire. Néanmoins, dans le cursus de certains établissements, ces sujets ne représentent plus des tabous dans la mesure où des espaces de discussions et de transmission de connaissances sont réservés aux élèves du cycle secondaire.

De manière générale, la réduction des fonds consacrés au volet prévention risque d'entraver les acquis en matière de sensibilisation des jeunes à l'usage de la contraception et l'éducation relative à la réduction de la vulnérabilité au VIH. En effet près de 4 jeunes femmes sur 10 (38%) ont une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Elle varie de 33% chez les 15-17 à 41% dans les catégories d'âge 18-19 et 20-22 ans, selon les résultats de l'EMMUS VI.

Selon ces mêmes résultats, au niveau national, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits est plus élevé chez les jeunes femmes (56 % à 15-19 ans et 45 % à 20-24 ans), en milieu rural (41 %), chez les femmes sans instruction (39 %) et celle de niveau primaire (41 %).

En se basant sur les dernières estimations de la CT du PNLS, une légère tendance à la baisse des nouvelles infections est observée chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans entre 2015 et 2017. Mais une relance de l'épidémie est à redouter chez ce groupe particulièrement vulnérable au cours des prochaines années.

1.6 ENGAGEMENT 6

S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020.

La constitution progressive de fonctions liées à la protection et à la promotion sociales, au-delà du périmètre restreint de la sécurité sociale, a contribué à modifier la configuration de l'État haïtien au cours des trente dernières années. 2011-2014 est une période de conception souvent rapide et de mise en place, par un processus d'apprentissage par essais/erreurs des nouvelles fonctions de protection et de promotion sociales, avec, dans plusieurs cas, des défaillances dans la planification. Pour autant, il y a des effets de démonstration de la volonté politique et de l'opérationnalité des programmes¹¹ de type : PSUGO, transferts conditionnés à l'éducation ou Ti Manman Chéri et promotion de la paysannerie ou Kore Peyizan. Il ne s'agirait pas forcément d'un système permanent de protection et de promotion sociales basées sur des droits formels, eux-mêmes ancrés dans les institutions, avec perspective de genre ou avec des répercussions sur des catégories identifiées comme vulnérables en tant que telles.

Dans cette optique il est particulièrement difficile voire impossible de situer ces démarches dans une perspective de ciblage ni de PVVIH ni d'autres groupes à risque.

A fortiori, dans le cadre de la lutte, des interventions visant les OEV sont entreprises par les opérateurs bénéficiant des fonds de PEPFAR et de Fond Mondial. Zanmi Lasante et les Centres GHESKIO mettent en œuvre des activités rémunératrices de revenu, offrent des produits de consommation et développent également des projets à caractère d'intégration sociale en faveur des PVVIH. Mais une faiblesse majeure dans ce domaine serait qu'aucun représentant de la CT du PNLS ou équivalent n'est inclus dans un mécanisme ou une plateforme de coordination de protection sociale.

Il convient aux associations de PVVIH et à la Coordination du Programme de faire des plaidoyers auprès du secteur public en vue de venir en aide à cette catégorie de population. Cette démarche pourrait être inscrite également dans une perspective d'augmentation des investissements publics et domestiques à l'horizon 2020 dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de VIH en Haïti.

⁹ PNLS, ONUSIDA, CDC. Enquête sur les attitudes de la population adulte sur la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables en Haïti. 2017.

¹⁰ Linkages Haïti. Gender-based violence, HIV and Key Populations in Haïti. 2017

¹¹ Nations-Unies, CEPALC, Nathalie Lamaute-Brisson, Protection et promotion sociales en Haïti, 2015



1.7 ENGAGEMENT 7

Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020.

Progressivement la communauté, à travers des organisations de la société civile, s'implique dans l'offre de soins et services aux PVVIH. La contribution des pairs éducateurs dans les activités de prévention et d'accompagnement des groupes clés tels que les HARSAH et les PS est appréciable. La participation de certains notables et des membres d'organisations à des dialogues communautaires peut être évoquée pour notifier l'intensification des services dans les communautés.

L'inscription d'organisations de la société civile et d'organisations communautaires œuvrant dans la lutte et travaillant avec les populations clés à travers la fourniture des services liés au VIH visant particulièrement les groupes spécifiques clés sont garanties dans les lois, les réglementations et dans une moindre mesure les politiques.

Pour un meilleur contrôle et la recherche de synergie, l'instance régulateur va devoir mieux s'informer à partir des exigences de compte rendu simplifié pour ces entités et l'activation d'un cluster spécifique.

1.8 ENGAGEMENT 8

Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux.

Le financement de la lutte contre le sida en Haïti est toujours marqué par la faiblesse de la contribution de l'Etat. Au cours des dernières années, l'exercice d'estimations des dépenses est caractérisé par la baisse régulière des fonds alloués à la lutte contre la pandémie. Entre 2014 et 2016, les investissements ont perdu un cinquième de ses valeurs réelles. Selon les données présentées sur le tableau ci-dessous, la part des dépenses consacrées à la prévention est comprise entre 23% et 21%, avec une légère tendance à la relance en 2016. Cette composante d'importance capitale pour le programme a connu une réduction nette de plus de 2.5 millions en une année.

Tableau 1.- Répartition des dépenses consacrées à la prévention et à la protection sociale entre 2014 et 2016 en Haïti, MSPP-PNLS, REDES 2016.

Interventions	Année 2014		Année 2015		Année 2016	
	Dépenses (en millions USD)	%	Dépenses (en millions USD)	%	Dépenses (en millions USD)	%
Prévention	32,0	23.2	26,1	20.4	23,4	21.2
Protection Sociale et Services Sociaux	1,7	1.2	1,1	0.9	3,2	2.9

Contrairement au volet prévention, le paquet consacré à la protection sociale/services sociaux en 2016 (2.9 millions) est le triple de sa valeur monétaire de 2015 (1.1 million). Mais en termes relatifs il ne représente que la moitié du standard minimal exigé dans cet engagement pour mener les activités.

Pour ces deux composantes, il y a respectivement un gap de 5% et de 3% pour avoir la garantie de renforcer et de pérenniser les activités de prévention et d'améliorer l'environnement social des personnes affectées et infectées par le VIH.

1.9 ENGAGEMENT 9

Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme.

La Coordination Technique du PNLS reconnaît qu'à ce niveau, les défis sont de taille. La prestation des activités de formation et/ou de renforcement de capacités fait face à des contraintes majeures telles que le manque de volonté politique et la rareté des ressources. Malgré tout certaines organisations s'engagent de manière plus ou moins synchronisée auprès des personnes affectées et infectées par le VIH à risque dans la reconnaissance de leurs droits. En effet, au cours de deux dernières années des programmes de formation et/ou de renforcement des capacités pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés afin de les éduquer et de les sensibiliser à leurs droits. En matière de prévention de la violence faite aux femmes et la violence sexiste, des sessions de formations ont été réalisées à l'intention non seulement des personnels de santé, mais également des membres du système judiciaire notamment de la police et autre personnel œuvrant pour l'application de loi à l'échelle nationale. Cependant dans un souci du respect des droits de l'homme et de lutte contre la discrimination, le système est sur la bonne voie pour un meilleur encadrement du personnel exerçant des fonctions de loi et de justice et même des parlementaires.

1.10 ENGAGEMENT 10

S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C.

On est unanime à reconnaître que le VIH/sida reste et demeure aujourd'hui encore un programme à caractère vertical. L'élan vers une intégration véritable tarde encore à venir. Cependant certains établissements sanitaires démontrent une certaine volonté pour sortir le sida de l'isolement.



C'est en ce sens que nous pouvons affirmer que cette intégration s'est manifestée notamment du service conseil / dépistage / soins et traitement du VIH avec la santé sexuelle et reproductive ; conseil et dépistage du VIH avec les services de TB ; dépistage TB dans les services VIH ; TAR et traitement TB ; et, dans une plus large mesure l'association de la PTME avec le service de santé materno-infantile. En ce qui a trait au dépistage et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus, des hépatites B et C, si dans une faible proportion d'établissements de santé ces services sont disponibles, la prestation se fait séparément des services du VIH.

1.11 Conclusion

Depuis 2014, la communauté scientifique internationale et les intervenants en VIH/sida au plus haut niveau avait admis que le traitement est un outil unique dans la riposte au sida, pour prévenir les maladies et les décès, pour éviter de nouvelles infections et pour économiser de l'argent. L'espoir de mettre fin à l'épidémie de VIH en tant que menace de santé publique dépend dans une large mesure de la capacité de la communauté mondiale à offrir le traitement contre le VIH à tous ceux qui en ont besoin, à travers une approche fondée sur les droits humains. De ce fait, la mise en place de cibles finales pour l'accès universel au traitement est essentielle. Dans cette perspective le nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel de riposte au sida 2018-2023 fait du traitement et de la prise en charge des PVVIH une intervention prioritaire.

La redynamisation des pratiques de dépistage du VIH, l'adoption de la stratégie Dépister et Traiter, l'implication graduelle de la communauté, la baisse des nouvelles infections imputable à la baisse sensible de la prévalence du VIH chez les adultes, l'amélioration de la couverture de la PTME, la priorisation des groupes clés, l'élan vers la collaboration TB-VIH sont entre autres des évidences pour chasser le scepticisme qui aurait animé les observateurs et les responsables sur les possibilités de mettre fin à l'épidémie de VIH et faire de la transmission du VIH un événement rare.

D'après les considérations faites dans cet article, ce projet ambitieux, mais réaliste, fait face à des obstacles de taille : la diminution des ressources consacrées à la lutte, le manque d'investissements provenant du trésor public entravant la pérennisation de la mise en œuvre, la stigmatisation / la discrimination envers les PVVIH et les groupes spécifiques clés, la qualité de la prise en charge, l'assistance psychosociale, etc.

Au-delà des défis, ONUSIDA pense que seule une approche de partenariat permettra à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du sida. Le monde aura à combiner la volonté politique, des orientations normatives factuelles, la poursuite de la disponibilité de données critiques pour enrichir et guider les actions et des ressources financières suffisantes pour atteindre la cible 90-90-90 et soutenir le traitement à vie contre le VIH.

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

Conception et mise en page

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



**LUTTONS ENSEMBLE
CONTRE LE SIDA !**



2. Suivi actif longitudinal du VIH en Haïti à travers la notification de cas

Nadjy Joseph, MD, M.B.A¹²

Le renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH, depuis le début de l'épidémie en Haïti, revêt une grande importance pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population à travers le Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida. Depuis 2008, ce système a été mis en place et a permis d'obtenir des données pertinentes sur l'étendue de l'épidémie et de mieux comprendre son impact.

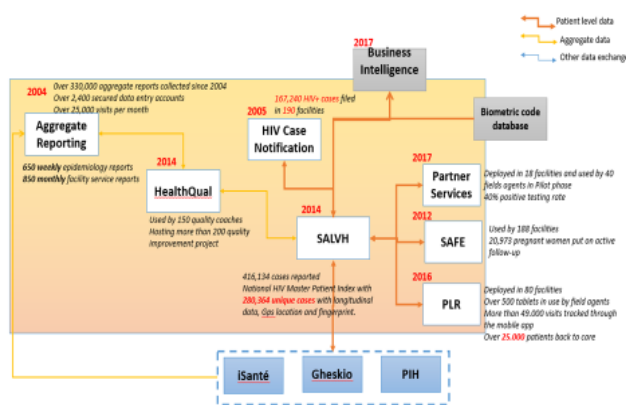
Les données de SALVH permettent : (1) de surveiller efficacement les tendances de l'infection par le VIH, (2) de caractériser les populations touchées et les populations vulnérables, (3) d'identifier l'adhérence des patients en soin et traitement, (4) de cibler les interventions de prévention, (5) d'évaluer les programmes et (6) de répartir les différentes ressources.

Actuellement, le système de suivi actif longitudinal du VIH en Haïti (SALVH) fournit des informations à partir d'environ 170 institutions de prévention, de dépistage, de soins et de traitement du VIH par deux mécanismes :

1. La notification se fait en premier lieu au niveau des sites de dépistage du VIH ;
2. Le second mécanisme de la saisie des données est réalisé au niveau des institutions de prise en charge du VIH en utilisant les DME.

ARCHITECTURE DU SYSTEME D'INFORMATION DU VIH

ARCHITECTURE UNDERLYING THE MESI PLATFORM



Cet article offre un résumé des données de SALVH, y compris le nombre et les caractéristiques démographiques des nouveaux cas diagnostiqués de VIH, et des informations sur la prise en charge et la prescription des ARV.

2.1 Cas VIH rapportés à SALVH 1990 à Septembre 2017

256.579 représente le cumul des cas de VIH diagnostiqués sur la période allant de 1990 à 2017. Les données de 1990 à 2008 proviennent exclusivement de réseau de partenaires impliqués très tôt dans la prise en charge des patients atteints de VIH : ces cas représentent les données historiques partagées par les systèmes de DME de GHESKIO et de PIH/ZL. La figure 1 montre le diagnostic du VIH par année de diagnostic pour la période de 2001 à Septembre 2017. On doit noter que les données 2017 s'arrêtent au mois de Septembre 2017.

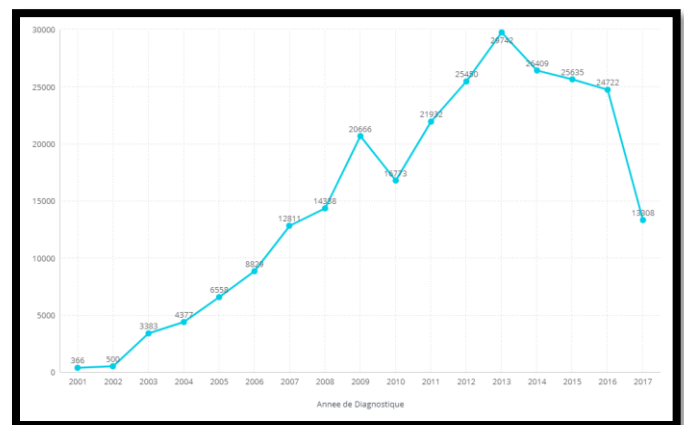


Figure 1. Evolution du nombre de cas de VIH diagnostiqués par année, 2001-Septembre 2017

De 2003 à 2009, une augmentation linéaire du nombre de cas rapportés par année (2003 à 2008 : période d'implémentation du système à travers le pays) et un pic assez important en 2009 suite au lancement national du système de surveillance de cas en Haïti. Il existe une baisse en 2010 qui peut être expliquée par la survenue du tremblement de terre du 12 Janvier 2010 et la reprise de cette tendance en 2011.

2.2 Répartition des cas de VIH diagnostiques par département

Le tableau 1 ci-dessous montre la répartition des cas de VIH par département à partir du lieu où le test de diagnostic de VIH a été réalisé pour le patient entre 2012 et 2017.

¹² National HIV/AIDS & PMTCT Surveillance Manager, Nadjy Joseph travaille en étroite collaboration avec le PNLS pour renforcer le système de surveillance des cas de VIH y compris la surveillance périnatale pour le VIH et la syphilis congénitale chez les femmes enceintes. Nadjy est titulaire d'un diplôme de la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS) de l'Université Notre Dame d'Haïti (UNDH) et d'une M.B.A de Taipei Medical University (TMU). Nadjy Joseph collabore à la rédaction de ce bulletin depuis sa première parution en décembre 2012.



Les trois départements où l'on retrouve le plus grand nombre de personnes diagnostiquées avec le VIH sont par ordre décroissant l'Ouest, l'Artibonite et le Nord. Le département ayant le moins de cas de diagnostic pour le VIH est celui du Sud-est.

Tableau 1 : Répartition des cas de VIH diagnostiqués par département et par année, 2012-Septembre 2017

Département	2015		2016		2017	
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
Artibonite	3225	12.67	4714	15.85	4172	15.80
Centre	465	1.83	1105	3.72	933	3.53
Grande-anse	632	2.48	579	1.95	527	2.00
Inconnu	765	3.01	812	2.73	830	3.14
Nippes	642	2.52	667	2.24	562	2.13
Nord	3277	12.88	3701	12.44	3450	13.06
Nord-est	991	3.89	1354	4.55	1381	5.23
Nord-ouest	1031	4.05	1063	3.57	1046	3.96
Ouest	12294	48.31	13419	45.12	11339	42.94
Sud	1622	6.37	1846	6.21	1654	6.26
Sud-est	506	1.99	482	1.62	515	1.95
Grand Total	25450	100	29742	100	26409	100

Département	2015		2016		2017	
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
Artibonite	4339	16.93	4524	18.30	2457	18.46
Centre	1314	5.13	1228	4.97	425	3.19
Grande-anse	524	2.04	413	1.67	326	2.45
Inconnu	709	2.77	730	2.95	384	2.89
Nippes	484	1.89	475	1.92	353	2.65
Nord	3431	13.38	2978	12.05	1611	12.11
Nord-est	1282	5.00	2978	4.28	600	4.51
Nord-ouest	1135	4.43	1216	4.92	661	4.97
Ouest	10300	40.18	9995	40.43	5168	38.83
Sud	1604	6.26	1684	6.81	1026	7.71
Sud-est	513	2.00	422	1.71	297	2.23
Grand Total	25635	100	24722	100	13308	100

Nous retrouvons également au niveau de ce tableau un nombre de patients environ 2% par année où la répartition des cas de VIH par département n'est pas rapportée. Veuillez noter que les données 2017 ne sont pas encore finalisées et le total annuel de 2017 augmentera.

2.3 Cas VIH rapportés à SALVH par sexe et année de 2008 à Septembre 2017

Dans les lignes subséquentes, on va considérer les cas d'adultes de 15 ans et plus de même que les cas pédiatriques de moins de 15 ans diagnostiqués pour le VIH et rapportés au niveau de SALVH pour la période de 2008 à Septembre 2017. Veuillez noter que toutes les données 2017 ne sont pas encore finalisées et le total annuel de 2017 sera en augmentation.

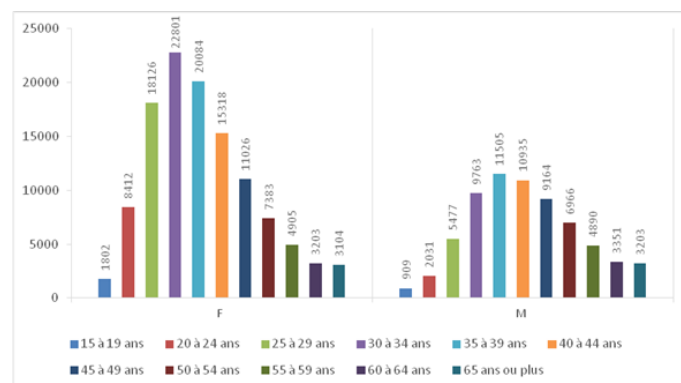


Figure 2. Répartition des cas d'adulte rapportés par année et par sexe de 2008 à Septembre 2017

On peut observer sur ce graphe la fréquence annuelle des cas adulte de VIH pour la période de 2008 à 2017 répartis par sexe. Tout au long de cette période, il y a un plus grand nombre de patients féminins diagnostiqués pour le VIH que de sexe masculin et le ratio féminin/masculin varie entre 1,2 et 1,8. Dans l'ensemble, 63% des cas rapportés parmi les personnes âgées de 15 ans et plus ont été parmi les femmes et 37% chez les hommes. Des taux plus élevés de diagnostic chez les femmes peuvent indiquer plus d'infections chez les femmes que chez les hommes. Les femmes sont également plus susceptibles d'avoir accès aux tests, qui sont offerts de façon routinière pendant les soins prénataux.

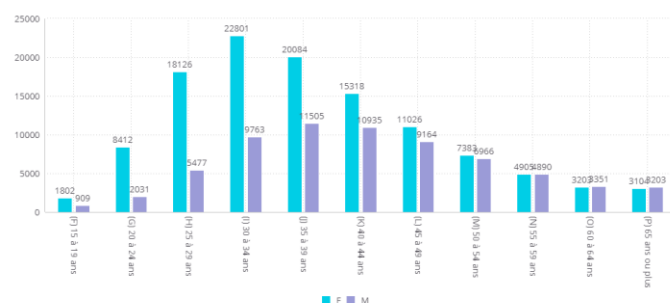


Figure 3. Répartition des cas VIH+ adultes rapportés par âge et par sexe de 2008 à Septembre 2017

La Figure 3 montre le nombre de cas de VIH positif rapportés de 2008 à Septembre 2017 par groupe d'âge. On constate que les trois (3) groupes d'âge où l'infection au VIH est plus élevée sont les suivants de façon décroissante : 25-29 ans, 30 – 34 ans et 35 – 39 ans. Il faut aussi souligner le nombre cas retrouvés chez les patients VIH+ de sexe masculin est plus important pour les groupes d'âge 25-49 ans et 50 ans et plus.



Au niveau du graphe ci-dessous, on retrouve le nombre de cas pédiatriques de 2008 à 2017.

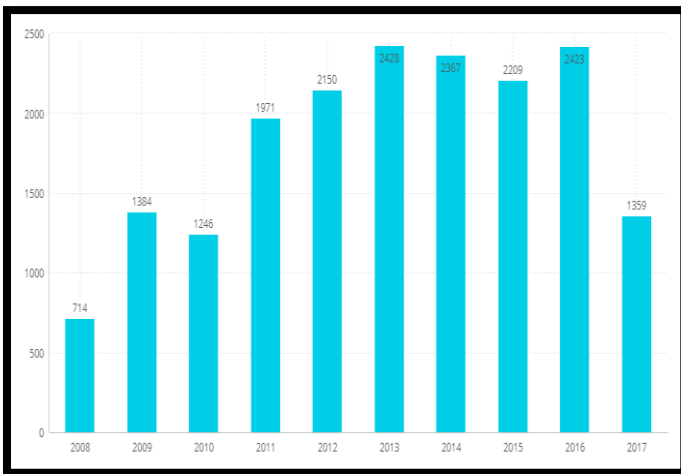


Figure 4 : Répartition des cas pédiatriques rapportés à SALVH par année, 2008 à Septembre 2017

Le nombre annuel de cas de pédiatrie a fluctué entre 2428 en 2013 à 1359 en 2017. A noter que le nombre de cas en 2017 pourraient augmenter lorsque nous aurons toutes les données disponibles pour cette année.

2.4 Prise en charge aux soins et traitement pour les cas diagnostiqués entre 2008 à Septembre 2017

La figure 5 montre le pourcentage de diagnostics de VIH qui étaient liés aux soins et qui ont reçu le traitement antirétroviral. Au cours de la période de dix ans, le pourcentage de personnes liées aux soins variait entre 84% en 2008 et 60% en 2011, avec une baisse entre 2008-2011 et une augmentation graduelle entre 2012 et 2015. Le pourcentage des diagnostics de VIH commençant le TAR a augmenté au fil des ans, de 61% en 2008-09 à 85% en 2017. Les augmentations de l'initiation du TAR reflètent probablement les changements de politique en Haïti qui ont progressivement élargi l'admissibilité à l'ART au fil des ans.

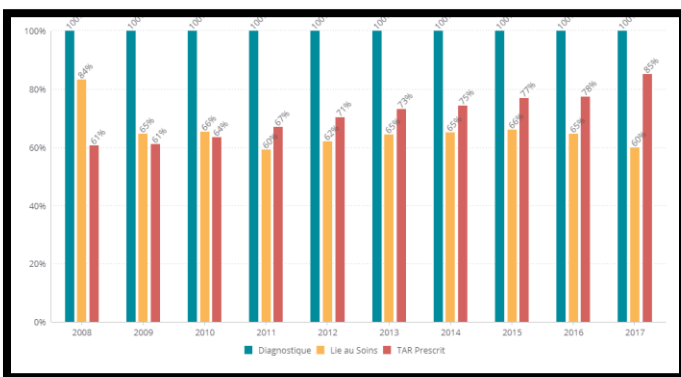


Figure 5. Pourcentage de personnes diagnostiquées au VIH qui sont liés aux soins et qui reçoivent le TAR, par année de diagnostic, 2008-Septembre 2017

Pour conclure, le système de suivi actif longitudinal du VIH en Haïti fournit les éléments nécessaires à une planification stratégique appropriée et revêt une importance capitale dans le contrôle de l'épidémie du VIH. Ce système qui est mis en place par le Ministère de la Santé Publique et de la Population à travers le Programme National de Lutte contre les IST/VIH (PNLS) permettra de produire des informations clés et de qualité pour la pérennité du Programme.



3. Analyse descriptive de la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes enceintes au niveau de 12 hôpitaux en Haïti en 2014

Rose Dyna Georgie A. Boulay, FETP¹³

RESUME

Les mesures de PTME représentent l'une des voies les plus sûres pour freiner l'expansion du VIH. Le MSPP, avec l'appui de ses partenaires, a mis l'accent sur les interventions devant conduire à l'ETME. Cette étude déterminera le taux de transmission mère enfant du virus pour les FESP prises en charge au niveau des hôpitaux départementaux retenus en 2014.

Cette étude s'est déroulée au niveau de la CPN et de pédiatrie des hôpitaux retenus. Les trois niveaux de la pyramide de soins sont représentés à travers ce choix. Il s'agit d'une étude descriptive des dossiers et registres PTME. Elle concernait spécifiquement les FESP et leurs enfants inclus dans la PTME en 2014. L'efficacité du traitement a été évaluée par la détermination du nombre d'enfants infectés par le PCR et par les tests rapides.

354 FESP ont constitué l'échantillon dont l'âge moyen est de 29 ans. 49,7% connaissaient déjà leur statut et étaient enrôlées sous trithérapie prophylactique, 75,1% ont accouché dont la majorité (72,9%) en milieu hospitalier. 70% des FESP étaient au stade 1 de l'OMS et 42% avaient un taux de CD4 >500. 93,5% des nouveau-nés avaient reçu une prophylaxie avant 72 heures. Ils ont été nourris par l'allaitement maternel dans 74,1%. 91,1% des enfants ont été testés par PCR1 4 à 6 semaines de naissance, 50,4% par PCR2 après sevrage et 72,4% par des tests rapides entre 12 à 18 mois. La proportion de transmission de l'infection à VIH chez les ENMS est 2,98%.

Cette étude a montré que des progrès ont été réalisés. Cependant, il y a encore de nombreux défis à relever pour que le MSPP puisse atteindre ses objectifs et enfin arriver à l'ETME. La trithérapie ARV aux mères séropositives et une alimentation saine des enfants permettent d'obtenir des taux de transmission verticale du VIH faible.

ABSTRACT

PMTCT measures are one of the strongest ways to curb the spread of HIV. The MSPP, with the support of its partners, focused on the interventions that should lead to the ETME. This study provides a descriptive analysis of mother-to-child HIV transmission among pregnant women at 12 hospitals in Haiti in 2014.

This study was conducted at the Prenatal Clinic and pediatric level of the selected hospitals. The three levels of the pyramid of care are represented through this choice. This is a descriptive study of PMTCT records and registries. This study specifically addressed FESP and their children enrolled in PMTCT in 2014. Treatment efficacy was assessed by identifying children infected with PCR and by rapid testing.

354 FESP constituted the sample size with an average age of 29 years. 49.7% already knew their status and were enrolled under triple therapy prophylactic, 75.1% gave birth the majority (72.9%) in hospitals. 69.8% of FESP were in WHO stage 1 and 42% had CD4 > 500. 93.1% of newborns had received prophylaxis within 72 hours. They were fed by breastfeeding in 74.1%. 91.1% of children were tested by PCR1 4 to 6 weeks of birth, 40.4% by PCR2 after weaning and 72.4% by rapid tests between 12 to 18 months. The rate of transmission of HIV infection in ENMS is 2.98%.

This study showed that progress has been made. However, there are still many challenges to be faced in order for the MSPP to reach its objectives and finally reach the ETME. ARV triple therapy for HIV-positive mothers and healthy eating of children provide low levels of vertical HIV transmission.



¹³ Licenciée en Sciences Informatiques à l'Ecole Supérieure d'Informatique d'Haïti et graduée en Épidémiologie de Terrain (FETP) niveau intermédiaire, Rose Dyna Georgie A. BOULAY travaille à la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) depuis 2005 et actuellement occupe le poste de Gestionnaire Sénior de Données au Service Suivi/Evaluation.



MISE EN CONTEXTE/JUSTIFICATION

La transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant demeure un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en développement. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH est l'un des piliers de la riposte mondiale à l'épidémie de VIH. Dans La transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est responsable de 90 % des infections par le VIH chez les enfants de moins de 15 ans¹⁴. Dans les pays à revenus élevés, l'introduction de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a permis de réduire le taux de transmission du VIH de la mère au nourrisson à 1 %¹⁵. Ces programmes consistent en un dépistage du VIH, une prophylaxie ou un traitement antirétroviral(e), des pratiques obstétriques sûres et des conseils en matière d'alimentation du nourrisson. Des programmes de PTME ont été mis en œuvre dans des pays en voie de développement notamment Haïti avec un succès mitigé. L'une des stratégies proposées par l'OMS pour améliorer la couverture et la qualité des programmes de PTME consiste à les intégrer à d'autres services de santé utilisés par les femmes enceintes, les mères et leurs enfants : ex. : services de santé maternelle et infantile. L'efficacité des programmes de PTME intégrés par rapport aux soins non intégrés ou partiellement intégrés a été définie comme une augmentation de la participation aux programmes de PTME.

La prévalence du VIH en Haïti est de 2,2% chez les adultes de 15-49 ans et 2,7% chez les femmes [EMMUS V, 2012]. Selon la dernière enquête de surveillance sentinelle, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est 2,3% en 2012 et la proportion de transmission de la mère à l'enfant en 2014 est de 4,7%¹⁶. Avec l'appui de l'UNICEF, le programme de PTME a démarré en Haïti, comme projet pilote au niveau de trois institutions et s'est étendu au reste du pays en impliquant un grand nombre d'organisations avec le soutien immédiat du MSPP.

Des normes nationales en matière de PTME qui recommandent l'option B+ ont été élaborées. Celles-ci proposent de tester toutes les femmes enceintes et d'administrer un traitement antirétroviral à vie, indépendamment du nombre de cellules CD4¹⁷. Cette simplification permettrait de maximiser le rendement des programmes de PTME par un meilleur alignement avec les programmes de traitement antirétroviral et un renforcement des liens entre ces deux programmes à tous les niveaux de prestation de services¹⁸. Dès lors les options B et B+ sont les régimes privilégiés et nécessaires.

Dans tous les pays bénéficiant des fonds de PEPFAR, la proportion de femmes enceintes séropositives qui entreprennent une thérapie à vie sur l'option B + est passée de 26 % en 2011 à 84 % en 2014¹⁹.

Entre 2012 et 2014, le pourcentage de FESP enrôlées sous traitement à vie (option B+) en Haïti est passé de 40 % à plus de 90 %. Le lancement d'un traitement antirétroviral à vie pour toutes les femmes enceintes, quel que soit le nombre de CD4 est une stratégie prometteuse.²⁰

La PTME représente l'une des voies les plus sûres pour freiner l'expansion du VIH. De plus, à nos jours le taux de transmission du VIH mère-enfant n'est pas connu. Le MSPP à travers notamment la DSF, avec l'appui de ses partenaires, a mis l'accent sur les interventions devant conduire à l'ETME. Le MSPP de concert avec ses partenaires a réalisé une évaluation approfondie du programme national de PTME pour analyser l'état actuel de la réponse nationale et identifier conjointement des actions pour améliorer les efforts nationaux en matière de l'ETME. Les résultats sont encourageants, vu que le taux de TME estimé a baissé au cours des dernières années. Cet indicateur est absolument important pour évaluer globalement les effets des interventions en matière de PTME. Par conséquent, cette étude présente les résultats de l'expérience des hôpitaux départementaux dans la Prévention de la Transmission Mère-Enfant pour l'année 2014.

Cet exercice a permis à l'équipe de la Coordination Technique du Programme National de lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS) d'apprécier le niveau de la prise en charge des femmes enceintes séropositives par la disponibilité des ARV et des enfants exposés au VIH grâce au projet de diagnostic précoce du VIH chez les nouveau-nés et nourrissons par PCR ; de se rendre compte des nombreux défis à relever pour que le MSPP puisse atteindre ses objectifs, de répondre à l'une des recommandations de l'OMS relative à l'évaluation et servira aussi à tous ceux qui souhaiteront à l'avenir approfondir le sujet en effectuant d'autres recherches.

3.1 Objectif de l'étude

Analyse descriptive de la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes enceintes dans les 12 hôpitaux départementaux incluant la Maternité de Carrefour et l'HUEH, Haïti en 2014

¹⁴ Tudor Car L, van-Velthoven MHMMT, Brusamento S, Elmoniry H, Car J, Majeed A, Atun R. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programmes with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 6. Art. No.: CD008741. DOI: 10.1002/14651858.CD008741.pub2

¹⁵ WHO/HIV 2012.6 : Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson

¹⁶ www.mesi.ht

¹⁷ MSPP/PNLS. Directives unifiées pour la prise en charge Clinique, thérapeutique et prophylactique des personnes à risque et infectées par le VIH en Haïti. Novembre 2016.

¹⁸ OMS, Avril 2012

¹⁹ PEPFAR, 2015 annual report to congress, Mars 2015

²⁰ How evidence based are public health policies for prevention of mother to child transmission of HIV? Van de Perre BMJ 2013; 346 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f3763> (Published 20 June 2013)



Objectifs spécifiques

- Déterminer le profil des femmes enceintes séropositives et de leurs nouveau-nés.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des mères séropositives.
- Analyser le devenir sur le plan sérologique des enfants nés de mères séropositives (ENMS) 12 à 18 mois après leur naissance pour pouvoir déterminer le taux de transmission selon le protocole national de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère séropositive.
- Analyser le devenir sur le plan sérologique des ENMS séropositives 12 à 18 mois après leur naissance pour pouvoir déterminer le taux de transmission selon le mode d'alimentation.
- Proposer des recommandations visant à réduire la TME.

3.2 Organisation du système de santé Haïtien

De type pyramidal le système de santé haïtien comporte trois niveaux de prestations de services :

Le niveau primaire est subdivisé en trois échelons. Dans le premier, on y retrouve le Centre Communautaire de Santé qui se trouve au niveau du quartier ou de la section communale ; l'échelon 2 se réfère au Centre de Santé (avec ou sans lit) qui siège au niveau de la commune et le dernier échelon s'intéresse à l'Hôpital Communautaire de Référence qui siège au niveau du chef-lieu de l'arrondissement. Les institutions de ce niveau représentent la porte d'entrée dans le système de santé et permettent à la population d'accéder aux Services de Santé de Premier Echelon (SSPE). Au deuxième échelon se regroupe les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR) qui fournit la gamme de soins. Celle-ci comporte des interventions plus délicates qui nécessitent des spécialistes pour les quatre services de base offerts : Médecine interne, Chirurgie, Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (ObGyn), afin de pouvoir prendre en charge les cas référés par les institutions du premier échelon.

Le niveau Secondaire regroupe les Hôpitaux Départementaux et les cabinets médicaux de spécialité permettant un recours à des soins spécialisés.

Et, **le niveau Tertiaire**, essentiellement axé sur la recherche et la formation, regroupe les Hôpitaux Universitaires et Spécialisés de référence nationale.

En vue d'atteindre ses objectifs, le système sanitaire haïtien dispose d'un ensemble de moyens pour rendre disponible son offre de service de santé.

Les soins aux trois niveaux susmentionnés sont fournis par quatre types d'établissements selon le type de gestion.

Il s'agit des établissements relevant des secteurs : Publics, Privé à but lucrative, Privé à but non lucratif et Mixte (ou les secteurs public et privé assurent une cogestion). D'autres institutions viennent en appui au système de santé. Il s'agit des institutions paramédicales et les institutions de formation (EPSSS 2014)²¹.

Situation épidémiologique d'Haïti

Le taux de prévalence du VIH est assez stable en Haïti ; Les résultats de l'EMMUS IV 2012 montrent que 2,2% des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs pour le VIH. Toutefois, on observe une disparité selon les départements et la population. Cette disparité s'explique par le fait que les femmes sont plus vulnérables que les hommes et ce, sur plusieurs plans (EMMUS V, 2012). En Haïti, le VIH est toujours au stade d'épidémie généralisée et en même temps concentrée dans certains groupes cibles.

On parle de féminisation du VIH. En effet, Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui observé chez les hommes du même groupe d'âge soit respectivement 2,7% et 1,7%.

Dans la tranche des 15-19 ans, ce taux s'élève à 0,5%. Toutefois, il augmente avec l'âge. Ce qui l'amène à 4,2% chez les femmes entre 25 et 29 ans (EMMUS IV, 2012). Chez les femmes enceintes, la prévalence de l'infection au VIH est de 2,37% (ESSMS, 2012).

Chez les homosexuels et les travailleurs de sexe, le taux se hausse respectivement à 12,9 % et 8,4% (IBBS-PS, 2014). Plusieurs facteurs expliquent ce taux élevé chez cette population : « la stigmatisation, la violence envers ces groupes et l'inadaptation des messages de prévention envers cette population...

Situation générale en matière de santé maternelle

La santé de la reproduction constitue l'une des priorités du MSPP, de sérieuses mesures ont été envisagées en vue d'améliorer la santé de la femme à travers le renforcement des différents programmes. La disponibilité des méthodes de Planification Familiale dans toutes les institutions sanitaires du pays, l'amélioration de la santé maternelle à travers la disponibilité de maternités capables de prendre en charge les urgences obstétricales, la disponibilité de prestataires formés pour la prise en charge à tous les niveaux de la structure de soins sont autant de stratégies utilisées pour une meilleure prise en charge de la santé de la femme.

L'utilisation des services prénataux a toujours été faible tant dans les institutions publiques que dans les institutions privées.

²¹ <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/EPSSS.pdf>



En général, les femmes enceintes ayant bénéficié de 4 consultations prénatales sont le plus souvent au-dessous de 50%. Selon l'EMMUS V, pour l'ensemble du pays la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié au moins des quatre visites prénatales a augmenté au cours de ces dernières années. Au niveau national au cours de l'année 2013, on a observé un pourcentage de déperdition entre la 1^{ère} et les 3 autres visites prénatales. Le total des premières visites 41,35% est 2 fois supérieure au total des troisièmes visites prénatales (17,34%).

La majorité des premières visites soit 43,50% a été réalisée entre 4 et 6 mois, 31,82% de visites entre 0 et 3 mois, et 25,22% entre 7 et 9 mois.

Au cours de l'exercice 2014-2015, près de 94% des grossesses attendues ont bénéficié d'une première visite prénatale. Dans les 690 institutions enregistrées dans le système d'information sanitaire Haïtien (HSIS) pour la période, près de 10% des consultations concernent les femmes enceintes et plus d'un quart des patients ont sollicité les services de planification familiale. La couverture pour les premières visites prénatales est de 40% et celle des 3^{èmes} visites de 17%. Des 138,300 accouchements enregistrés, 57% ont été réalisés au niveau institutionnel (une augmentation par rapport à 50% en 2013-2014).

Six Assistantes Techniques en Santé Maternelle et Infantile ont été recrutées pour assurer le renforcement du programme et garantir la supervision régulière des activités liées à la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Organisation de la Prise en charge en matière de PTME

Depuis 2008, le MSPP, à travers ses partenaires a la capacité de réaliser le test ADN-VIH-PCR. Son application, comme test de diagnostic précoce chez les nourrissons exposés au VIH, s'est considérablement amélioré. Actuellement, deux laboratoires réalisent ce test par tâche de sang séché sur papier buvard, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et le laboratoire de l'IMIS des Centres GHESKIO, situés à Port-au-Prince. A l'aide d'un partenariat constitué de MSPP, PEPFAR/USAID, LNSP, GHESKIO, PIH/ZL et Caris Foundation l'implémentation du test ADN PCR dans 75 sites de prise en charge des nourrissons exposés au VIH a été fait, particulièrement pour ceux qui disposent d'un programme PTME. Un algorithme dans le cadre du diagnostic précoce par PCR a été développé.

Durant ces dernières années les prestataires du programme PTME au niveau des établissements sanitaires des 10 départements assurent le prélèvement de l'échantillon de sang de l'enfant et l'envoi selon le protocole développé par le MSPP à Caris Foundation qui assure la logistique des spécimens vers les laboratoires certifiés cités antérieurement.

Cette pratique, suscite pas mal de problèmes surtout dans le cadre de la réception des résultats qui souvent ne sont pas acheminés dans les délais raisonnables au niveau des institutions. L'idéal serait d'avoir au niveau de chaque département un laboratoire de référence pour réaliser ce test. A défaut de ce laboratoire, il est impératif d'améliorer le circuit pour une meilleure coordination des soins. Toutefois, il est prévu dans le futur qu'un troisième laboratoire géré par le réseau Partner in Health/Zanmi Lasante réalisera également le test ADN-VIH par PCR.

Le MSPP, à travers son bras technique le PNLS, devra s'assurer de la disponibilité des manuels de normes²² au niveau de la clinique prénatale et surtout encourager l'utilisation des outils standards développés par son service Suivi/Evaluation et ses partenaires techniques ce, dans un souci d'améliorer la qualité des données pour une bonne prise en charge visant l'élimination de transmission Mère-Enfant.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour réaliser cette étude, certains documents ont été consultés en vue d'une révision approfondie et d'une meilleure compréhension de la littérature scientifique relative à la problématique disponible et accessible, notamment : ouvrages, revues, articles et journaux scientifiques et aussi la consultation de la bibliothèque virtuelle via l'internet, des données institutionnelles du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

Ceci a permis entre autres, de bien choisir les variables constituant la base de données. Ces dernières ont été choisies pour les besoins d'analyse.

Le protocole utilisé comprend : la sélection des sites, l'étude de la population ciblée, le choix de l'échantillonnage, les méthodes de collecte de données, l'analyse des données, la méthode de supervision et de contrôle de qualité des données, la considération éthique.

3.3 Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans les 10 grandes villes d'Haïti. Le taux de séroprévalence parmi les femmes enceintes était estimé à 2,3% en 2014²³. Le pays compte dix départements sanitaires : avec 907 formations sanitaires dont 164 avec la capacité de diagnostic du VIH (CDV), 148 offrent des prestations gratuites en PTME et 144 assurent la prise en charge aux ARV (www.mesi.ht, décembre 2016).

L'étude s'est déroulée précisément dans les douze plus grands hôpitaux disposant du service de la PTME du pays à savoir les 10 hôpitaux départementaux incluant la Maternité de Carrefour et l'Hôpital Universitaire d'Etat d'Haïti.

²²https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PED%20AIDS%20directives%20pediatriques%20version%20finale_280513.pdf

²³ ESSMS 2014



Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale analysant les données de la cohorte de janvier à décembre 2014 au niveau de 10 hôpitaux départementaux incluant la maternité de Carrefour et l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti.

Sélection de la population de l'étude

Cette étude a été menée auprès de la cohorte des femmes enceintes séropositives pour le VIH et leurs nouveau-nés pour la période retenue selon les critères ci-dessous.

Critères d'inclusion

1. Toutes les femmes enceintes séropositives nouvellement placées sous ARV et toutes les femmes enrôlées sous ARV devenues enceintes suivies dans le programme VIH/Sida au niveau de 10 hôpitaux départementaux incluant la maternité de Carrefour et l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti durant la période de l'étude.
2. Toutes les femmes enceintes séropositives dépistées et enrôlées sous ARV au niveau de la maternité pour la période de l'étude.

Unité d'observation

Femme enceinte séropositive et son nouveau-né inclus dans la PTME au niveau des 12 établissements sanitaires sélectionnés au cours de l'année 2014.

Base de sondage

Les informations relatives aux femmes enceintes sont collectées à partir des outils de collecte de données du programme VIH/Sida mis en place depuis le début de la PTME dans les différentes structures.

La source d'information a été constituée du registre prénatal, maternité, pédiatrie, les fiches de surveillance active des femmes enceintes séropositives et le cahier de résultats des tests PCR. En d'autres termes, l'enregistrement des FE a été fait de manière bien ordonnée suivant la date d'enrôlement. En outre, Les informations manquantes ont été complétées par l'analyse d'autres sources telles : le dossier médical et/ou un cahier auxiliaire tenu par la Case Manager ou des structures de référence de la femme.

Taille de l'échantillon

L'échantillon des femmes enceintes a été déterminé à partir du logiciel libre de calcul en ligne OpenEpi version 3 (www.openepi.com). Selon cette méthode, la taille de l'échantillon est de 354 femmes enceintes avec un niveau de confiance de 95% pour l'ensemble des 12 institutions retenues pour la période. Les paramètres suivants ont été pris en compte :

- Fréquence estimée : 50% ;
- Précision : 5% ;
- Population de femmes enceintes VIH+ des institutions d'Haïti de Janvier à Décembre 2014 : 4451 ;
- Effet de champ : 1.0 ;

Taille de l'échantillon $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$.

L'échantillon d'enfant suivi dépendra de l'échantillon de femmes enceintes de l'étude. Néanmoins, ce nombre peut être inférieur ou supérieur dans la mesure où la femme enceinte a fait un avortement ou a accouché de jumeaux, de triplé ...

Choix des enquêteurs

Les enquêteurs furent les membres du service de Suivi/Evaluation de la Coordination Technique du PNLS (Gestionnaire de Données, Statisticien et Officier de Suivi/Evaluation).

Les interventions de terrain ont été menées par 3 équipes constituées d'un enquêteur, accompagné de l'Officier de Suivi/Évaluation de la Direction Sanitaire départementale et d'un chauffeur.

Collecte de données

La démarche consistait à la sélection des femmes enceintes éligibles pour l'étude et la saisie convenablement des variables selon les caractéristiques épidémiologiques telles que biologiques, environnementales, mode de vie, socioéconomique sur la base de données conçue à cet effet tout en s'assurant du bon remplissage correct des registres.

Toutes les données ont été collectées directement sur l'ordinateur. La vérification des variables manquantes a permis de faire des recommandations à l'institution pour une amélioration du remplissage des registres selon les normes du MSPP. L'analyse des données était réalisée à partir de la base de données consolidée et a permis de générer les graphes et tableaux des résultats de l'étude.

Traitement de données et contrôle de la qualité

Des procédures relatives au contrôle de la qualité des données saisies ont été développées par le Statisticien.

Pour minimiser le risque d'erreurs, l'interface de saisie de données a été configurée de manière qu'il ait la même apparence que le registre papier en naviguant par séquence à travers les variables et en codant les réponses automatiquement. Les fichiers Excel remplis, transférés sur le logiciel de traitement statistique (SPSS) ont facilité les analyses et la production des tableaux et des graphes.



Une supervision/vérification des données a été effectuée pour un minimum de 30% des institutions choisies au hasard afin de tester le niveau d'erreur dans le processus de collecte et de saisie.

En considérant les 31 variables que contient la base de données, un total de 4216 champs devaient être convenablement remplis pour l'échantillon soit 4 hôpitaux sur 12 afin d'avoir un degré de concordance maximale. Mais en tenant compte de l'erreur relevée lors de la vérification, la fiabilité de la saisie s'établit à 99,88%.

En conséquence, la collecte de données est impeccable et ne présente aucun souci pour supporter une analyse de base qui permettra de déterminer les éléments nécessaires à approfondir les recherches en vue de déterminer le taux de la transmission verticale pour la cohorte étudiée.

Analyse statistique

Les données démographiques et cliniques ont été saisies sur Excel 2010 puis analysées avec le logiciel standard Statistique Package for Social Sciences (SPSS) version pour Windows.

Les variables ont permis de mesurer les indicateurs relatifs à l'étude. Ces variables croisées entre elles et des proportions, des fréquences et des moyennes générés.

Les mesures de tendance centrale ont été utilisées pour les variables continues. Pour les variables qualitatives, les fréquences absolues et relatives sont calculées. Les statistiques usuelles sont utilisées pour la description des données. La moyenne et la déviation standard sont utilisées pour les variables qui suivent une distribution normale. Les variables en catégories sont décrites avec leurs proportions.

Les données sont présentées en pourcentage ou en moyenne et les extrêmes entre crochets, selon le caractère quantitatif ou qualitatif sous forme de tableau et de graphe.

Variables de l'étude

Profil des femmes enceintes séropositives

Caractéristiques générales des mères

- a) Age, Occupation, Provenance, Statut matrimonial;
- Antécédents obstétricaux, médicaux
- a) Stade Clinique, Régime initial;

Caractéristiques de l'infection maternelle

- a) Ancienneté de la maladie ;
- b) Date de réalisation du test (exprimée en semaines d'aménorrhée) en cas de dépistage dans le cadre de la PTME ;

Grossesse et accouchement

- a) Voie d'accouchement ;
- b) Lieu d'accouchement ;

Profil des nouveau-nés

Caractéristiques physiologiques

- a) Sexe;
- b) Poids à la naissance;

Mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

- a) Mode d'alimentation;
- b) Evaluation de la transmission mère-enfant;
- c) Evaluation sérologique de la transmission mère-enfant par rapport au mode d'alimentation.

Considérations éthiques et légales

Le protocole de l'étude a été toutefois soumis et approuvé par TEPHINET et la Commission Nationale Bioéthique (CNB) en Haïti. Pendant la durée de l'étude, les données sont stockées dans un ordinateur à accès restreint à la Coordination Technique du PNLS. Seules les personnes autorisées ont eu accès au contenu de la base de données de l'étude.

Les collecteurs des données de cette enquête sont des employés de la CT du PNLS qui ont l'habitude de consulter les dossiers des patients, de vérifier les registres, d'actualiser les EMR, de poster des données sur MESI et de faire la vérification et la validation des données VIH/sida. Toutes ces activités ont été réalisées dans le respect strict de la confidentialité des données des patients inscrites dans les registres du PNLS.

Au cours de cette enquête, la confidentialité des informations recueillies a été garantie dans les limites prévues par la loi.



3.4 RESULTATS

L'étude a été menée au niveau de 12 hôpitaux répartis dans les dix départements sanitaires du pays. Selon les données rapportées sur la base de données nationale ww.mesi.ht, au cours de la période, 710 femmes enceintes ont fréquenté la clinique prénatale de ces établissements sanitaires. La majeure partie des femmes enceintes constituant l'échantillon, 99 sur 354 soit 27,9%, provenait du département de l'Ouest étant donné que celui-ci dispose de beaucoup plus d'institutions et avec plus de trois millions d'habitants est de loin le plus peuplé des dix départements.

L'échantillon étant constitué de 354 femmes enceintes séropositives au VIH, pour la moitié (soit 48,6%) avaient été dépistées au cours de la grossesse puis enrôlées sous ARV ; 1,7% ont été identifiées en salle de travail. Une proportion de 5,5% en Pré-ARV devenues éligibles pour l'enrôlement. 44,1% connaissaient déjà leur statut séropositif et sont devenues enceintes. La présente étude s'intéresse particulièrement à ces femmes qui sont au niveau du protocole ARV.

Tableau 1.- Répartition des femmes enceintes selon leur statut à la CPN au niveau des 12 hôpitaux retenus, Haïti 2014

Département	Effectif PPS pour la période	Effectif FE nouvellement enrôlés sous ARV	% nouveaux enrôlés rapportés	Effectif FE sous ARV tombées enceintes rapportés	% FE sous ARV tombées enceintes rapportés
Artibonite	1	43	68	20	32
Centre	1	24	52	22	48
Grande-Anse	1	16	50	16	50
Nippes	1	37	93	3	7
Nord	1	30	41	44	59
Nord-est	1	31	66	16	34
Nord-Ouest	1	43	47	48	53
Ouest	3	114	57	87	43
Sud	1	30	44	38	56
Sud est	1	19	40	29	60
Haïti	12	387	54	323	46

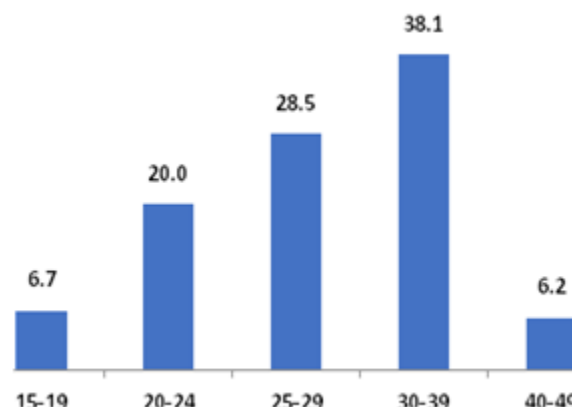
Profil des mères

Caractéristiques générales des femmes

L'âge des femmes

L'âge étant une variable importante pour l'analyse du profil démographique et sanitaire a été collectée au niveau de la clinique prénatale des hôpitaux. Il a été déterminé à partir de la date de naissance par les prestataires lors de l'enregistrement de la femme à la clinique prénatale. L'âge moyen de la population de femmes enceintes était de 29 ans avec des extrêmes de [14 et 46 ans]. Le graphique suivant présente la répartition en % des femmes en fonction du groupe d'âge. La catégorie des jeunes représente 20%.

Le nombre de femmes enceintes augmente au fur et à mesure que l'on avance vers le groupe d'âge élevé pour ne représenter que 6,2% pour les 40-49 ans. Le groupe d'âge le plus représenté est celui de 30-39 ans.



Graphique 1.- Répartition en pourcentage 2015 des femmes enceintes séropositives selon le groupe d'âge enrôlées à la clinique prénatale au niveau des 12 hôpitaux, Haïti

Le statut marital

Le tableau suivant présente la répartition des femmes selon le statut marital et l'occupation (n=354). Parmi les femmes enceintes séropositives de l'étude, celles qui vivaient en union libre (Concubinage) constituaient la catégorie la plus représentative de l'échantillon soit 55,9% suivi des célibataires 21,7%. Seulement 6,5% d'entre elles étaient mariées. En ce qui concerne l'occupation, la population d'étude est constituée en majorité de commerçantes 47,1%. L'occupation n'était pas déterminée pour 25,7% et les salariées représentaient seulement 5,7%.

Tableau 2.-Répartition des femmes enceintes séropositives de 15-49 selon certaines caractéristiques sociodémographiques, au niveau des 10 départements, Haïti 2014

Caractéristique Sociodémographique	Femmes enceintes séropositives	
	Effectif	Pourcentage
Statut matrimonial		
Célibataire	77	21,7
Union libre	197	55,9
Marié	23	6,5
Veuve	11	3,1
Divorcé	8	2,3
Inconnu	37	10,5
Occupation		
Élève/Étudiante	27	7,6
Salarié	20	5,7
Commerçante	167	47,1
Aucune	91	25,7
Autres ²⁴	49	13,8

²⁴ Couturière, servante, lessivière, chauffeur, esthéticienne, tenancier de borlette



Tableau 4.- Répartition des femmes en fonction du mode d'accouchement et de l'issue de la grossesse, Haïti 2015

Mode d'accouchement	Effectif	%
Normal	251	94,4
Césarienne	15	5,6
Total	266	100
Issue de la Grossesse		
Naissance vivante	257	72,6
Mort foetale	2	0,6
Mort né	10	3
Avortement	15	4,2
Décès néonatal	4	1,1
N/A	66	18,6
Total	354	100

Etat clinique des femmes

Stade OMS & Etat immunologique des femmes

Le tableau ci-dessous présente la répartition des femmes enceintes selon les stades de l'OMS. 1,48% (5/335) de femmes enrôlées étaient au stade 4 de l'infection. Le tableau indique également que 4 gestantes sur 10 (42%) avaient un taux de CD4 supérieur à 500.

Caractéristiques de l'infection maternelle

Consultation prénatale (CPN)

Le nombre de femmes ayant effectué au moins quatre visites à la Clinique Périnatale est de 48%. La majorité d'entre elles soit 46,9% ont eu leur première visite au cours du deuxième trimestre c'est-à-dire entre la 13^e et 26^e semaine d'aménorrhée. Celles-ci ont pu bénéficier du test de dépistage au cours de cette visite contrairement à celles qui sont déjà enrôlées dans le programme et qui sont devenues enceintes. Parmi les femmes enceintes, 176 femmes sur 354 soit 49,7% connaissaient déjà leur statut sérologique avant la grossesse et étaient déjà enrôlées dans le programme contre 48,6 testées à la clinique prénatale et 1,7% au niveau de la maternité.

Tableau 3.- Répartition des FE VIH+ selon le Point d'identification et en fonction du Stade de la grossesse lors de la visite au cours de la période de janvier à décembre 2014

Point d'identification de la FE VIH+	Stade de la grossesse lors de la visite			Total	%
	Premier trimestre Avant 13 SA	Deuxième trimestre 13- 26 SA	Troisième trimestre Après 28 SA		
CPN	49	90	33	172	48,6
Pré-ARV	9	8	3	20	5,6
ARV	72	68	16	156	44,1
Maternité	0	0	6	6	1,7
Total	130	166	68	354	100

Mode d'accouchement et issue de la grossesse

Parmi les femmes enceintes vues en première consultation prénatale (n=354), 76 soit 21,5% représentaient la catégorie des inactifs (Décès, perdu de vue, transfert) à la date de l'accouchement. Les accouchements ont eu lieu en milieu hospitalier en présence d'un personnel médical pour 72,9% des cas contre 21% survenus à domicile. 251 femmes enceintes sur 266 actives soit 94,3% ont accouché par voie basse tandis que 15 soit 5,6% ont bénéficié d'une césarienne prophylactique. Les naissances vivantes représentaient 72,6%.

Profil des nouveau-nés

Caractéristiques des enfants

Etat de l'enfant à la naissance

259 enfants nés vivants ont été enregistrés dont deux jumeaux. Au cours de cette période, aucun enfant prématuré né de mères séropositives n'a été enregistré. Le pourcentage d'enfants de sexe féminin est égal à celui de sexe masculin soit 49%.

Le sexe n'était pas déterminé pour seulement 2% d'enfant. Le faible poids à la naissance a été observé chez seulement 7,3% des enfants. Une faible proportion de nourrissons n'avait pas bénéficié de la prophylaxie ARV à leur naissance (6,5%).

Alimentation des enfants

L'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois pour tous les nourrissons exposés au VIH est recommandé par le MSPP, suivi de l'introduction des aliments complémentaires à partir de 6 mois. Toutefois l'allaitement doit continuer pendant les 12 premiers mois de vie. Le sevrage devrait se faire lorsqu'une alimentation adéquate est faisable sans lait maternel.

Le tableau suivant montre la répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'allaitement. 74% de femmes avaient opté pour l'allaitement maternel exclusif suivi de l'allaitement artificiel 12%. Au cours de la collecte des données, certaines informations n'étaient pas disponibles dont la catégorie non déterminée qui représente 4%.

Tableau 5 Répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'alimentation au niveau des 12 hôpitaux au cours de la période de janvier à décembre 2014

Allaitement	Effectif	Pourcentage
Allaitement Maternel Exclusif	192	74,1
Allaitement Mixte	24	9,3
Allaitement Artificiel	32	12,4
Non déterminé	11	4,2
Total	259	100



Evaluation de la TME par PCR

Le Tableau montre la répartition des enfants testés par PCR1 et PCR 2 respectivement entre le premier et le 6^e mois après la naissance et après sevrage puis le test rapide à partir de 18 mois. Lorsque le diagnostic virologique est possible, le premier test est réalisé à partir de 4 semaines d'âge, car la sensibilité d'un test virologique est alors d'environ 98%. Un seul résultat virologique positif (quel que soit l'âge) est suffisant pour établir le diagnostic de l'infection au VIH. Dans le cadre de l'algorithme recommandé par le MSPP, un test ADN-VIH PCR positif devra être confirmé dans un très bref délai par un deuxième test ADN-HIV PCR positif.

Ce qui implique que la plupart des enfants ayant un premier test PCR négatif n'ont pas été ramenés par leurs mamans pour se faire tester une nouvelle fois.

Au cours de la période de l'étude, en regard des normes du MSPP, lorsque le choix de la mère est porté sur l'allaitement maternel, le PCR 1 et le test sérologique après 12 mois sont requis tandis que les PCR1, PCR2 et le test rapide pour les autres modes d'alimentation.

La réalisation des tests PCR1 et 2 varie d'une institution à l'autre. Certaines effectuent les deux tests pour tous les enfants, quel que soit le mode d'alimentation tandis que pour d'autres ce n'est pas le cas. Ce qui fait que seulement la moitié des enfants ayant réalisé le PCR1 ont pu bénéficier du PCR2. Selon les résultats des tests PCR1 et PCR2 affichés dans le tableau ci-après, le taux de positivité des enfants nés de mères séropositives (ENMS) est respectivement 3,8% et 3,4%.

Tableau 6. Evaluation par PCR de la transmission mère-enfant au niveau des 12 hôpitaux au cours de la période de janvier à décembre 2014

Enfants	PCR1		PCR2		Test rapide	
	2 à 6 semaines		Après sevrage		18 mois	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Positifs	9	3,8	4	3,4	5	2,9
Négatifs	226	95,8	113	94,9	163	95,3
Indéterminés	1	0,4	2	1,7	3	1,8
Total	236	100	119	100	171	100

Evaluation sérologique de la transmission mère-enfant par rapport au mode d'alimentation et au groupe d'âge

Le tableau ci-dessous présente le pourcentage des enfants testés par test rapide entre 12 à 18 mois selon le mode d'alimentation. La majorité d'enfants de l'étude ont reçu une alimentation maternelle soit 74,1% d'où un taux de séropositivité de 1,2%. Le résultat du test rapide est établi à 2,9% pour les enfants séropositifs.

La mère bénéficie des conseils sur l'alimentation de son enfant et aussi d'une évaluation de sa situation personnelle et socio-économique. Fort de tout cela, des cas positifs ont été enregistrés indépendamment de la pratique d'alimentation.

Le diagnostic d'infection à VIH par RT/PCR peut se faire à différentes périodes de la vie de l'enfant ; son efficacité a été démontrée dans le cadre du diagnostic précoce. Mais lorsque le diagnostic par RT/PCR est très précoce il pourrait y avoir de faux positifs. Dans l'étude, plus précisément au niveau du département de l'Artibonite il y a eu un cas où la PCR a été négative pour un enfant à son 45^e et 90^e jours de vie, mais positive au test sérologique du 18^e mois à cause d'un allaitement mixte, ce qui est le pire que l'on puisse faire pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Chez l'enfant, le résultat n'est pas définitif car il peut y avoir aussi des transmissions (5 à 20%) en cas d'une mauvaise alimentation.

Tableau 7. Evaluation par Test sérologique de la transmission mère-enfant par rapport au mode d'alimentation au niveau des hôpitaux retenus au cours de la période de janvier à décembre 2014

Mode d'Alimentation	Enfants		Total
	VIH Positif	VIH Négatif	
Alimentation Maternelle	1,2	78	129
Alimentation Mixte	0,3	10,4	18
Alimentation Artificielle	1,2	11,6	21
Total	2,9	97,1	168

Sérologique des enfants nés de mères séropositives par groupe d'âge

Parmi les 5 enfants infectés, 3 des mères avaient été déjà enrôlées dans le programme avant de devenir enceinte tandis que les deux autres étaient nouvellement enrôlées. 4 soit 80% d'entre elles ont fréquenté la clinique prénatale dès le premier trimestre de la grossesse et ont été actives jusqu'à 18 mois après l'accouchement. Contrairement à la dernière, décédée avant le premier anniversaire de son enfant. Le département le plus touché fut le Centre (2/5) suivi de l'Artibonite, du Nord-est et de l'Ouest.

Tableau 8.- Présentation du statut sérologique des ENMS selon groupe d'âge des mères séropositives au niveau des hôpitaux retenus en 2014

Groupe d'âge	Statut		TOTAL
	VIH-	VIH+	
15-19	10	0	10
20-24	23	1	24
25-29	41	2	43
30-39	79	1	80
40-49	10	1	11
TOTAL	163	5	168



Prévalence de la TME VIH/Sida

168 enfants ont été testés, dont 5 positifs et 163 négatifs ; soit une prévalence de TME de 2,98%. Les enfants dépistés positifs ont été pris en charge avec des antirétroviraux adaptés, de même que leurs familles.

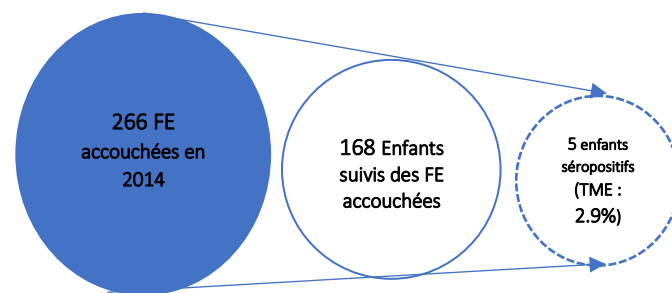
Tableau 9.- Prévalence de la TME, Haïti 2014

Nombre d'enfants testés	Effectif	Prévalence (%)
Séronégatifs	163	97,02
Séropositif	5	2,98
Total	168	100

La transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant se fait généralement lors du dernier trimestre de la grossesse et essentiellement lors de l'accouchement²⁵. En l'absence de traitement, le taux de transmission varie en fonction de l'état clinique et immunitaire de la mère. La prise d'un traitement antirétroviral pendant la grossesse, puis par l'enfant, permet d'amener le taux de transmission à moins de 1 %.

Le premier obstacle est l'accès au test VIH et la faible performance de la cascade PTME lorsque les femmes enceintes accèdent au test VIH. En effet, se présenter pour une consultation prénatale commence à être la règle dans les pays en développement. Ensuite la cascade décroît désespérément entre accepter le test VIH, en obtenir les résultats, accepter le régime de PTME proposé, l'observer, et surtout faire bénéficier le nouveau-né d'un régime de PTME et d'un test de dépistage de l'infection à VIH. Prenons le cas de cette étude, parmi les 354 femmes enceintes séropositives enrôlées dans le programme, au cours du suivi destiné à mesurer l'impact du programme PTME, seules 266 femmes ont accouché dont 236 enfants ont eu accès à un premier diagnostic précoce à l'aide d'une réaction en chaîne par polymérase (PCR1) et 168 à un dépistage sérologique de l'infection à VIH à 18 mois. Au total, le suivi aura concerné 66,6 % de la cohorte mère-enfant, ce qui conduirait à un résultat crédible de l'impact du programme national PTME.

Le deuxième obstacle est, sans conteste, le dilemme face à l'alimentation de l'enfant exposé au VIH. Les recommandations sur l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive pour le VIH sont claires²⁶. Par conséquent, leur applicabilité dans les pays à ressources limitées devenait de plus en plus une situation inextricable. L'option est désormais claire que l'allaitement maternel doit être protégé dans les pays en développement selon les nouvelles recommandations de l'OMS.



Graphique 2.- Représentation synthétique de la cohorte de femmes enceintes enrôlées sous TAR accouchées, la proportion d'enfants suivis et le taux de transmission 12 à 18 mois après leur naissance

3-5 DISCUSSIONS

Limites de l'étude

Nous avons analysé les dossiers des patients et les registres préalablement remplis par des agents de santé. Au cours de l'exploitation nous étions confrontés à des difficultés :

1. Certains dossiers étaient incomplets car les caractéristiques sociodémographiques n'étaient pas précisées.
2. Certaines données biologiques étaient incomplètes ou inexistantes.
3. L'adéquation de la prise en charge avec les Normes et Standards;
4. La relation entre les paramètres socioéconomiques (conditions de vie des FESP) et les résultats obtenus.

La qualité des soins et services fournis aux FESP n'a pas été pris en compte, tandis que cet aspect est très important pour déterminer les causes de la déperdition. De plus on n'a pas eu le temps pour investiguer la disponibilité des avantages sociaux liés à la prise en charge des PVVIH au niveau de l'institution. Cet élément a un impact considérable sur l'adhérence des patients selon les prestataires.

Notre limite principale dans cette étude est liée aux patientes et enfants perdus de vue parce que parents non joignables, ou parce qu'elles ont refusé pour une raison ou une autre de faire tester leur enfant.

Aucune généralisation ne saurait être faite étant donné le taux de déperdition.

Le but de notre travail est de déterminer le taux de la transmission verticale de la mère à l'enfant dans ses structures sanitaires représentant les trois niveaux de la pyramide de soins en Haïti. Elles accueillent des femmes quel que soient leur niveau socio-économique. Les consultations prénatales ainsi que les accouchements sont conduites par un personnel infirmier formé à cet effet.

²⁵ Transmission du VIH de la mère à l'enfant: Actualisation ONUSIDA. Mars 1999

²⁶ "Recommandations rapides : médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant" Genève, OMS 2009



Il existe aussi des médecins pour la prise en charge de la femme enceinte et des pédiatres qui assure les consultations néonatales selon un horaire déterminé par semaine.

L'évaluation clinique des nouveau-nés ainsi que leur orientation incombe à ce personnel dont la plupart nécessite une formation en soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)²⁷.

Les données de cette étude descriptive étaient collectées à partir des registres et dossiers de FESP et pédiatriques. Certaines informations spécifiques étaient manquantes et des définitions opérationnelles de certaines variables n'étaient pas standards pour ces personnels qui prenaient en charge la mère et le nouveau-né.

L'âge moyen de la population de femmes enceintes était de 29 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 25 à 39 ans. De par ces résultats et conformément à la littérature, il ressort que l'infection à VIH demeure une affection des sujets jeunes, sexuellement actifs.

La majorité des femmes avaient effectué au moins quatre visites à la Clinique Périnatale. Cette forte proportion s'explique non seulement par le fait que la plupart des femmes sous ARV connaissaient leur statut sérologique avant la grossesse mais aussi n'ignoraient donc pas les risques liés à leur état d'où la nécessité de suivi de leur grossesse. Ce résultat permet de voir les efforts qui se sont consentis en vue de sensibiliser les femmes enceintes séropositives à venir accoucher à l'hôpital. Ce résultat est imputable au renforcement du counseling des femmes enceintes lors des suivis périnataux.

Concernant l'issue de la grossesse, la majorité des femmes avaient accouché à l'hôpital. Si l'on se réfère à l'enquête EMMUS-V, les résultats de l'étude ne se diffèrent pas. La proportion de naissance qui s'est déroulée dans un établissement sanitaire a augmenté en regard des enquêtes précédentes. Toutefois, certaines femmes étaient perdues de vue avant l'accouchement. Quelques-unes sont référées vers d'autres structures et d'autres sont probablement retournées dans leur structure d'origine ou décédées à l'insu de la structure d'accueil. Il y a eu des décès, d'avortement parmi les femmes. Cependant on remarquait des mort-nés, cela pourrait être dû à l'état immunologique et au stade avancé de la mère. La comparaison du taux médian des CD4 des femmes ayant donné naissance à des enfants vivants et celles qui ont fait des mort-nés /avortements et décès confirmerait le rôle de l'état immunitaire dans l'avènement des décès, avortement, mort-nés. Au cours de cette étude, Tous les enfants n'avaient pas reçu la prophylaxie ARV à leur naissance (6,5%).

Plusieurs raisons expliqueraient cette situation : l'enfant n'était pas né au niveau d'une structure sanitaire offrant les services de PTME ou l'enfant était né dans un site PTME mais les agents de la maternité ignoraient la sérologie de la mère.

Le choix du type d'allaitement était libre. Toutefois, celui relatif à l'allaitement maternel revêt une importance particulière au cours des deux premières années de la vie. Elles savaient que le mode d'alimentation constitue un des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à leur tour influencent leur morbidité et leur mortalité. Le counseling leur a permis de faire un choix éclairé sur les difficultés liées à l'allaitement mixte ou artificiel et les risques de transmission du VIH.

Ainsi, plus de la moitié des femmes avaient opté pour l'allaitement maternel. L'EMMUS-V indique qu'en Haïti, la moitié des enfants sont allaités au sein pendant une période inférieure à 17,0 mois contrairement à la durée médiane de l'allaitement dans l'aire métropolitaine qui est de 14,1 mois.

Enfin, l'introduction d'aliments de compléments à un âge précoce expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies infectieuses, notamment la diarrhée. Il faut aussi signaler que le choix et le respect du mode d'alimentation des nouveau-nés peut être influencé par la peur de la stigmatisation et la non information du partenaire.

Les résultats témoignent de l'effort consenti dans la prévention de la TME du virus. En effet, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH repose essentiellement sur l'administration périnatale des antirétroviraux tant chez la mère que chez le nouveau-né. La femme enceinte VIH+ qui reçoit une combinaison appropriée d'antirétroviraux voit le risque de transmission au nouveau-né chuter à moins de 2%. Cette combinaison qui visait surtout la protection de la santé maternelle s'est avérée très bénéfique pour le couple mère-enfant. IL serait donc judicieux de l'utiliser chez toute femme enceinte dépistée séropositive afin d'augmenter considérablement le taux de succès de la PTME.

Les résultats de cette étude ont montré que les enfants de sexe féminin étaient plus infectés que ceux de sexe masculin. D'autres auteurs ont rapporté les mêmes résultats. L'hypothèse selon laquelle l'anatomie de la femme la rend vulnérable au VIH ne saurait s'appliquer ici. Toutefois, diverses études sont en cours dans un certain nombre de pays, qui permettraient d'en savoir davantage. Il est clair que le sujet est complexe, et que tous les aspects doivent être pris en compte afin de prendre une décision informée permettant la meilleure survie infantile possible.

²⁴ Monebenimp F, Tenefopa M, Mve Koh V, Kago I. Competence of health care providers on care of newborns at birth in a level-1 health facility in Yaoundé, Cameroon. Pan Afr Med J. 2012;11:45. [Article PMC gratuit] [PubMed]



Les tests virologiques précoces constituent une intervention essentielle pour identifier les nourrissons infectés. Il est également important pour que le MSPP renforce la qualité du suivi des enfants exposés au VIH et que le personnel de santé soit en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'une infection à VIH précoce chez les nourrissons exposés, surtout là où l'accès aux tests virologiques est limité en rendant effective la disponibilité des soins de santé au plus bas échelon.

Une fois, les enfants dont le diagnostic est établi, sont référés vers le service de pédiatrie où sont pris en charge gratuitement les enfants séropositifs jusqu'à l'âge de 15 ans.

La discrimination et la stigmatisation sont également un problème qu'il faut combattre. Très peu de femmes ont eu le courage de parler de leur séropositivité à leur conjoint ou à un proche. Dans le cadre de notre étude le statut du conjoint n'est pas connu. Il en ressort bien que malgré leur faible niveau d'instruction, ces femmes ont compris l'intérêt d'adhérence à la PTME et ont manifesté la volonté de faire en sorte que leur enfant ne soit pas contaminé.

Parmi les 354 femmes enceintes séropositives enrôlées dans le programme de PTME pour la période, 76 étaient inactives à la date d'accouchement soit 21,5%. La raison d'inactivité la plus importante de cette catégorie a été les pertues de vue (64/76) soit 84,2%. En comparant ce résultat avec celui de l'enquête récemment réalisée par le PNLS sur la rétention des patients sous ARV en 2014, le taux de PDV chez l'ensemble des patients sous ARV s'établit à 26% pour l'ensemble du pays.

Par ailleurs, Cuba l'un de nos voisins du bassin des Caraïbes est devenu aujourd'hui le premier pays au monde à recevoir de l'Organisation mondiale de la Santé la validation qu'elle a éliminé la transmission mère-enfant (TME) du VIH et de la syphilis. L'élimination de la transmission d'un virus est l'un des plus grands succès possibles pour la santé publique, » a déclaré le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. « C'est une victoire majeure dans notre longue lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles, et une étape importante pour l'avènement d'une génération sans VIH, » Conjuguons nos efforts pour maintenir la tendance à la baisse du taux de transmission verticale par la mise sous traitement de l'ensemble des femmes séropositives.

3.6 CONCLUSION

Une meilleure organisation des stratégies de réduction de la TME du VIH/SIDA, même dans un environnement à ressources limitées, peut conduire à des résultats similaires ou proches des pays voisins. Dans le cadre de cette initiative, le pays a travaillé pour garantir l'accès précoce aux soins prénatals, ainsi qu'au dépistage du VIH et de la syphilis, pour les femmes enceintes, leurs partenaires, ainsi qu'au traitement pour les femmes ayant donné un test positif et leurs enfants, aux accouchements par césarienne et à la substitution de l'allaitement au sein.

Ces services sont dispensés dans le cadre d'un système de santé équitable, accessible et universel dans lequel les programmes de santé de la mère et de l'enfant sont intégrés à ceux qui s'occupent du VIH et des infections sexuellement transmissibles.

Le taux de transmission de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives au niveau des hôpitaux de cette étude est relativement élevé par rapport à l'objectif fixé par les responsables du MSPP qui vise à réduire à moins de 2% la TME. On espère qu'avec l'application efficace des normes, les acquis escomptés avec la mise en œuvre du projet de Surveillance active chez les femmes enceintes séropositives coordonné par la NASTAD et le renforcement des activités communautaires le pays parviendra à atteindre cet objectif à court terme.

Les résultats de l'étude ont montré que des progrès ont été réalisés. Cependant il y a de nombreux défis à relever pour que le MSPP avec l'appui de ses partenaires puisse atteindre ses objectifs.

Toutefois, étant donné la configuration du système, la meilleure façon de trouver des données fiables sur la transmission de la mère à l'enfant, serait d'inclure les variables relatives à la mère et l'enfant au niveau du protocole d'enquête de rétention des patients sous ARV conduite par le PNLS à partir de cohorte telles que présenter dans le rapport en vue d'évaluer l'efficacité/impact des interventions en matière de PTME. Ce type d'enquête se réalise chaque année.

3.7 RECOMMANDATIONS

En regard de la problématique étudiée il a lieu de proposer les recommandations suivantes du VIH :

Au niveau de la Coordination du programme VIH/Sida des établissements sanitaires œuvrant dans le programme

1. Renforcer le counseling des femmes enceintes séropositives.
2. Renforcer les activités communautaires en vue d'assurer le tracking des patientes perdues de vue (17.5%).
3. S'assurer de la disponibilité du manuel de normes de prise en charge et de l'algorithme de traitement au niveau du service PTME.
4. S'assurer de la disponibilité et l'utilisation des outils de collecte de données du MSPP.
5. S'assurer de la complétude des données collectées au niveau des registres, dossiers ou tout autre support utilisé dans le cadre du programme PTME.
6. S'assurer que tous les enfants nés de mères séropositives soient systématiquement testés pour la connaissance de leur statut par PCR.
7. S'assurer de la disponibilité des résultats des tests PCR pouvant faciliter le suivi de la prise en charge de l'enfant né de mères séropositives.



8. Trouver une stratégie innovante pour le suivi des enfants de mères séropositives dans la lutte contre les perdus de vue.
9. Renforcement de la vigilance dans le dépistage des femmes enceintes qui arrivent tardivement à la maternité pour accouchement
10. Impliquer les agents de santé, les matrones dans le suivi à domicile pour s'assurer de la prise en charge soutenue des enfants nés de mères séropositives accouchant à domicile.
11. Encourager les clubs des mères séropositives pour le support mutuel.

Au niveau du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (MSPP/PNLS)

1. Une meilleure coordination des soins et d'un suivi des activités par une meilleure communication entre les différents acteurs de la PTME.
2. Étendre le dépistage, l'accès au traitement jusque dans les zones reculées du pays.
3. Renforcer la formation du personnel au counseling et la prise en charge des femmes enceintes séropositives sur la transmission mère-enfant.
4. Renforcer le système de surveillance et de l'évaluation de la PTME par des enquêtes.
5. Renforcer la sensibilisation de l'ensemble de la population par l'implication des médias.
6. Trouver une stratégie pour le dépistage des conjoints.
7. Intensifier les messages de sensibilisation sur le mode d'alimentation aux enfants nés de mères séropositives.
8. Mener une étude à plus grande échelle en vue de déterminer le taux d'incidence de la TME.
9. Rendre disponible les manuels de normes de prise en charge et les algorithmes de traitement au niveau des établissements de santé.
10. Elaborer les plans de renforcement et de redressement pour une meilleure rétention des femmes enceintes sous traitement.
11. Renforcer les capacités en matière de quantité et de qualité du personnel en charge de la PTME.
12. Actualiser les outils de collecte de données de façon à collecter de façon standard les tests PCR et autres variables importantes au suivi des enfants nés de mères séropositives.



4.Partner services ou Notification Assistée des Partenaires : état des lieux

Gloria E. Thermidor, MD. DESS/MGSS²⁸

4.1 Introduction

De nombreux efforts ont été réalisés au cours de cette dernière décennie en ce qui attrait à la lutte contre le VIH/sida en Haïti. Certes, la discrimination et la stigmatisation des personnes infectées au VIH constituent une mentalité chez de nombreux haïtiens qui ne fait pas de sens ; pourtant un grand nombre de personnes comprennent que c'est une maladie comme tant d'autres.

L'objectif des trois 90–90–90 de l'ONUSIDA pour 2020 (90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée) est un pilier central dans la riposte mondiale de mettre fin à l'épidémie à VIH en tant que menace de santé publique. Cet objectif reflète un changement fondamental dans l'approche mondiale de la prévention, des soins et traitement, de même que l'adhérence aux ARV. Cependant pour arriver à cet objectif ambitieux, il devient impératif d'adopter de nouvelles stratégies de dépistage.

Le « Partner Services »²⁹ définie comme une gamme de services offerts aux personnes infectées par le VIH (et ou aux autres IST) à leurs partenaires (sexuels, d'injection de drogues) ainsi qu'à leurs contacts sociaux est encore appelé la « notification assistée des partenaires »³⁰ ou NAP est une importante approche de santé publique pour la prise en charge des maladies infectieuses, notamment dans les programmes de lutte contre les IST et la tuberculose. Les partenaires sexuels et les partenaires d'injection de drogues des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH ont une probabilité accrue d'être également séropositifs pour le VIH. La notification assistée des partenaires est un moyen simple et efficace d'atteindre ces personnes qui, bien souvent, ne sont ni diagnostiquées, ni conscientes de leur exposition au VIH et pourraient accueillir positivement un soutien et la possibilité de se faire dépister pour le VIH.

4.2 Objectifs de la notification assistée des partenaires

En effet la NAP est une stratégie qui a pour objectifs de ³¹ :

²⁸ Partner Services Coordinator, Dr Thermidor a étudié à la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS) de l'Université Notre Dame D'Haïti (UNDH) avec une formation en Management et Gestion des Services de Santé (DESS /MGSS) de l'Université d'Etat D'Haïti, Faculté de Médecine et de Pharmacie (UEH/FMP). Elle a eu plusieurs expériences dans quelques organisations communautaires et a également travaillé avec les populations clés dans le projet LINKAGES. Travaillant à la NASTAD, en collaboration étroite avec certains réseaux et le MSPP/PNLS, Dr Thermidor fait la mise en place de l'implémentation du Partner Services.

²⁹ Centers for Disease Control and Prevention. Learn Partner Services online training. www.learnpartnerservices.org Accessed March 6, 2017.

³⁰ World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. WHO, 2016

³¹ World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. WHO, 2016



- Renforcer le recours aux services de dépistage du VIH des partenaires des PVVIH.
- Augmenter la proportion de nouveaux diagnostics chez les PVVIH.
- Orienter davantage les partenaires de PVVIH vers les services de traitement et de soins.

Une fonction critique du Partner Services est la notification des partenaires, un processus par lequel les patients index (c'est-à-dire les personnes infectées candidates aux services de notification des partenaires) sont interviewés pour obtenir des informations sur leurs partenaires, qui peuvent ensuite être informés confidentiellement de leur exposition potentielle au VIH. A noter que les services de notification aux partenaires sont volontaires, à la discrétion du patient index, et sont fournis de manière confidentielle, sans frais, dans un cadre centré sur le patient pour le patient index et ses partenaires. Les partenaires des patients index doivent être informés de leur exposition potentielle dès que possible en utilisant une stratégie de notification spécifique.

4.3 Méthodes de mise en œuvre de la notification assistée aux partenaires

Depuis juillet 2017, NASTAD en collaboration avec CDC, et le PNLS, avec le soutien de Solutions SA et I-TECH, a commencé à implémenter la NAP dans vingt (20) institutions de prise en charge du VIH en Haïti. NASTAD a élaboré des procédures opérationnelles standardisées et un matériel de formation NAP (curriculum, scripts et messages pour l'entretien d'index et la notification des partenaires) à partir d'un projet NAP similaire mis en œuvre par NASTAD en Ethiopie avec des adaptations spécifiques pour répondre au contexte de stigmatisation et de discrimination en Haïti.

Les vingt institutions sélectionnées pour l'implémentation provenaient du réseau MSPP/UGP, de différents départements du pays (Ouest, Nippes, Sud, Sud-est, Artibonite, Nord, Nord-est). A cause de l'utilisation du programme de suivi communautaire ou PLR, ces institutions avaient préalablement les ressources nécessaires pour l'implémentation de la Notification Assistée des Partenaires (agents de santé communautaires, ordinateurs, tablettes, connexion internet). Parmi ses sites il y avait des sites de grand et moyen volume (ex : HUEH, Alliance Santé de Borgne).

Une application développée permet de monitorer régulièrement les activités des sites en faisant le tracking des partenaires des patients (cas index) ainsi que leur lien aux services de dépistage et de prise en charge.

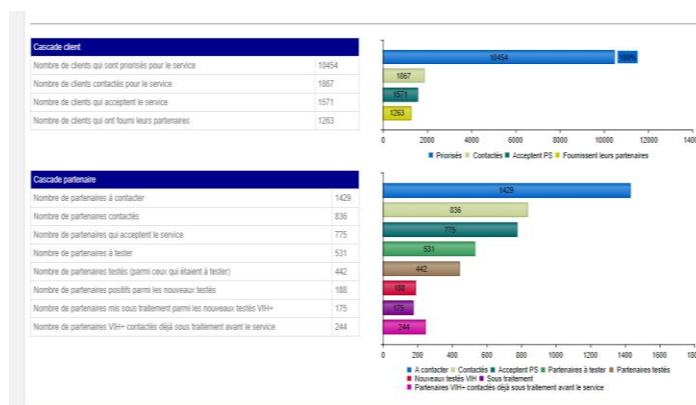


Figure 1. Tableau de bord de la Notification Assistée des Partenaires. Septembre 2017

4.4 Résultats obtenus au 30 septembre 2017

La mise en œuvre de ce projet dans vingt institutions de prise en charge de mi-juillet 2017 à septembre 2017, a donné des résultats impressionnants. La NAP est l'approche idéale qui permettra de répondre à cette cible ambitieuse des (90-90-90). Non seulement elle contribue à augmenter le premier 90 (90% des PVVIH connaissent leur statut) en orientant les partenaires des clients index vers les services de dépistage et de suivre les autres 90 (90% des PVVIH diagnostiquées sont enrôlées sous ARV). L'application donne la possibilité de surveiller les patients enrôlés sous ARV qui présentent une charge virale élevée soit le dernier 90 (90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée).

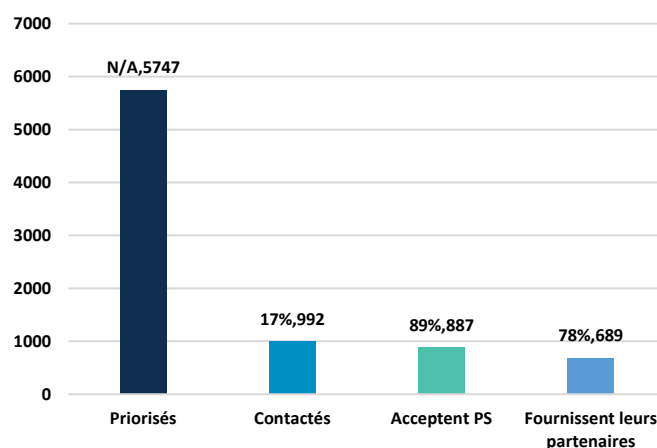


Figure 2. Cascade des Patients



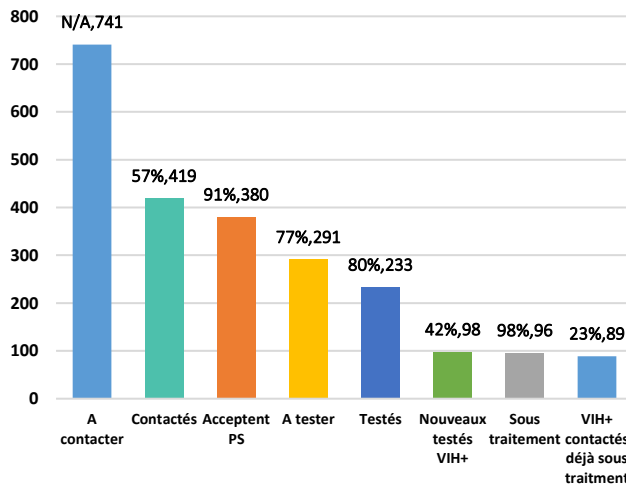


Figure 2. Cascade des Partenaires. Notification Assistée des Partenaires. Septembre 2017

Un total de 741 patients a été priorisé pour le Partner Services, 419 (57%) ont été contactés, 380 (91%) des clients contactés ont acceptés le service. Parmi ceux qui ont acceptés de faire test, 233 (77%) ont été testés et 80 (42%) ont été nouvellement diagnostiqué VIH positif ; 96 (98%) d'entre eux ont été nouvellement enrôlé sous ARV. Ces résultats démontrent l'importance et l'efficacité de cette nouvelle approche de dépistage ciblé.

3.5 Conclusion

Le taux de positivité constaté à date de 42% ne fait que confirmer ce qui est rapporté dans la littérature. Les partenaires sexuels et les partenaires d'injection de drogues des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH ont une probabilité accrue d'être également séropositifs pour le VIH³². La Notification Assistée des Partenaires est une approche de dépistage ciblé efficace, qui peut aider à atteindre les personnes exposées au VIH qui, bien souvent ne sont pas conscientes de leur exposition. Cette approche peut contribuer également à la prévention de la transmission de l'infection dans les couples sérodiscordants.

Les essais contrôlés randomisés et les études d'observation ont rapporté peu d'exemples de conséquences dommageables consécutives à une notification passive ou assistée des partenaires³³. Cependant la confidentialité et la participation volontaire sont des principes essentiels, en particulier au cas où les partenaires ne se sont pas encore mutuellement révélés leur statut sérologique pour le VIH.



5. Partenariat MSPP / GHESKIO : un modèle robuste au bénéfice de la population haïtienne³⁴

5.1 Introduction

Les Centres GHESKIO fondés en 1982, sont une institution haïtienne, à but non lucrative, dédiée à l'amélioration de la qualité de la vie de la population haïtienne. Ils ont pour mission de réduire la morbidité et de la mortalité en se basant sur la recherche, la formation et les services. Actuellement deux centres, INLR et IMIS desservent la population du département de l'Ouest et 25 autres sites publics et privés font partis du réseau MSPP/GHESKIO pour augmenter l'accès aux services et améliorer les services de prévention et prise en charge des patients et familles affectés par le VIH /sida et pathologies associées.

Placés au Bicentenaire au local de l'Institut National de Laboratoire et de Recherche (INLR), immeuble du Ministère de la Santé Publique et de la Population, les centres GHESKIO se sont créés au fil des ans un profil de rigueur, de sérieux et d'effort soutenu vers l'atteinte de performance au niveau des trois volets de leur mission : la recherche, les services de qualité aux patients et la formation des cadres dans le domaine des maladies infectieuses et de la santé de la reproduction. Ce triptyque s'articule comme les éléments d'une chaîne : la recherche permet à GHESKIO d'aller plus loin dans sa quête de solution aux situations émergentes, les résultats obtenus permettent l'amélioration des services fournis à la population et les leçons tirées sont intégrées dans les curricula des sessions de formation.

L'institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la Reproduction (IMIS) situé dans la commune de Tabarre créé en 2008, vient en appui à INLR pour desservir la population dans la région Nord de la capitale et du département de l'ouest principalement. Cette structure est totalement dédiée à la recherche, aux services et à la formation dans le domaine des maladies infectieuses et de la santé de la Reproduction. Il contribue à une délocalisation harmonieuse des activités du GHESKIO, permettant l'extension des services offerts à une plus large tranche de la population locale. IMIS a un laboratoire de haut niveau (BSL-3) qui permet à l'ensemble des institutions faisant partie du réseau utilisant nos services d'augmenter la qualité des soins offerts à notre population.

³² World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. WHO, 2016

³³ World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. WHO, 2016

³⁴ C'est un article d'histoire mais qui surtout rend hommage à GHESKIO, une institution nationale pour les services offerts aux communautés d'Haïti. Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida remercie les responsables des Centres d'avoir ouvert leurs archives et surtout aide à la rédaction de cet article. Cet article fait l'historique de l'extension des services GHESKIO/MSPP : de la PTME (2001 – 2003) aux ARV (2003 – 2004) jusqu'à la création des centres d'excellence (2015 – 2017).



5.2 Pour que la mémoire n'oublie pas

Les activités de santé de la reproduction ont commencé aux Centres GHESKIO en 1991 par la mise en place d'une unité de diagnostic et de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles. C'était la première fois en Haïti que les patients pouvaient avoir accès à un service uniquement destiné aux IST. Ceci a permis au GHESKIO de faire un état des lieux établissant la fréquence et la prévalence des diverses IST et VIH dans notre population. Deux ans après la réalisation de ce diagnostic de situation, les Centres GHESKIO ont facilité l'établissement de normes sur l'approche syndromique et d'un algorithme de traitement qui a été validé et recommandé par le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ces normes ont été disséminées au niveau de toutes les institutions sanitaires d'Haïti.

En 1995, suite aux résultats statistiques de l'EMMUS II, qui montraient que l'accessibilité aux soins de santé en général constituait en Haïti un obstacle majeur à la dispense de ces derniers, GHESKIO développe une autre stratégie, celle d'offrir dans un seul lieu tous les soins prénataux nécessaires aux femmes enceintes. Tout en permettant à un plus grand nombre de femmes d'avoir accès aux soins prénataux, cette activité a permis une observation de l'histoire naturelle de la grossesse dans la population de femmes infectées au VIH et l'étude du taux de transmission verticale du VIH en Haïti. Les renseignements tirés de ces activités ont permis aux Centres GHESKIO de proposer au MSPP en 1998 un protocole thérapeutique pour la PTME. En Mars 1999, GHESKIO, le FNUAP, le MSPP, Zanmi Lasante et le Centre Hospitalier Sainte Catherine Labouré (CHOSCAL) ont collaboré pour mettre en place un projet pilote de PTME basé sur le traitement antirétroviral et l'allaitement du bébé au biberon. Le projet a publié des résultats encourageants, plus spécialement une réduction de la PTME de 80- 90% dans les populations étudiées (IHE, 2003, p. 14). Les trois hôpitaux impliqués dans le projet pilote ont continué à offrir des services PTME et un nombre d'autres institutions (y compris l'Hôpital Albert Schwatzer, l'Hôpital de Port-de-Paix, l'Hôpital Claire Heureuse de Marchand Dessalines, l'Hôpital Mirebalais, et l'Hôpital Diquini) ont depuis ajouté ces services. Après la publication en Octobre 2001 des résultats obtenus, le MSPP a décidé de prendre des dispositions pour étendre ce service à l'ensemble de la population au niveau national.

5.3 Extension des services sur un modèle de soins intégrés : le modèle GHESKIO

Pour répondre de façon optimale aux besoins de la population desservie, les Centres GHESKIO ont développé progressivement un modèle de soins intégrés permettant au patient se présentant dans nos installations d'avoir accès durant une même visite à des services de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida et de la tuberculose, des soins pédiatriques et de santé de la reproduction. Ce paquet est soutenu par des services d'assistance conseil et de laboratoire de pointe pouvant effectuer des tests spécifiques.

Le programme d'extension des services a débuté en 2001 sous le regard du Ministère de la Santé Publique avec le Dr Michaelle Amédée Gédeon. Ce programme visait l'intégration du VIH et le programme PTME dans quelques sites du pays notamment, l'hôpital Eliazar Germain, l'Hôpital Saint Michel de Jacmel et l'hôpital Ste Catherine Labouré à cité Soleil pour appliquer les leçons apprises suite à l'utilisation de l'AZT et l'allaitement artificiel aux Centres GHESKIO sous la supervision de l'équipe de Dr Joëlle Deas (actuelle Coordonnatrice du Programme VIH en Haïti). Par la suite, avec l'arrivée des bailleurs de fonds, Fonds Mondial en 2003 et PEPFAR en 2004 et bien sûr avec la disponibilité des ARV, GHESKIO a étendu ses services vers les départements du pays pour répliquer ce que nous appelons le modèle GHESKIO. Ainsi, le modèle GHESKIO s'est établi dans le département du Nord (Hôpital Universitaire Justinien), de la Grande anse (Hôpital Saint Antoine de Jérémie), du Sud (Hôpital Immaculée Conception des Cayes, et du département de l'Ouest (Hôpital de la Communauté haïtienne, Hôpital adventiste de Diquini, Maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles). Aujourd'hui le réseau GHESKIO/MSPP compte à son actif 25 sites et couvre les départements de l'Ouest, Sud, Sud-est, Nord-ouest et Grande anse. 30% des patients actifs en Haïti sont suivis dans le réseau.



5.4 Stratégies des Centres GHESKIO

Pour arriver à ces résultats les stratégies suivantes ont été mises en œuvre :

a) Formation :

Les sessions de formation sont programmées en tenant compte des différents objectifs :

1. Formation de 3 semaines pour les médecins et les infirmières pour la prise en charge clinique des IST/VIH/sida ;
2. Formation de 5 jours pour les assistants sociaux, infirmières et auxiliaires pour la prise en charge psycho sociale du patient atteint du sida et de sa famille;



Des séances de mise à jour (éducation continue et évaluation des connaissances) sur les IST/sida avec pour objectif secondaire de réunir tous les travailleurs dans le domaine de la santé pour un partage d'expérience de terrain.



b) Equipe mobile

Les Centres GHESKIO ont reçu le mandat de superviser les sites et répliquer le modèle GHESKIO. Les visites de supervision sont essentielles pour un meilleur encadrement sur le terrain et permettent un fonctionnement en réseau des sites répartis dans tout le pays pour la prise en charge d'un PVVIH allant jusqu'aux antirétroviraux et la rétention en soins. Les équipes mobiles sont formées d'un médecin, d'une infirmière, d'un technicien de laboratoire et assurent le contrôle de qualité ainsi que le suivi de cette prise en charge. Un comptable parfois se joint à l'équipe de supervision pour les visites de terrain des centres ARV qui reçoivent un support financier passant par les Centres GHESKIO.



La visite de terrain comprend des rencontres de travail en atelier, un renforcement de la formation, une évaluation d'espaces physiques, une supervision directe et indirecte des services, la recherche de solution aux contraintes rencontrées et des propositions et recommandations spécifiques ou générales.

c) Santé Globale et augmentation/amélioration de l'offre de services

Depuis le séisme du 12 janvier 2010, GHESKIO a élargi son champ d'action pour prendre en compte la Santé dans sa globalité de façon à répondre aux attentes et aux besoins des plus démunis. Pour GHESKIO, la Santé globale repose sur plusieurs piliers : la santé d'abord, l'éducation, mais également la possibilité d'avoir accès à l'emploi. Cette nouvelle approche prend en compte : l'assainissement, l'accès à l'eau potable, la formation accentuée sur les notions d'hygiène, la réorganisation sociale par la création de groupes communautaires de femmes et leurs partenaires, et de groupes d'adolescents ainsi que la création d'une école primaire, l'Ecole Prince Albert II de Monaco, pouvant accueillir 320 élèves en simple flux pour favoriser l'accès à l'éducation de qualité. Il faut souligner que cette école a été l'une des premières du pays à être opérationnelle après le tremblement de terre en collaboration avec l'organisation Progrès et Développement (PRODEV).

Récemment, en juin 2013, en collaboration avec le PNUD et l'Ecole nationale haïtienne des arts (ENARTS), en complémentarité aux services de soins offerts, un nouveau programme a été implémenté dans le but d'assurer la réinsertion sociale des personnes vulnérables fréquentant les Centres GHESKIO et qui vivent dans les quartiers défavorisés de Cité de Dieu, Cité de l'Eternel et Martissant. Cette intervention portant sur la création d'emploi a une forte composante de genre en termes de capacités économiques des femmes et de leur famille, suite à des formations théoriques et pratiques. Ainsi, un pôle de formation et d'orientation économique a été créé où quatre ateliers sont opérationnels : ateliers d'Arts (peinture, papier mâché, tôles découpées), de Sérigraphie, de Coupe et Couture et de Menuiserie. Un réseau d'artisans est aussi créé afin de renforcer la production des ateliers avoisinants, ciblant et visant à satisfaire tant le marché local que l'international.

La capacité d'organisation et l'efficacité administrative des Centres GHESKIO ont été plus récemment illustrées par ses réponses immédiates et robustes aux dévastations du séisme du 12 janvier 2010 et à l'épidémie de choléra qui l'a suivi.



5.5 GHESKIO une institution nationale avant-gardiste

GHESKIO, institution nationale créée par des Haïtiens, avec plus de 35 ans d'existence travaille en étroite collaboration avec le MSPP pour l'amélioration des services de santé et l'amélioration des conditions de vie de la population haïtienne est une institution qui regarde l'avenir avec confiance. Cette institution au fil du temps s'est imposé comme une sommité nationale et internationale tant dans la lutte contre les maladies diarrhéiques que les maladies infectieuses, telles le VIH/sida, les infections mycobactériennes, les IST etc. Tout au long de son évolution, le GHESKIO a été un modèle d'intégration et de collaboration des secteurs publics et privés nationaux et internationaux. L'impact des maladies endémiques et des problèmes de santé en Haïti ne peut être contrôlé que si l'effort national est soutenu et intensifié impliquant le personnel soignant et toute la communauté bénéficiaire des services.

La Coordination Technique du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida est fière d'honorer cette institution nationale, une institution pionnière dans la lutte contre le sida en Haïti et à travers le monde. Elle espère que les décideurs politiques, les planificateurs, les chercheurs haïtiens et les universitaires puissent utiliser ce modèle comme une source d'inspiration et de savoirs capables de les inciter à prendre de bonnes décisions et à faire œuvre qui vaille au bénéfice de la communauté haïtienne toute entière.



6. Les notions et étapes clés de la stratégie HealthQual en tant que cadre conceptuel d'amélioration de la qualité des soins en Haïti

Jean- Etienne Toussaint³⁵

6.1 Fondamentaux de la stratégie HealthQual

Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti veut mettre le voile sur un nouveau chantier, celui de l'amélioration continue de la qualité des soins en VIH/sida. Ne dit-on pas : « à cœur vaillant, rien d'impossible » ! Il faut mettre la panache, car en tout et partout, nous pensons qu'il faut un commencement et cette initiative qui s'introduit dans le 16^e numéro est une tentative d'explication succincte des fondamentaux de la méthodologie et un regard descriptif bref sur son parcours en Haïti, car 2017 célèbre ses 10 ans de mise en œuvre. Elle mérite au moins qu'une fleur sous forme d'article lui soit envoyée pour motiver les coachs et les équipes de qualité au sein des PPS à aller de l'avant vers d'autres cimes. « La qualité n'a pas de limites ». Elle est au sein du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida une source d'inspiration qui nous permettra de mobiliser les énergies indispensables pour offrir régulièrement un article de quelques paragraphes sur un des projets de qualité mis en œuvre en Haïti.

« HealthQual ou amélioration continue des soins » est l'une des méthodologies actuellement utilisée dans la plupart des Programmes, en particulier ceux en VIH/sida, qui permet d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients. Vue l'importance de cette méthodologie, le PACQ, le Programme d'Amélioration Continue de la Qualité, est au cœur d'une démarche entreprise où la « recherche de la qualité doit être l'affaire de l'organisation, de chaque instance concernée et de chaque employé ». Ce programme est inclus dans une gestion de la qualité décentralisée et une approche axée sur la mesure des résultats, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des soins.

Ce programme reflète à la fois l'importance que nous attachons à répondre aux besoins et attentes des clients, des réseaux de soins et le souci de tous les intervenants dans la recherche des façons d'améliorer le service offert, en tenant compte du support et du partenariat qu'exige l'exercice de leurs responsabilités.

³⁵ Jean Etienne Toussaint est informaticien et gestionnaire. Il travaille au sein du Programme VIH/sida depuis 2008. Il rejoint l'équipe en suivi et évaluation de la Coordination Technique du PNLS en 2013. Il est un membre dynamique du groupe « national team » et de l'équipe de coach du département de l'Ouest en amélioration continue de la qualité (HealthQual) depuis 2014. Il a une formation de base en épidémiologie grâce à la coopération tripartite Brésil-Cuba-Haïti et en suivi et évaluation avec CARPHA.



La stratégie HealthQual est un ensemble d'actions ou d'opérations contribuant à une fin, ce qu'on appelle un processus. En effet, il consiste en un effort continu pour améliorer les services offerts aux clients et cet effort vise à apporter (regrouper) de petites améliorations à intervalles réguliers afin d'avoir un impact sur le client.

Selon Chartered Quality Institute « *l'amélioration continue de la qualité se définit comme étant un changement graduel et perpétuel, axé sur l'accroissement de l'efficacité et/ou des résultats d'une organisation, afin de lui permettre d'atteindre ses objectifs conformément à sa politique* ». Selon l'Institution, « *l'amélioration de la stratégie de l'entreprise, des résultats, des relations avec les clients, les employés et les fournisseurs peuvent faire partie de la politique d'amélioration continue* ». Autrement dit, cela signifie « *faire mieux, toujours mieux* »³⁶.

Sachant que la perfection totale est quelque chose de presque inaccessible, cette méthodologie essaie de l'en approcher le plus possible. Il est nécessaire de travailler constamment en vue d'améliorer toujours et constamment. L'amélioration continue comprend : l'identification du problème, l'analyse des données et des processus, la détermination de la cause primaire du problème et des propositions de solutions. On dirait qu'elle constitue le cœur même de la gestion de la qualité mais requiert un engagement, une planification, une structure, un leadership et une participation de la part de tous³⁷.

Le cadre HealthQual, que nous retrouvons dans le tableau de bord du PNLS, se compose de trois éléments ou piliers principaux indispensables pour son fonctionnement, ce sont :

- Mesure de la performance
- Amélioration de la qualité
- Infrastructure (matériels, humaines, financier) pour supporter la gestion de la qualité

Cette méthodologie est implémentée à travers :

- Le coaching
- L'apprentissage des pairs
- La participation du patient

L'Amélioration de la qualité voudrait dire en un tout :

Qualité de l'assurance offerte + aide-patient + formation du personnel + observation et Évaluation + réaction du Consommateur + amélioration dans la qualité = Gestion de la qualité

6.2 Utilisation de la méthodologie HealthQual

Avant d'utiliser la méthodologie, certains conseils d'amélioration de la qualité /doivent être des réflexes constants de celui ou de l'équipe qui voudrait utiliser cette méthodologie au sein des sites de prestation de services VIH/sida en Haïti :

- S'assurer de la mise en place une équipe d'amélioration qui aura à travailler sur un ensemble de points importants ;
- Prendre l'habitude à utiliser des données sur chaque patient cas par cas au niveau des sites de prestation de services ;
- Analyser les transformations des différentes unités de soins pour esquisser des chemins qui permettront d'améliorer la qualité de soins ;
- Se servir de la connaissance et de l'initiative du personnel de santé ;
- Continuer le processus même sans le support des experts extérieurs.



6.2.1 Principes clés de la méthodologie HealthQual

En plus des conseils listés ci-dessus, deux principes fondamentaux sont à utiliser afin de s'inscrire dans un processus continu de l'amélioration de la qualité :

Principes Q1

- Nous devons utiliser les données comme guide, non pas une catégorie ; mais des données mesurées.
- La plupart des problèmes se posent au niveau du processus, pas nécessairement chez les personnes.
- Nous devons focaliser nos efforts ; Mieux vaut réaliser du progrès sur un petit nombre de problèmes que de ne rien réaliser ou en essayant de tout résoudre à la fois ;

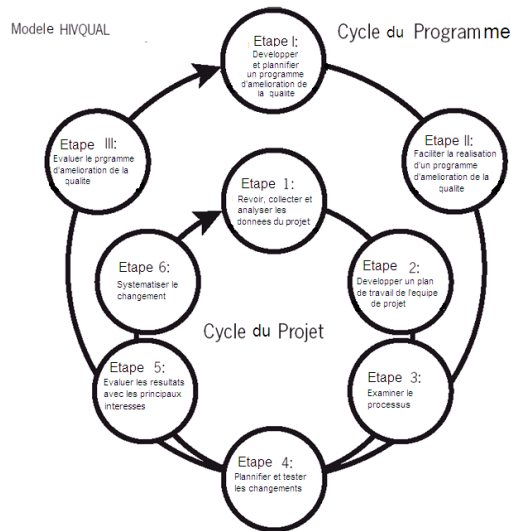
³⁶

³⁷ (www.who.int/jhr/training/laboratory_quality/15_b_content_process_improve_fr.pdf)



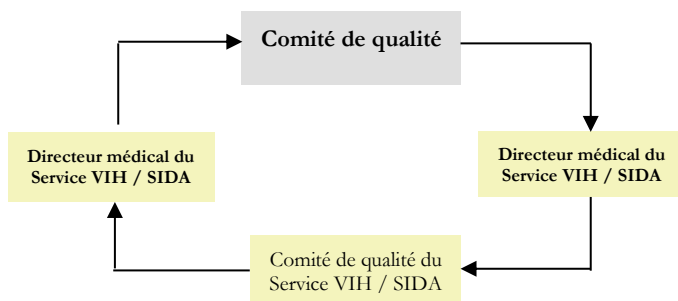
Principes QI 2

- Nous devons toujours bien identifier et bien cerner les besoins (Changements → Succès).
- Réaliser de petits changements sur une base régulière.
- Se servir d'expériences des autres.
- Prendre du temps pour planifier une amélioration de la qualité et aussi y trouver des fonds disponibles (infrastructure).



L'évaluation de l'amélioration continue de qualité au niveau d'une institution doit avoir un comité de qualité qui lui-même doit élaborer un document annuel que l'on appelle plan de qualité. Le comité de qualité doit tirer le rapport Healthqual sur MESI, analyser les données, choisir les projets à améliorer et monter des équipes de projets tout en assurant de leur formation à l'utilisation de la méthodologie.

Exemple d'organigramme d'amélioration de la qualité dans une institution



6.2.2 Cycles d'amélioration de la qualité

L'amélioration d'un indicateur (projet sur lequel une équipe travaille) comprend plusieurs cycles :

- Réviser, collecter et analyser les données relatives au projet ;

- Monter une équipe chargée de la réalisation du projet ;
- Étudier le processus ;
- Planifier et tester les changements ;
- Évaluer les résultats avec les principaux intervenants ;
- Systématiser les changements.

Les activités de l'équipe de projet se résument à :

- Examiner les causes possibles pouvant être à la base d'un faible score pour l'indicateur. Utiliser le diagramme de cause à effet.
- Développer un « changement à tester » directement lié à ces causes (qui, quoi, quand, où et pourquoi). Penser à utiliser un diagramme.
- Implémenter à petite échelle le changement sur lequel l'équipe s'est mise d'accord sur une période d'une semaine.
- Présenter les résultats lors des réunions.

6.2.3 Outils utilisés par la méthodologie

Pour atteindre les objectifs, la méthodologie utilise des outils pouvant favoriser l'amélioration de la qualité :

- **Le brainstorming / tempête d'idées / brassage d'idées :** est un outil pouvant aider à trouver des idées autour d'un projet. C'est une méthode organisée pour développer une liste d'idées sur les causes/solutions aux problèmes. Les problèmes des processus sont causés par :
 - Les méthodes ou procédures
 - Les matériels ou équipements
 - L'environnement
 - Les gens



- **Le diagramme de cause et effet ou digramme d'Ishikawa ou diagramme en arêtes de poisson :** permet de réaliser la cartographie des variables qui peuvent influencer un résultat. Il invite les gens à penser au-delà des causes évidentes.

Il permet d'anticiper les solutions potentielles et dire clairement qui doit être impliqué dans l'évaluation des solutions.

- **Le logigramme** : Un logigramme est une image de n'importe quel processus, pouvant impliquer une séquence d'événements, d'étapes, d'activités, ou de tâches. C'est un outil clé pour la compréhension des processus.



- **Le diagramme de Pareto** : Ce principe est appelé « parétien » ou « règle des 80/20 » suggérant que la plupart des résultats proviennent d'un nombre restreint de causes, c'est-à-dire qu'approximativement 80% des effets sont dus à 20% des causes potentielles. Pour donner un impact maximum à vos efforts, l'équipe doit d'abord identifier les « quelques causes vitales » et concentrer ses efforts sur ces contributeurs.

6.3 Description d'un processus

Après avoir bien analysé et utilisé les outils, nous devons maintenant comprendre les étapes ou actions exécutées pour fournir un service particulier et/ou délivrer un résultat.



Ainsi pour accéder à l'amélioration de la qualité, la méthodologie utilise un cycle qu'on appelle **PDSA** :

La première lettre **P** correspond à *planifier, préparer*. Il sert à clarifier les objectifs, tout en faisant une projection.

La deuxième **D**, c'est le *do, faire*. Il sert à tester. Tester le plan, documenter les observations (attendues, inattendues) et commencer l'analyse.

La troisième **S**, c'est le *study, étudier*. Il veut analyser les résultats obtenus.

Et la quatrième **A**, *act, agir*. Il faut prendre la décision si on doit ajuster pour passer au prochain test.

6.4 Historique de HealthQual (HIVQUAL) en Haïti

Tenant compte de la définition de la méthodologie HealthQual et également des progrès réalisés par d'autres pays en utilisant cette approche, le MSPP qui est l'organe régulateur de la santé en Haïti encourage toutes les institutions sanitaires à utiliser cette méthodologie d'HealthQual afin d'améliorer la qualité des soins fournis.

Le MSSP a adopté la méthodologie HealthQual comme une initiative de renforcement des capacités installées pour faciliter l'existence de projets durables de gestion de la qualité, au niveau national et en clinique, avec l'objectif de l'obtention de meilleurs résultats pour les patients et l'amélioration de la santé de la population.

Cette méthodologie a été :

- Développée par l'Institut VIH/sida du département de la santé de l'Etat de New York (USA)
- Implémentée à :
 - New York State 1992
 - United States 1994
 - International (2003 — Thaïlande) ...

Le programme d'amélioration de la qualité est entré en Haïti en 2007 et est financé par PEPFAR.

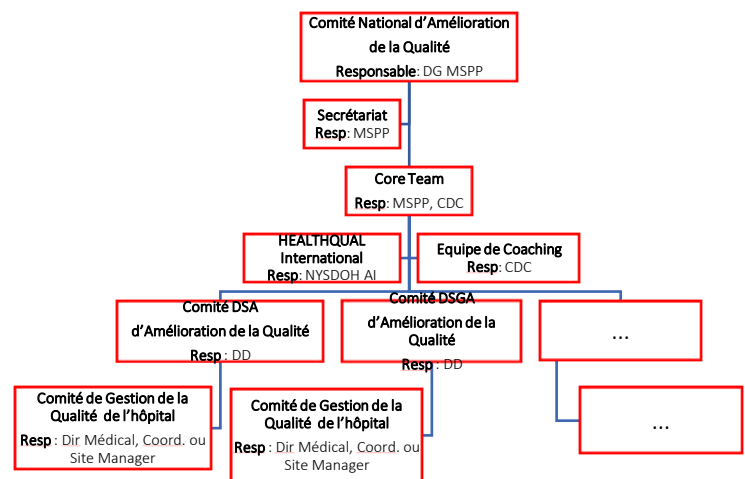


Figure 1. Organigramme de HealthQual-Haïti. Haïti, 2017



Le tableau ci-dessous fournit un aperçu de la répartition des tâches des niveaux de responsabilités indiqués dans l'organigramme ci-dessus.

Tableau 1. Répartition de responsabilités et de tâches entre les parties prenantes de la mise en œuvre de HealthQual en Haïti, Juillet 2017

Entité	Leadership	Membres	Rôles
Comité National d'Amélioration de la Qualité	DG MSPP	MSPP, UCP, UEP, DOSS, DSF, DDS, CDC UGP, USAID, FM, AP, OMS, ITECH, SSQH, UNFPA	Assure le suivi de la mise en œuvre de HealthQual Haïti ; conseille le MSPP quant à la direction du programme de qualité, la politique et l'infrastructure, examine et suit la mise en œuvre des plans incluant les outils, la formation et le choix des sites ; consultation régulière des données, analyse des résultats et des apports au développement du programme.
Core Team	MSPP CDC	CDC, UEP, UCP, DOSS, ITECH, UGP	Facilite l'exécution des décisions du Comité National. Assure le financement des activités à travers la coopération MSPP-CDC. Effectue la coordination de toutes les activités.
Equipe de Coaching	CDC	CDC, UEP, les réseaux de soins, PEPFAR, DDS, UCP, HIVQUAL-US	Assure la mise en œuvre dans le site, fait la formation et le coaching des sites, fait la formation du personnel départemental. Assure des évaluations organisationnelles des sites, participe à la résolution de problèmes de données des sites, fait la soumission régulière des rapports d'activités au Core Team.
HQ International	NYSDOH AI	NYSDOH AI	Joue le rôle d'assistance technique, formation, financement par le grant d'HRSA,
Comité QI Départemental	DDS	DDS, CDC, AP	Aide dans le développement et la mise en œuvre des plans, assiste l'équipe de coaching dans l'exécution d'évaluations organisationnelles, fait la révision des données, contact régulier avec des sites dans leurs secteurs pour évaluer les progrès/contrôle la mise en œuvre.
Comité QI des sites	Dir Méd, Coord ou Site Man	DM. Adm, CS clin, DRO, Psy, Pt.	Effectue la collecte, la révision et l'analyse des données, élabore le plan annuel de gestion de la qualité, constitue les équipes de projet et les former en QI, évalue les projets et le programme

6.5 Synthèse des étapes de la mise en œuvre de la méthodologie HealthQual en Haïti

En général, l'utilisation de la méthodologie HealthQual se fait au niveau des institutions offrant les services ARV à l'aide des dossiers médicaux des patients disponibles sur la base nationale d'I-santé. En 2007, l'accent a été mis uniquement sur le volet VIH avec 10 indicateurs. En septembre 2012, l'approche de la santé globale a été émergée. Bien avant l'utilisation de la méthodologie, plusieurs séances de formation ont été organisées. Tout au long de l'implémentation de la méthodologie, différentes étapes ont été franchies.

Dans le but de partager les expériences et de maximiser les effets, plusieurs rencontres se font au niveau national et certains prix d'encouragement sont octroyés aux institutions présentant le meilleur projet ou poster.

Haïti est représentée aussi à plusieurs rencontres internationales en vue de participer à certaines formations sur l'utilisation de la méthodologie afin de partager leurs expériences en matière d'amélioration et d'apprécier également celles réussies ailleurs.

Tableau 2. Indicateurs liés à la méthodologie utilisés en Haïti. Juillet 2017

2007-HIVQUAL	2012- HEALTHQUAL /SANTEQUAL
- Rétention des patients en prise en charge ARV - Surveillance immunologique CD4 - Enrôlement aux ARV - Prophylaxie au CTX adulte, - Prophylaxie au CTX pédiatrique - Evaluation de l'adhérence - Evaluation de la coinfection TB/VIH (PPD) - Evaluation nutritionnelle (IMC) - Méthode PF chez la femme VIH+ - Prophylaxie ARV chez la FE VIH+ - Vaccination des enfants	- Rétention en soin Pré-ARV - Enrôlement aux ARV, - Evaluation de l'adhérence - Niveau d'adhérence - Adhérence aux ARV - CD4 à l'enrôlement - Monitoring des CD4 - Dépistage du VIH chez les enfants exposés - Screening TB - Prophylaxie à l'INH - Prophylaxie au CTX - Evaluation de la santé mentale - Evaluation nutritionnelle - Surveillance de la malnutrition sévère - Vaccination des enfants de -5 ans - Planification familiale, - Dépistage du cancer du col de l'utérus - Enrôlement aux ARV des FE - Traitement de la syphilis.



Le tableau ci-dessous indique les points saillants / dates importantes de la mise en œuvre de la stratégie HealthQual en Haïti.

Tableau 3. Résumé des grandes étapes de la mise en œuvre de HealthQual-Haïti, Juillet 2017

Année	Mois	Évènements
2007	Septembre	Adoption de la méthodologie HIVQUAL par le MSPP comme programme national pour contrôler et améliorer les prestations de soins VIH/sida.
	Décembre	Constitution par le MSPP du Comité National HIVQUAL composé de partenaires PEPFAR et autres : (DG MSPP-PNLS-LNSP-CDC-USAID-FM-ITECH-GHESKIO-PIH-AR-MSH-FHI-MEASURE-IHE-FEBS). Développement de dix (10) indicateurs de performance pour mesurer la qualité des services VIH couvrant les soins adulte et pédiatrique et Sélection de 19 institutions sanitaires pilotes.
2008	Février	Session de formation de formateurs sur HIVQUAL pour le Core Team (UGP-ITECH-CDC) par le National Quality Center,
	Avril	1 ^{ère} session de formation sur HIVQUAL pour les Coachs régionaux (PNLS-UGP-ITECH-GHESKIO-AR-CDC) par le NYSDOH AI,
	Mai	1 ^{ère} session de formation sur HIVQUAL pour les leaders des CQ des sites pilotes et des Coachs des directions départementales sanitaires par le NYSDOH AI et le Core Team,
	Juillet	Intégration des indicateurs du rapport HIVQUAL dans l-santé, l'EMR du MSPP
	Novembre	Intégration des indicateurs du rapport HIVQUAL dans l'EMR de PIH,
	Décembre	1^{er} congrès du Comité National sur HIVQUAL - Intégration d'une 2^e cohorte de 6 institutions à HIVQUAL.
2009	Mars	2 ^e session de formation sur HIVQUAL pour les leaders des CQ des sites de la 2 ^e cohorte, des Coachs des réseaux et de DSD (FHI-MS H-INSHAC-CDS-PIH-DELR-PNLS-GHESKIO-AR-DSGA-DSNi-DSN-DSS-DSSE-UGP-ITECH-CDC) par le NYSDOH AI et le Core Team
	Juillet	2 ^e congrès du Comité National sur HIVQUAL,
	Novembre	3 ^e session de formation sur HIVQUAL pour les leaders des CQ des sites de la 3 ^e cohorte et des Coachs régionaux (DSN-DSS-CDS-UGP-ITECH-PIH-FOSREF-AR-UM-CDC) par le NYSDOH AI et le Core Team,
	Décembre	Intégration d'une 3 ^e cohorte de 23 institutions à HIVQUAL,

Année	Mois	Évènements
2010	Juillet	Relance des activités après le séisme du 12 janvier par une session de formation sur HIVQUAL des institutions du réseau PIH
	Décembre	Intégration d'une 4 ^e cohorte de 4 institutions à HIVQUAL
2011	Février	Fév. - 3 ^e congrès du Comité National sur HIVQUAL
	Septembre	Sep - 4 ^e congrès du Comité National sur HIVQUAL
2011	Décembre	4^e session de formation sur HIVQUAL pour des Coachs (DSO-CHAI-CDS-ICC-MSH-PNUD-ITECH-HTW) par le Core Team, - Intégration de la 5^e cohorte de 6 institutions à HIVQUAL
2012	Mars	HAITI remporte pour la 2 ^{nde} fois le prix du meilleur projet QI à l'ACLN en Ouganda
	Avril	- Avr.- 5^e congrès du Comité National sur HIVQUAL, - Décision du Comité National d'évoluer vers HealthQual en passant à 19 indicateurs (VIH-TB- SM-Vaccination-Nutrition- Santé mentale) - IDMI a présenté son projet QI sur la PF accepté à la conférence AFRAVIH à Genève
	Juin	Juin - 5 ^e session de formation sur HIVQUAL pour les Coachs (PNLS-UGP-ITECH-UM-CDS-FOSREF-PIH-CDC-GHESKIO-UMaryland-CMMB-DSA-DSGA-DSNi-DSN-DSNO-DSNE) par le NYSDOH AI
	Juillet	PNLS et HSD ont présenté leurs projets QI sur la PTME et ARV acceptés à la conférence IAS à Washington
	Septembre	- Intégration d'une 6^e cohorte de 13 institutions à HealthQual, - Intégration des indicateurs du rapport HealthQual dans l'EMR de GHESKIO
	Novembre	Nov. - 6 ^e congrès du Comité National sur HealthQual
	Mars	Intégration d'une 7 ^e cohorte de 20 institutions sur HealthQual
	Avril	5 institutions HealthQual (HAM-HLL-CSCLS-IDMI-HSD) ont présenté leurs projets QI acceptés à la conférence IHI à Londres
	Mai	7 ^e congrès du Comité National sur HealthQual
	Juillet	6 ^e session de formation sur HealthQual pour les Coachs régionaux (UPE-DOSS-DSF-PNLS-UGP-ITECH-UM-CDS-POZ-ICC-FOSREF-PIH-CDC-GHESKIO-CMMB-DSO-DSC-DSN-DSNO-DSS-DSSE-DSNO-DSNE-DSA-DSNi) par le NYSDOH AI et le Core Team
	Novembre	- 8 ^e congrès du Comité National sur HealthQual



Année	Mois	Évènements
2014	Avril	9 institutions de santé HealthQual (GCH- CSP- CSCL- HCDM- HSD- HFSC- CMB- HSACP- HSMJ), MSPP et PIH ont présenté leurs projets CQI acceptés à la conférence IHI à Paris
	Mai	9^e congrès du Comité National sur HealthQual - Intégration de la 9^e cohorte de 5 institutions à HealthQual
	Juillet	1 ^{ère} session de formation sur HealthQual pour des Coachs institutionnels (41 sites de l'Ouest, ITECH et UGP) par le Core Team et HQI
2015	Mars	10 ^e congrès du Comité National sur HealthQual
	Septembre	7 ^e session de formation sur HealthQual pour les Coachs régionaux (PNLS-HTW-SSQH CS- SSQH N- SCMS-POZ-FOSREF-PIH-CDC-CMMB-DSO-DSC- DSN-DSNO-DSS-DSSE-DSNO-DSNE-DSA-DSNi) par le Core Team
2016	Février	11 ^e congrès du Comité National sur HealthQual
	Mai	Présentation de la plateforme donnant accès aux institutions à poster leurs activités d'amélioration.
Jusqu'en 2015, 127 institutions ont utilisé la méthodologie HealthQual en Haïti.		

Outre les grands rassemblements en Haïti, les acteurs de la mise en œuvre ont été félicités dans des forums et conférences internationaux. Le tableau ci-dessous indique les principaux mérites qui ont été obtenus.

Tableau 4. Quelques grandes distinctions de HealthQual Haïti à l'étranger. Juillet 2017

Année	Lieux	Espace / conférence	Institutions/Organisme
2010	Nice	International Forum on Quality and Safety in Healthcare	
2011	Namibie	ACLN Healthqual-healthqual.org	Prix meilleur projet AQ - <i>Projet Screening TB de Grace Children's Hospital</i>
2011	Amsterdam	International Forum on Quality and Safety in Healthcare -	<i>Le programme HIVQUAL -Haïti</i>
2012	Genève	Conférence AFRAVIH – afravih.org	<i>Projet Planification Familiale de l'Institut Fame Pereo</i>
2012	Ouganda	ACLN Healthqual-healthqual.org	Prix meilleur projet AQ - <i>Improvement of ART enrollment through improvement of quality of service de l'Hôpital Universitaire de la Paix</i>

Année	Lieux	Espace / conférence	Institutions/Organisme
2012	Washington DC	Conférence AIDS2012 - aids2012.org	Using QI interventions to sustain ART enrollment and adherence in HIV+ children de Hôpital Saint Damien <i>Projet Amélioration accès au service PTME par PNLS</i> <i>Utilisation d'iSanté (EMR) dans Healthqual</i> <i>Use of an electronic medical record to implement, monitor, and improve HEALTHQUAL clinical care indicator performance rates par ITECH</i>
2013	Londres	International Forum on Quality and Safety in Healthcare - http://internationalforum.bmj.com 6 quality improvement projects	<i>Enhancing Acceptance of Family Planning Methods among HIV positive Women de l'Institut Fame Pereo</i> <i>Projet Enrôlement aux ARV de l'Hôpital la Colline de Lascahobas</i> <i>Improving Vital Signs Monitoring for hospitalized patients using the PDSA method de Hôpital la Colline de Lascahobas</i> <i>Adult TMP-SMX prophylaxis for HIV+ patients on antiretroviral Treatment de CS de Cerca la Source</i> <i>Facilitating CD4 Monitoring Through Quality Improvement Methodology de Hôpital Alma Mater de Gros Morne</i> <i>Projet Enrôlement aux ARV pédiatrique de Hôpital Saint Damien</i>
2013	Kuala Lumpur	Conférence AIDS2013 - aids2013.org	<i>Un dossier médical électronique en temps réel pour conduire le programme d'amélioration de la qualité d'Haïti</i>



Année	Lieux	Espace / conférence	Institutions/Organisme
2014	MSPP - Haïti		Impact of Coaching on HIV Care in Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Haïti, 2007-2012
	PIH/Zanmi Lasante		Improving access to CD4 count in rural Haiti; a midterm results of a cross-site initiative effort
	Centre de Santé de Cerca la Source		Tuberculosis screening in respiratory symptomatic primary care patients Improving isoniazid prophylaxis in HIV care
	Grace Children's Hospital		Improving TB Screening in HIV positive patients through application of Quality improvement methodology
	Centre de Santé de Pestel		Using Quality Improvement strategies for successful HAART Enrollment
	Hôpital de la Communauté Dame-Marienne		Quality of care through improvement of ART Enrollment
	Hôpital Foyer saint Camille		Challenges in enrolling HIV patient on ART
	Centre Medical BERACA		Impact of quality improvement methodology "HEALTHQUAL" on patients and staff in the context of retention in ARV treatment
	Hôpital Sainte Anne de Camp-Perrin		Addressing adherence of patients on Antiretroviral therapy with Quality Improvement interventions
	Hôpital Saint Michel de Jacmel		Ensuring continuity of care for patients on Antiretroviral Therapy in resource-limited facility
	Hôpital Saint Damien NPFS		CD4 Count Monitoring among HIV infected children and pregnant/breastfeeding women Pediatric Immunization among HIV Exposed and Infected Children Isoniazid prophylaxis + vitamin B6 among HIV infected children + pregnant/breastfeeding women.

6.6 Conclusion

Nous réalisons que l'utilisation de la méthodologie HealthQual devient de plus en plus importante et indispensable de nos jours et les résultats peuvent en témoigner. Est-ce pourquoi que le MSPP a recommandé à toutes les institutions qui fournissent les soins ARV aux patients d'en font usage. L'utilisation de HealthQual demande que chaque institution qui la pratique doit utiliser non seulement un EMR pour les dossiers VIH mais aussi les dossiers de soins de santé primaires et tous doivent être mis à jour. Quoique les résultats obtenus sont probants mais certains défis restent de taille. Nous citons quelques-uns :

- Utilisation des dossiers médicaux de soins primaires et OBGIN et leur saisie dans l'EMR (iSanté) ;
- Faiblesse de l'infrastructure (énergétique, technologique) ;
- Pérennité du processus, en particulier :
 - Appropriation par les autres directions et programmes du MSPP ;
 - Renforcement des compétences des équipes départementales et des directions centrales en amélioration de la qualité, coaching et analyse de données
 - Besoins de ressources additionnelles (financières, humaines).

En termes de perspectives, HealthQual Haïti planifie de :

- Intégrer le modèle dans les plans stratégiques du MSPP ;
- Faire l'extension du modèle dans d'autres institutions sanitaires ;
- Faire paraître régulièrement un bulletin trimestriel sur le programme HealthQual Haïti ;
- Mettre en ligne le Site web HealthQual Haïti.

Les recommandations suivantes sont d'importance majeure à savoir que toutes les équipes de coaching doivent :

- Elaborer et poster les plans départementaux de coaching de toutes les institutions de leur zone de desserte au début de chaque année fiscale.
- Effectuer les évaluations organisationnelles de toutes les institutions à la fin/au début de chaque année fiscale.

Toutes les institutions de HealthQual doivent :



- Envoyer leur plan annuel de gestion de la qualité au début de chaque année fiscale.
 - Elaborer et poster sur la base MESI toutes les fiches de projet d'amélioration de la qualité à la fin de chaque année fiscale.
 - Utiliser les dossiers de soins de santé primaires et s'assurer de leur saisie dans i-santé tel que le recommande la circulaire du MSPP : DG-08-11-10061.
- Et enfin : « Un bon plan mis en œuvre aujourd'hui vaut mieux qu'un plan parfait exécuté la semaine prochaine ».

« Voler sans honte et partager sans retenus »

7. PPSESE ou la reconnaissance de l'effort

Jéthro Guerrier³⁸ et Jean Etienne Toussaint



Et si on récompensait l'effort ? Telle a été la réflexion au niveau de la CTPNLS cette année pour désigner le PPSESE de 2017. Cette année a été particulièrement marquée par les changements importants dans la définition opérationnelle de plusieurs indicateurs clés du programme. Il est un fait indéniable que si l'on veut d'ici à 2030 arriver à l'élimination de l'épidémie du sida en tant que menace de santé publique, il va de soi que la fiabilité/validité/précision des données des indicateurs de suivi, leur collecte et leur rapportage conformément aux attentes et aux normes soient une priorité absolue pour tous. En ce sens, nous autres au niveau de la CTPNLS, sommes bien d'accord avec ce proverbe latin qui dit que « *La récompense se trouve dans l'effort* ». Ainsi, l'effort est devenu cette année le maître mot qui nous a motivés à considérer le choix d'une institution qui s'évertue dans la culture de qualité pour être désignée comme étant le PPSESE de 2017.

7.1 Désignation du PPSESE 2017

Comme nous venons de le dire, le choix du PPSESE de 2017 s'inscrit dans une logique différente. La CTPNLS aborde un aspect que notre civilisation passe souvent sous silence. En effet, de plus en plus l'accent est mis exclusivement sur les résultats sans accorder trop d'importance aux processus qui y conduisent. Nous ne sommes nullement en train de dire que les résultats ne sont pas importants. Loin de là ! Cependant, nous pensons que par moment nous devrions nous intéresser un petit peu plus aux actions, aux labeurs, à l'énergie dégagée et au souci de bien faire qui souvent sous-tendent les résultats finaux observés.

Ce faisant, nous éviterons d'être essentiellement dans une perspective où *la fin justifierait exclusivement les moyens*.

Le PPSESE de l'année 2017 répond alors à cette volonté de la CTPNLS de tout mettre en œuvre pour encourager toutes les institutions du programme à emboîter le pas en ce qui a trait à l'adoption des bonnes pratiques en Suivi et Evaluation en d'autres termes d'une culture générale de qualité. C'est en ce sens que le progrès est vivement encouragé car la CTPNLS croit fermement que « *l'effort fait les forts* »³⁹. Encourager l'effort c'est promouvoir la quête continue de l'excellence telle est la valeur qu'elle veut insuffler au personnel œuvrant dans le domaine du Suivi et Evaluation du programme VIH/sida à travers le pays.

7.2 Bref rappel de la méthodologie

La lutte contre le VIH en Haïti étant à une phase cruciale de son histoire, le cap est mis sur la fin de l'épidémie et en ce sens de plus en plus l'exigence est faite aux institutions d'avoir des systèmes de rapportage cohérents entre eux et rapportant des données de qualité c'est-à-dire des données répondant aux dimensions de la qualité conformément aux enjeux du moment. En d'autres termes, des données fiables, valides, complètes, intègres, précises et soumises à temps.

Le comité d'experts du service M&E de la CTPNLS s'est réuni et a passé aux peignes fins une liste d'institutions qui étaient susceptible de faire le plus de progrès pendant l'année 2017 notamment dans les aspects liés à la qualité de leurs systèmes de collecte de données et de rapportage. En d'autres termes, il a été surtout question de trouver une institution qui s'est améliorée le plus selon les critères d'évaluation qui sont : *la qualité des données, la promptitude, la complétude et l'exactitude des rapports postés, la notification des cas VIH+, l'actualisation et la conciliation de l'EMR avec MESI, la validation interne, l'application d'une méthodologie d'amélioration de la qualité des soins (HealthQual), le suivi des recommandations faites lors des visites de supervision, l'utilisation des données, l'utilisation des plateformes de Suivis communautaires, de Partners services*.⁴⁰

7.3 Désignation du PPSE 2017

Après avoir passé en revue le rapport des différentes institutions visitées par l'équipe M&E de la CTPNLS, l'équipe d'experts a conclu que le PPSESE de 2017 se trouve en plein cœur du département de l'Artibonite. Dans une ville qui fut fondée par les indiens Taïnos en 1422 qui l'appelaient alors Gonaïbo⁴¹.

³⁸ Jéthro Guerrier est informaticien de formation. Il détient une maîtrise en gestion. Il travaille à la Coordination Technique du PNLS depuis 2014 au niveau de l'unité suivi et évaluation. Auparavant, il a fourni ses services à la direction départementale en tant qu'officier de surveillance en épidémiologie. Il a une formation en épidémiologie de base grâce à la coopération tripartite Brésil-Cuba-Haïti. Il est l'un des rédacteurs du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti.

³⁹ Citation de Pradel

⁴⁰ La majorité de ces critères se retrouvent dans le bulletin de SE du sida No 7 p 18 à 23. Cependant d'autres critères tels que l'utilisation des plateformes de suivis communautaires, de Partner services et la conciliation des bases de données ont été ajoutés en tenant compte des nouvelles données de la lutte contre le VIH en Haïti

⁴¹ <http://www.guidehaiti.com/departements-d-haiti/artibonite/gonaives/lieux-historiques/article/decouverte-de-la-commune-des>



Par sa position stratégique et sa participation à la révolution haïtienne, la ville est reconnue comme étant le berceau de l'Indépendance.

La ville des Gonaïves est située à 19°25'35" de latitude N et à 75°10'36" de longitude O. Son drapeau est composé de deux bandes horizontales, le jaune en Haut et le vert en bas, au milieu s'érige une bande blanche verticale sur laquelle se dessine la photo d'un lambi. Le vert représente la couleur du riz dans les rizières, le jaune traduit le riz qui est mur. Le blanc symbolise le sel marin de la région des Gonaïves. Le lambi est le symbole du rassemblement des forces vives contre les abus, les injustices sociales et le despotisme.

Gonaïves, troisième ville du pays, mais première ville historique d'Haïti. Ville qui a vu l'arrestation et l'embarcation de Toussaint Louverture pour le Cap-Haïtien puis vers la France. Ville qui a assisté aux réunions des insurgés le 1er janvier 1804 devant l'autel de la Patrie pour déclarer l'indépendance et octroyer à Jean-Jacques Dessalines l'autorité suprême. Gonaïves, ville de l'indépendance où naît depuis toujours les cœurs insurgés »⁴².

La commune des Gonaïves est bornée au nord par les communes de Gros-Morne, de Terre-Neuve et d'Anse-Rouge ; au sud par le Golfe de la Gonâve, les communes de l'Estère et de St-Michel de l'Attalaye ; à l'est par celles de Plaisance, de Pilate et d'Ennery et à l'Ouest par le Golfe de la Gonâve, les communes de Terre-Neuve et d'Anse-Rouge. Elle s'étend sur cinq cent soixante-quatorze (574) kilomètres carrés. Sa population est estimée, selon les données de 2015 de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Information (IHSI), à trois cent cinquante-six mille trois cent vingt-quatre habitants (356.324) habitants⁴³.

« Le potentiel minier de la commune des Gonaïves se révèle assez intéressant en raison de la présence d'importants gisements. Du point de vue de la quantité, de la qualité du minerai et de son accessibilité, la section de Bassin est la plus éligible à l'exploitation industrielle. Il existe un potentiel minier marbrier exploitable qui pourrait contribuer également au développement de la région. Les gisements et indices de cuivre semblent aussi assez prometteurs, ce qui s'ajouterait à celle déjà importante quoique non industrialisée de l'exploitation du sel des marais salants ainsi qu'à celles des carrières de granulat.

Il existe toute une diversité de minerais. Des gisements économiques de matériaux pour cimenterie (marnes et calcaires) sont localisés aux Gonaïves. Ils se subdivisent en trois carrières situées respectivement à Morne Lapierre soit à sept (7) kilomètres des Gonaïves, nous avons les marnes estimés à 7 500 000 tonnes, à morne Biennac soit à deux kms des Gonaïves, il existe des calcaires estimés à plusieurs millions de mètres cubes et, enfin, à morne Blanc à 3 km de la ville, nous trouvons les calcaires marneux estimés à deux millions de mètres cubes.

Des indices de calcaire marbrier ont aussi été décelés dans la région des Gonaïves. Ils se trouvent à six kms au sud-est de la ville, à morne Grand-mont. Là, le calcaire est massif, de couleur sombre et est affecté par des dissolutions. À morne Blanc aussi, on a retrouvé des indices de calcaire lité et on retrouve dans la région deux carrières de sable. Les gisements de calcaire marbrier ont été exploités par l'Industrie marbrière Haïtienne (INMARH) depuis 1983 et à Barcadère, zone située un peu plus loin de Lapierre en allant vers le Far West, le gisement était exploité par la compagnie COVELSA de 1984 à 1986 à l'échelon industriel pour le compte de l'INMARH.

La production de la carrière était de 350 mètres cubes par an, mais malheureusement, de cette exploitation à outrance, Gonaïves n'a bénéficié d'aucune retombée économique. Le gisement de Darane, un calcaire crème de bonne qualité avec un volume prouvé et exploitable de 250.000 mètres cubes. L'indice de bauxite à Fonds Dambi, non loin de Lapierre. Des indices de cuivre avec possibilités d'or identifiés aux environs de la mine de Mémé. Le potentiel minier présente un assez intéressant potentiel marbrier constituant des ressources métalliques et non métalliques identifiées non loin de la ville, à Provence entre Périssé et la Ravine à Couleuvres. Le volume du gisement de Provence est de 350 000 mètres cubes pour une superficie de 23 ha et une épaisseur de 40cm. Le calcaire est de couleur gris-clair à gris fin, de qualité plus ou moins variable et la morphologie est favorable et facile d'accès. À Lapierre, le gisement a été localisé à morne Falcon, les réserves sont très importantes mais à cause d'un fort pourcentage de karstification du gisement, la quantité n'a pas pu être calculée. L'aspect de ce minerai est beau et la quantité est variable. L'une des plus importantes mines de cuivre du département se trouve à Mémé dans la section communale de Bassin. Elle fut exploitée après signature d'un contrat entre la Sedren mining et l'Etat Haïtien et abandonnée par la compagnie en 1971, laissant derrière elle cinq cents (500) employés dans le chômage, ce qui a affecté énormément la vie économique de la région. (Extrait tiré du Livre blanc de l'Artibonite)"⁴⁴.

C'est dans cette cité pleine de fierté qu'un effort considérable en Suivi et Evaluation des données VIH a été constaté, c'est dans ce berceau de l'indépendance haïtienne que se retrouve le PPSESE de 2017 : **L'hôpital la Providence des Gonaïves.**



Figure 1- Nouveau bâtiment de l'hôpital La Providence

⁴² Ibid.

⁴³ http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf

⁴⁴ <http://www.mairie-gonaives.com/archives/1118/>

Le PPSESE de 2017 est une institution dont la construction débuta en 1915. Ensuite en 1954, il y a eu l'érection du bâtiment logeant la chirurgie. Au fil des ans, des bâtiments additionnels ont été érigés jusqu'en 1997, année pendant laquelle le dispensaire et le service d'urgence ont été les derniers à être construits. La ville des Gonaïves a connu deux catastrophes naturelles majeures qui ont aussi eu un impact négatif sur l'hôpital La Providence. En effet, en 2004, l'ouragan Jeanne a causé des inondations entraînant des centaines de morts parmi les gonaïviens. Cependant, cela n'a pas empêché le MSPP avec l'appui financier des CDC /PEPFAR d'ouvrir un centre de prise en charge ARV pour les patients VIH au niveau de l'institution en 2006. Malheureusement en 2008, les cyclones Hanna et Ike ont à nouveau occasionné l'inondation de la ville et rendu l'ancien local de l'institution impraticable pendant une période assez longue.



Figure 2- Ancien bâtiment de l'hôpital La Providence des Gonaïves

C'est en 2012, soit deux ans après le séisme du 12 Janvier et grâce au financement du gouvernement canadien, qu'allait débuter la construction du nouveau bâtiment de l'hôpital La Providence des Gonaïves. En 2014, les responsables du MSPP procédèrent à l'inauguration du nouveau local moderne de l'institution.



Figure 3- Une vue externe de l'hôpital La Providence des Gonaïves

7.4 Présentation de l'hôpital La Providence des Gonaïves

L'institution dispose de :

- Quatre (4) blocs d'hospitalisation en médecine interne, en chirurgie, en obstétrique-gynécologie, en pédiatrie ;
- Un bloc opératoire ;

- Une salle de travail et d'accouchements ;
- Des services des urgences ;
- D'une clinique externe ;
- D'un service d'imagerie ;
- D'un service de réhabilitation ;
- D'un laboratoire ;
- D'une pharmacie ;
- D'une cafeteria ;
- D'une morgue ;
- D'un village des accompagnateurs ;
- D'une chapelle ;
- D'une résidence ;
- D'une salle multimédia.

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

Au niveau du programme VIH de l'institution, on retrouve un personnel motivé et sensibilisé pour offrir un service de qualité aux patients VIH.



1^{ère} rangée : Yvette Fils-Aimé (infirmière chef clinique externe), Edna François (technologiste médical), Joseph Marc Junior (messager), Dieuseul Joseph (Facilitateur), Philiane Pierre (infirmière en soins), Hertzine Dorvilien (travailleur social), Dr Yvana Doxon (médecin en soins), Thénor Dorency (agent de terrain).

2^{ème} rangée : Lisana Métayer (counselor), Esther Médélus (counselor), Bethina Rosemond (ménagère), Dr Charles-Henry Bien-Aimé (directeur médical), Micheline Augustin (counselor), Yvrose Val (DRO), Nancy W. J. Jean (case manager), Dr Eddyson Vellot Jolicoeur (coordonnateur).

3^{ème} rangée : Jean Witsner Fils-Aimé (technologiste médical), Philostène Odma (manutentionnaire), Thevenot François (comptable), Nelio Dextra (aide-pharmacien),



Dr Eddyson Vellot Jolicoeur, Coordonnateur de site, est coordonnateur de l'hôpital La Providence des Gonaïves depuis 2016. Il assure la direction des services VIH/sida. Avec lui, le travail est fait avec minutie et il laisse aucun détail échapper à son attention. Meticuleux, soucieux, il croit en la performance de son institution. Ainsi, est-il très exigeant envers son staff à qui il demande toujours plus chaque jour.



Yvrose Val, est à l'Hôpital la Providence des Gonaïves depuis 2009 en tant que data clerk. Elle est promue DRO en octobre 2016. Depuis elle s'est attelée à la révision et à la mise à jour de tous les registres ARV avec l'aide de l'équipe M&E du PNLS. Elle est responsable en outre de l'actualisation des registres ARV, la préparation des rapports PTME et ARV, la supervision de tous les registres de l'institution, la vérification des dossiers des patients, la validation des rapports CD, le postage des rapports sur MESI, le remplissage de l'Outil de Gestion des Indicateurs Particuliers (OGIP) et du tableau de bord présentant les indicateurs du programme VIH et prépare tous les autres rapports selon les demandes de nos différents partenaires. Elle participe au Comité de Qualité en tant que greffier. Avant sa promotion en 2016, elle a été le principal artisan de la bonne performance de l'hôpital dans la notification des cas VIH+ sur MESI. Timide mais très efficace, Yvrose est un atout majeur dans la qualité des données collectées et rapportées par l'HPG.

Ronald Dénélius, Data clerk, est recruté en novembre 2016. Il est responsable de la supervision des différents registres CD en utilisation, la production du rapport mensuel CD, la participation à la validation des rapports PTME et ARV, l'actualisation journalière des registres ARV, la notification des cas sur MESI. Il a grandement contribué à la performance de l'enrôlement des nouveaux testés VIH+ en attirant l'attention du coordonnateur et des infirmières en soins sur le cas de chacun des patients dépistés VIH+ au niveau de l'institution et non enrôlés. Il est responsable de la saisie des données relatives aux résultats de charge virale sur iSanté et dans un registre spécialement créé à cet effet.



Réservé, voire même docile, Ronald est très intelligent et a un souci du travail bien fait. Cela fait de lui un collaborateur hors pair selon ses collègues. Son arrivée à l'HPG a été comme une bouffée d'oxygène.

7.4.2 Les pratiques en suivi et Evaluation de l'hôpital La Providence des Gonaïves

7.4.2.1 HPG et la reconstitution des outils papiers

En 2008, le passage des ouragans Hannah et Ike ont occasionné l'inondation de la ville des Gonaïves. Cette inondation eut un certain impact sur le système d'information de l'hôpital la Providence des Gonaïves. En effet, les dossiers manuels des patients, les registres et une partie des données électroniques ont été détruites. Malgré la relocalisation de l'institution dans les anciens dépôts de « CARE-Haïti » pour la poursuite de la prise en charge, ces données perdues constituaient un trou béant dans la base de données de l'institution. Certains efforts ont été faits entre temps pour reconstituer les dossiers mais ils n'aboutissaient pas aux résultats escomptés. Depuis, Le plus grand challenge de l'hôpital La Providence des Gonaïves a été alors de reconstituer les dossiers perdus et de nettoyer aussi la base de données EMR et ensuite la concilier avec les données de MESI et de Datim. Un travail bien fastidieux pour une équipe réduite ! En effet, pour une institution qui a commencé avec la dispensation des ARV depuis 2006, reconstituer les registres et les dossiers médicaux détruits par l'inondation à partir de l'EMR c'est-à-dire reconstituer les archives du programme VIH au niveau de l'institution tout en ayant soin de nettoyer iSanté et de permettre que l'harmonisation des différentes sources de rapportage pour l'institution soit effective, n'était pas un travail aisé.

Ainsi, le staff de l'institution s'est montré assidu avec l'appui du PNLS pour reconstituer les visites effectuées par les patients depuis 2006 dans **14 registres ARV**.

Pour faire ce travail, l'équipe a dû vérifier le statut de tous les patients enrôlés au niveau de l'institution depuis 2006, ensuite éliminer les doublons en attribuant un code ST unique à chaque patient et enfin les regrouper par cohorte mensuelle au niveau des 14 registres dans un premier temps.

Dans un second temps, pour chaque patient enregistré dans une cohorte, il fallait actualiser les registres en y insérant les visites effectuées, le statut des patients, leur régime chaque mois. Pour réaliser cette tâche, la subdivision des membres de l'équipe en sous équipes était nécessaire.

Après quatre (4) mois de labeur de longue haleine, les registres ont été actualisés et le personnel de l'institution peut avoir la satisfaction de voir que les différentes bases de données (papier Vs électronique, MESI Vs iSanté) qui constituent les sources de rapportage de données sont harmonisées et iSanté nettoyée.



7.4.2.2 HPG et les rapports mensuels

Et que dire des autres bonnes pratiques en Suivi et Evaluation tant encouragée par la CTPNLS ?

On peut dire que le personnel clé en Suivi et Evaluation a une description de tâches qui lui est clairement notifiée. Le personnel clé en Suivi et Evaluation utilise les outils standards de collecte, de compilation et de transmission des données. Les données sont rapportées conformément aux définitions opérationnelles des indicateurs contenues dans les lexiques disponibles à l'hôpital. Les données sont rapportées sur la base de données nationales MESI et iSanté régulièrement.

Les dossiers des patients sont archivés par ordre croissant des numéros de code ST cependant un effort reste à faire pour classer tous les rapports mensuels par ordre chronologique. Les rapports soumis sont complètement remplis sur MESI et aussi soumis à l'adresse électronique modification.sevih@gmail.com courriel électronique du service de Suivi et Evaluation de la CTPNLS dans les délais impartis par cette entité régulatrice.

En ce qui a trait à la notification des cas sur MESI, 100% des fiches de notification sont saisies chaque mois. Et les rares fois où un écart a été constaté, le data clerk se dirige auprès du service concerné pour rapidement remplir les fiches manuelles non remplies.

Au niveau de l'HPG, il existe 5 points de dépistage, 1 clinique de prénatal, une clinique de maternité et une clinique de prise en charge ARV. Pour produire les rapports mensuels, la DRO et le data clerk mettent à la disposition des prestataires des formats de rapports mensuels par service. A la fin du mois, ils récupèrent ces rapports et procèdent à la vérification des registres pour vérifier leur complétude et exactitude. Ensuite ces rapports sont compilés dans le format de rapport national. Après la préparation des rapports, le coordonnateur de l'institution procède à son tour à la vérification des données avec la DRO, le data clerk et le personnel des services avant de les faire signer par le Directeur médical. En cas d'erreur dans un rapport déjà postés sur MESI, il existe des procédures bien établies pour corriger les rapports.

En ce qui concerne les recommandations faites au personnel lors des visites de supervision soit du PNLs ou d'autres partenaires, l'institution s'efforce à les mettre en pratique et en cela un cahier de visites est toujours disponible au niveau du programme VIH pour recevoir les recommandations.

De plus, le tableau de bord du programme VIH est visible dans le service de statistiques et est mis à jour mensuellement par la DRO ou le data clerk. Et les données qui y sont affichées servent à faciliter la prise de décision.

7.4.2.3 HPG et le système d'identification biométrique

A l'hôpital La Providence des Gonaïves, les empreintes digitales des patients sous ARV sont relevées systématiquement pour tous les nouveaux patients à enrôler sous ARV et pendant les visites de suivi pour les patients déjà sous ARV. Ainsi, 966 patients de l'hôpital la Providence des Gonaïves ont leur empreinte digitale saisie sur EMR. En d'autres termes, le personnel de l'hôpital peut se vanter d'avoir bien pris soin d'enregistrer jusqu'au mois de novembre 2017 les empreintes digitales de tous les patients en traitement et actifs sous ARV chez eux.

7.4.2.4 HPG et la relance communautaire

Le Programme National de Lutte contre le VIH met beaucoup d'accents ces dernières années sur la relance communautaire des patients. L'équipe de l'hôpital la Providence l'a bien compris et de ce fait les plateformes MESI-CHT et Partner Services, deux outils précieux pour le Suivi et Evaluation sont utilisés avec acuité.

En effet, pour la relance communautaire, une liste des visites planifiées à la clinique est disponible chaque semaine et distribuée au facilitateur du site, à l'infirmière en soins et au travailleur social. L'équipe clinique se réunit tous les jours pour discuter des patients vus et de ceux qui ont manqué leur rendez-vous. Généralement, un délai de 2 à 3 jours est respecté avant de signaler un rendez-vous raté au travailleur social car les patients ne viennent pas obligatoirement le jour même de leur rendez-vous.

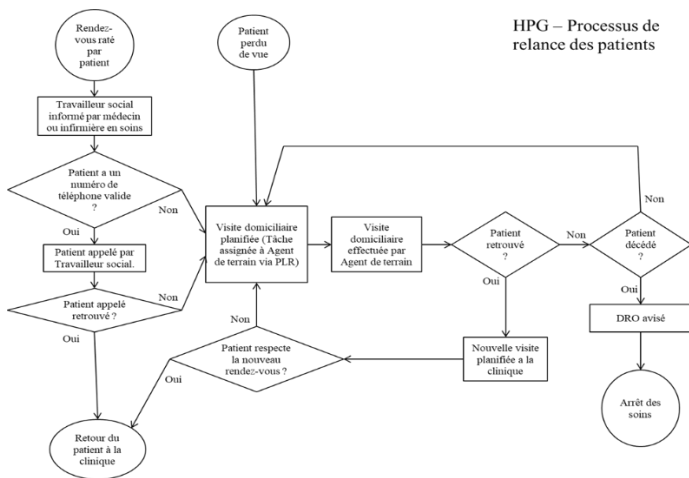
Pour un rendez-vous manqué, une fois la travailleuse sociale avisée, elle appelle le patient par téléphone si son numéro est disponible pour lui rappeler son rendez-vous et pour fixer avec lui une nouvelle date de rendez-vous à la clinique. Si le numéro de téléphone du patient n'est pas fonctionnel ou le patient n'a pu être joint par téléphone, une visite domiciliaire est planifiée. Alors la travailleuse sociale assigne la tâche à un agent de terrain via la plateforme informatique MESI/CHT et ce dernier, recevant la tâche directement sur sa tablette, va visiter le patient.

Si le patient est retrouvé, une visite à la clinique est planifiée avec lui. Si le patient n'est pas retrouvé lors de cette visite, une nouvelle visite est planifiée sauf en cas de décès. Et les fiches sont complétées sur MESI/CHT par la travailleuse sociale. Et les fiches d'arrêt sont saisies par le Coordonnateur ou la DRO.

Et puisque les informations sont disponibles sur MESI-CHT, le monitoring des activités de relance communautaire à l'HPG devient transparent à tout le monde (CTPNLS, UGP, CDC peuvent suivre les activités de relance communautaire effectuées à HPG) et une meilleure coordination des interventions peut être faite.



La figure suivante fait la description du processus de relance des patients.



7.4.2.5 HPG et la recherche des partenaires des patients VIH

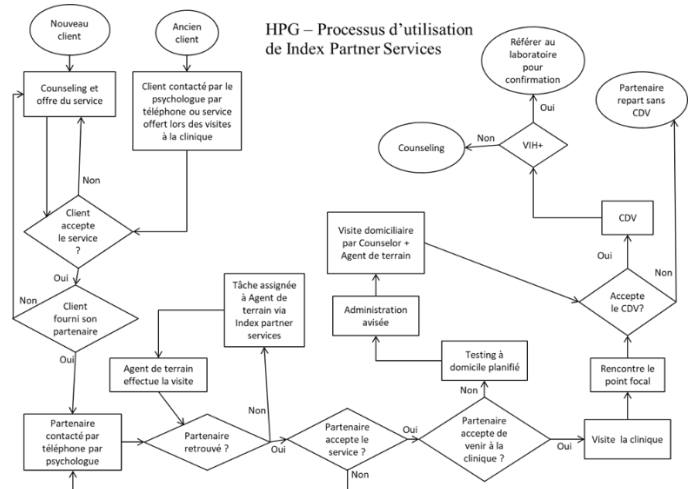
La lutte contre le VIH en Haïti étant à une phase accélérée, la recherche de partenaire des patients est devenue une priorité dans l'objectif de capter les PVVIH qui ne fréquentent pas encore les cliniques. Donc le domaine de Suivi et Evaluation est d'emblée concernée par le monitoring des avancés en termes de recherche et de trouvaillés de patients venant de cette catégorie.

Ainsi à l'HPG, la plateforme électronique destinée à cet effet est utilisée, il s'agit de MESI-Partner services.

En effet, le Counseling et l'offre du service se font par les Counselors, l'infirmière en soins, la case manager, le médecin en soins et le psychologue, etc. Quand le patient accepte de donner des informations concernant un partenaire⁴⁵, ce dernier est contacté par téléphone par le psychologue. S'il est retrouvé, on lui offre le service et s'il accepte, on lui demande de venir à la clinique. S'il vient à la clinique, on lui propose le dépistage. S'il accepte de se faire dépister pour le VIH et la syphilis, alors il bénéficie de tout le package disposé au niveau de l'institution et l'information est enregistrée.

Cependant, si le partenaire n'est pas retrouvé par téléphone, une visite domiciliaire est planifiée. Le psychologue assigne la tâche à un agent de terrain. Celui-ci effectue la visite domiciliaire et amène le partenaire à la clinique dans le meilleur des cas. Sinon, de nouvelles visites domiciliaires sont planifiées parfois, par des agents différents. Dans certains cas, le partenaire accepte le service mais refuse de venir à la clinique. Alors, on planifie une visite domiciliaire spéciale et l'un des Counselors de l'HPG accompagne l'Agent de terrain pour effectuer le dépistage au domicile même du patient ou à un point fixe.

La figure suivante présente le processus de l'Index Partner Services.



7.4.2.6 HPG et HealthQual

Il existe un Comité de Qualité à l'Hôpital la Providence des Gonaïves dont le Directeur médical est aussi un des membres. Les projets sont identifiés à partir des faiblesses constatées dans le rapport HealthQual de iSanté et de celles identifiées lors de l'évaluation SIMS faite en début d'année.

Les projets en cours pour le premier semestre de l'année 2017 sont : Le testing ciblé qui a pour objectif de tester 90% des partenaires des patients sous traitement et la suppression de charge virale qui veut faire passer le taux de suppression de charge virale des patients sous ARV à l'HPG de 46% à 90%.

7.5 Conclusion

S'il est important de récompenser l'excellence, il n'est pas superflu de féliciter l'effort constaté qui vise à l'atteindre. En ce sens nous avons tous appris grâce à ce travail du personnel de suivi et Evaluation de l'hôpital la Providence des Gonaïves toute la profondeur de cette pensée de Gandhi à savoir « *C'est dans l'effort que l'on trouve la satisfaction et non dans la réussite* »⁴⁶. Aussi, le personnel de l'Hôpital la Providence des Gonaïves doit-il savoir que cette marque de distinction n'est certainement pas une invitation à se reposer sur ses lauriers ou à se complaire dans une certaine satisfaction sans continuer à progresser mais c'est surtout une responsabilité de savoir que désormais et plus que jamais les projecteurs sont branchés sur l'HPG et tout le programme va continuer à l'observer pour voir l'amélioration continue au niveau du Suivi et Evaluation de cette institution et la pérennisation des bonnes pratiques observées en 2017.

Compliments et amélioration continue !

⁴⁵ Partenaire ici peut être du genre masculin ou féminin. Le choix de maintenir le genre masculin est pour alléger la rédaction.

⁴⁶ Lettres à l'Ashram (1937)



8. Portrait d'une employée modèle en Suivi et Evaluation

Jean-Etienne TOUSSAINT

Dans la vie plusieurs choses peuvent être provocantes, captivantes, valorisantes, et même réjouissantes mais l'une d'entre elles la plus motivante, c'est de se sentir apprécié et valorisé et ; c'est ce qui va stimuler l'être humain à donner le meilleur de lui-même. C'est ainsi que Wallace D. Wattles a écrit :

« L'esprit reconnaissant est constamment tourné vers le meilleur, ainsi il tend à devenir meilleur, il prend la forme ou le caractère du meilleur et il recevra, en retour, le meilleur »⁴⁷.

Tenant compte de cette définition, le PNLS avait défini et inséré depuis l'année 2013 une rubrique dans son bulletin numéro 7 baptisée : « **Le Point de Prestation de Services Excellent en Suivi et Evaluation** » où l'on avait apprécié: l'hôpital Saint-Michel de Jacmel⁴⁸ (en 2014), Hôpital L'espérance de Pilate⁴⁹ (en 2015), de l'Alliance Santé de Borgne (en 2016)⁵⁰. En plus de faire honneur à un point de prestation de service qui a une bonne pratique en Suivi et Evaluation, cette année, le PNLS se propose de présenter un personnel en Suivi et Evaluation qui, dans son travail a des caractéristiques et des pratiques qui peuvent servir de modèle.

En cette commémoration de la JMS 2017, le PNLS présente à ses lecteurs le portrait d'un gestionnaire de données qui malgré le turn over existant dans le Programme, fait parti d'un groupe restreint de personnels sur qui le système peut compter. Pourrait-on croire que le choix allait être difficile puisque l'équipe de Suivi et Evaluation du PNLS a collaboré avec de nombreux personnels à travers le pays ? Du tout pas, cela n'a pas été difficile au point que toute l'équipe du PNLS a été unanimement à reconnaître que pour un début il n'y a pas d'autre meilleure ressource clé sur qui les projecteurs pourraient se tourner que **Mme Gina LAPOMAREL** de la Clinique Béthel de Fond des Nègres. Par ailleurs, qui, parmi tous ceux qui évoluent dans le programme VIH ou dans le programme de la santé peut oser de mettre en doute le savoir-faire d'une telle Dame? Personne!

8.1 Parcours de Mme Lapomarel

Tout au long de son parcours, Mme Lapomarel s'est montrée mémorable par son savoir-faire et surtout sa franche collaboration. C'est ainsi qu'après un léger parcours comme responsable du centre de nutrition d'Argentine, elle a intégré la clinique de Béthel en Février 1987 comme Aide à la pharmacie, au Labo et à la salle de pansement.

De 1988 à 1990, ses expériences et sa dextérité lui ont permis d'occuper les postes de responsable du service de Tuberculose (TB) et responsable de rédactions rapports de statistiques de services à l'institution Grace Children.

Voulant être plus apte à faire son travail, en 1990 elle a été obligée de se rendre à l'école SILOE Horacius Laventure où elle a décroché son diplôme d'auxiliaire.

Après avoir obtenu son diplôme à l'école d'auxiliaire, elle a rejoint l'équipe de la Clinique de Béthel où elle a joué le rôle de responsable des activités de programme de santé communautaire (clinique mobile, vaccination, pensée et éducation et auxiliaire de soins) et responsable de rédaction du rapport du MSPP de 1992-1994. Dans le souci d'être plus excellente et plus habile à remplir ses tâches, en 1994 elle a dû se rendre à INHSAAC où elle est diplômée comme auxiliaire hygiéniste.

Après ses études en santé communautaire en 1995, elle est retournée au bercail (Clinique de Béthel) et a travaillé dans le programme de santé communautaire et comme gestionnaire de données de programme de PF. De 2005 à nos jours, elle offre ses services toujours à la Clinique de Béthel comme DRO (Disease Reporting Officer) et responsable de rapports tout en donnant son appui à d'autres services (Vaccination, PF, etc...).

8.2 Description d'une journée de travail de Mme Lapomarel

La journée de travail de Mme Lapomarel commence toujours bien avant huit heures du matin.

1. Avant de partir chaque après-midi, elle prépare le programme du lendemain ;
2. Arrivée au bureau le matin, elle signe la feuille de présence. Puis, à l'aide des différents outils de travail (ordinateur, MESI, iSanté registres etc..) elle s'assure de la saisie des données, actualise les registres ARV. Ce qui lui permettra d'être toujours ponctuelle dans ses différents rapports.
3. Au cours de la journée, elle supervise les différents points de service de dépistage pour s'assurer de la disponibilité des outils de travail et de la conformité des informations consignées dans les registres CD, de prénatal, de maternité et du registre suivi des enfants exposés etc. ;
4. Tout au long de son travail, elle supervise le travail fait par le gestionnaire adjoint de données dans le but de garantir que toutes les cordes du violon soient bien ajustées. Etant responsable de stock, elle contrôle et vérifie les vaccins au niveau du frigo en vue de préparer son rapport journalier et de produire la commande si la nécessité s'impose.



⁴⁷ <http://www.evolution-101.com/pensees-sur-la-reconnaissance/>

⁴⁸ Bulletin de Surveillance épidémiologique du Sida du PNLS # 8.

⁴⁹ Bulletin de Surveillance épidémiologique du Sida du PNLS # 12.

⁵⁰ Bulletin de Surveillance épidémiologique du Sida du PNLS # 13.



Puis, elle contrôle les fiches et fait l'inventaire de stock de la planification familiale (PF).

5. Aux environs de 4h 45, elle prépare le plan de la journée de demain puis signe la feuille de sortie.

Pendant son travail, Mme Lapomarel

s'est toujours montrée très rigoureuse et méticuleuse. C'est ce qui explique que ses dossiers sont toujours tenus à jour, les rapports sont toujours complets et disponibles à temps et les données reflètent toujours la réalité de son institution. Dans son bureau, rien n'échappe à son contrôle, elle surveille tout (*les moindres détails*) et connaît tout ce qui se passe au niveau même de l'institution, dirait-on que c'est une dame de dossiers. Il suffit de faire une visite de travail avec elle de moins d'une journée et vous en témoignerez aussi.



8.3 Feedback du personnel sur cette initiative du PNLS

L'un des objectifs de la CTPNLS à travers cette initiative est aussi celle de la création de modèles d'encouragement au niveau des institutions et au niveau du personnel. Le feedback des différents lecteurs et institutions qui ont déjà été distinguées montre que cette disposition entreprise par le PNLS est bien appréciée. Pour pasteur Yves Désir Noël, chef des ressources humaines de la Clinique de Béthel :

« La valeur professionnelle d'une personne, admettons en général, se mesure à son efficience constante dans son domaine d'action, quel que soit le nouvel outil ajouté, ainsi que sa capacité d'innover, de développer au tant que ce peu une certaine polyvalence, ainsi qu'une gestion relationnelle productive. Gina LAPOMAREL s'est indubitablement attribuée le mérite d'avoir joint à son profil personnel, les critères ci-avant énoncés ».

En effet, « sa connaissance aigüe de la gestion de la statistique d'une institution sanitaire, en d'autres termes: sa maîtrise des outils de la création, du contrôle partiel ou global de la base des données, son aptitude à déceler les erreurs et recommander les solutions, à se conscientiser sur la nécessité des urgences à toutes fins utiles et surtout ces exigences face aux dilemmes à atteindre les objectifs; bref sa culture de réussite font d'elle une référence pour tout le staff et les partenaires externes ».

8.4 Excelsior à Gina Lapomarel

En regard des caractéristiques suscitées et de bien d'autres, le Programme National a dit « Félicitations » à Mme Gina LAPOMAREL de s'être distinguée pendant son parcours à la Clinique Béthel comme un gestionnaire de données modèle qui a su se faire distinguer par ses bonnes pratiques en Suivi et Évaluation.

Chère Mme **LAPOMAREL**, votre exemple et vos pratiques sont des témoignages exemplaires qui prouvent qu'en dépit de la frustration et de la nonchalance de certains personnels, il existe toujours des cadres sur qui le système peut bien compter. En effet, cette distinction qui vous est octroyée cette année est le fruit de votre professionnalisme et de votre savoir-faire qui méritent d'être reconnu et apprécié. Mme LAPOMAREL la cloche a sonné, le moment est venu ou il faut récolter le fruit de vos nombreuses années de travail. Etant donné que l'Excellence est un travail continu pour cela, le Programme National compte sur la pérennisation de vos acquis et le partage avec vos pairs.

Compliments à vous chère LAPOMAREL et Excelsior !!!!!!!



9. En savoir plus sur la Coinfection TB/VIH

Où en sommes-nous en Haïti.

Historique

La coinfection VIH/TB a été dès le début une préoccupation pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Ainsi, une enquête a été menée sous le nom de Protest Initiative, enquête réalisée au niveau du Malawi, de l'Afrique du Sud et de la Zambie en 2003, en vue de déterminer et de développer des mécanismes permettant de donner une réponse cohérente à cette problématique surtout dans les pays à forte prévalence pour les deux (2) épidémies VIH/TB. Les résultats de cette initiative ont clairement démontré que la collaboration TB/VIH est possible et faisable à tous les niveaux. De ce fait le groupe de travail TB/VIH de l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré des lignes directrices de Collaboration TB/VIH en 2004 puis les a révisés en 2012. Ces lignes directrices sont destinées aux pays, pour faciliter la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH. L'application de ces lignes directrices permet d'offrir des soins de qualité centrés sur le patient, réduisant du même coup la morbidité et la mortalité liée à la coinfection. Ces résultats ont par ailleurs mis en lumière que pour être efficaces, toutes les parties prenantes des 2 programmes doivent s'impliquer dès le début et maîtriser les enjeux majeurs liés à cette collaboration.

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé peuvent se résumer comme suit :

- La création d'un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH à tous les niveaux,
- La Planification conjointe des activités,
- L'élaboration de documents pour supporter la prise en charge normalisée des patients coinfectés,
- La disponibilité des données de qualité pour permettre des décisions opportunes.

Ainsi lors de l'élaboration de la note conceptuelle qui a bénéficié du financement du Fonds Mondial, le PNLS s'est appuyé techniquement sur les lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé et financièrement sur les CDC (Center for Diseases Control) à travers l'Unité de gestion du projet MSPP/PEPFAR, l'USAID à travers le projet LMG pour asseoir la mise en œuvre de la composante de la coinfection. En conséquence, le PNLS sous la coordination de l'UCP a créé la structure centrale de gestion des activités de collaboration TB/VIH. Cette structure centrale a accompagné les équipes départementales qui à leur tour ont mis en place les comités départementaux de gestion de la coinfection, mais le niveau institutionnel et communautaire tarde à emboîter le pas.

Ainsi, l'opérationnalisation de ces activités au niveau des départements a dû faire face à beaucoup de contraintes d'ordre administratif : le retard de remboursement des dépenses consenties par le niveau départemental, le manque de régularité dans la tenue des rencontres, (rencontres avec les prestataires et les réunions de comité départementaux)

et des visites de supervision. A cela il faut ajouter un déficit de communication entre le niveau central et les équipes départementales. Ce qui a eu pour conséquence immédiate, le manque de confiance des équipes départementales dans les actions du PNLS et la démotivation de ces équipes.

Ce diagnostic étant posé, La Coordination Technique du PNLS a eu une approche proactive en fournissant un encadrement rapproché permettant l'atteinte des jalons figurant dans le document de projet au point de vue technique et faciliter le respect des procédures de gestion financière du bailleur et éviter ainsi les problèmes de conformité des pièces justificatives soumises par le département.

Sur une base trimestrielle un plan est élaboré et proposé au PNLT pour s'assurer de cette synergie qui doit supporter les actions liées à la coinfection. La mise en œuvre de ce plan facilite la tenue régulière de l'ensemble des activités : réunion trimestrielle avec les prestataires, réunion trimestrielle du comité départemental TB/VIH et les visites de supervision et de validation des données appuyées fortement par l'équipe de suivi et d'évaluation de la coordination centrale du PNLS du niveau central. Il est important de souligner qu'au niveau départemental les 2 coordonnatrices assurent la gestion des rencontres et participent aux supervisions conjointes et il en est de même des officiers de suivi et d'évaluation des départements. En plus du renforcement technique disponible avec la participation et la présence du niveau central du PNLS, l'administration de la coordination a fourni tout l'accompagnement nécessaire à la réalisation de ces activités selon les lignes budgétaires du document de projet. Donc à la fin de chaque activité les pièces justificatives sont vérifiées sur place, évitant tout retard dans la préparation des rapports financiers. Les plans départementaux élaborés et mis à jour lors de la tenue de la rencontre semestrielle du mois de mai ont pu être exécutés.

A part le département de l'Ouest dont le processus de recrutement de la coordonnatrice n'est pas encore finalisé, tous les départements ont pu réaliser les rencontres trimestrielles et celles des comités départementaux. Ils ont aussi effectué des visites de supervision conjointes. Le PNLS a pu redonner confiance aux départements et soutenir leur motivation. Il convient donc de maintenir cette motivation et d'assurer une présence constante auprès de ces départements à l'instar du PNLT. En plus de ces avancées sur le volet technique, le taux d'absorption du budget de la Gouvernance du PNLS a connu une hausse qui se maintient et c'est un aspect important pour l'avenir financier du PNLS.

En fait, au cours de ces visites de terrain et des réunions, le niveau central du PNLS : la prise en charge et le service ont pu évaluer et discuter des défis spécifiques à chaque département et leur fournir l'encadrement nécessaire.



Le support aux départements par les équipes de la coordination technique du PNLS (prise en charge/ suivi /évaluation) permet d'assurer de manière continue l'amélioration de la qualité des soins et celle des informations générées. Il a également servi de catalyseur à une forte implication du niveau départemental et le renforcement des liens entre les équipes départementales et la coordination centrale du PNLS.

D'autre part, des outils ont été élaborés pour standardiser les présentations et les rapports de supervision conjointes, facilitant ainsi le suivi des recommandations. De plus les rencontres des comités départementaux constituent un lieu de participation stratégique permettant aux partenaires de mieux s'intégrer dans la dynamique et de mieux soutenir et accompagner la mise en œuvre des activités de collaboration au niveau des institutions de leur réseau. Ces rencontres ont permis au niveau institutionnel d'avoir une meilleure compréhension de la collaboration TB/VIH et renforcer la qualité de la prise en charge du patient coinfected : date unique de rendez-vous, prise en charge par l'un ou l'autre des prestataires (prestataire TB ou prestataire VIH) A ce sujet, on peut citer l'exemple de l'équipe TB et VIH de l'hôpital Universitaire Justinien qui a élaboré un document en vue de l'amélioration du circuit du patient en prévention de la réduction des perdus de vue, puisque ce point a été identifié comme une contrainte. Les 2 prestataires se sont organisés pour une prise en charge optimale centrée sur le patient. Il faut aussi citer l'action du centre de la Fossette qui a établi un mécanisme avec son équipe communautaire pour assurer un meilleur traçage des patients retardataires.

Défis/contraintes

Cependant, en dépit de ces avancées, des défis persistent : la gestion du transport des spécimens : charge virale, Gene Expert, PCR, la gestion du niveau communautaire, ASCP et agents de terrain dans la relance des patients, la mise en réseau pour faciliter la prise en charge des patients co-infectés L'absence de mécanisme clair permettant d'allouer des fonds aux départements.

Perspectives

1. Réaliser la seconde rencontre semestrielle pour évaluer la mise en œuvre des plans conjoints départementaux ;
2. Elaborer un nouveau plan pour le prochain exercice en tenant compte des leçons apprises ;
3. Continuer le support aux départements de manière plus ciblée en renforçant l'appropriation : niveau départemental et institutionnel ;
4. Renforcer le suivi et l'évaluation niveau institutionnel et départemental pour la production des données de qualité. Disponibilité de mécanismes clairs sur le mode de financement des activités au niveau départemental.

10. Coin des nouvelles...

1- Troisième forum de l'Amérique latine et des Caraïbes sur la pérennité de la riposte au Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome immuno-déficitaire acquis (VIH/Sida)

Haïti une fois de plus a marqué l'histoire en accueillant le troisième forum latino Caraïbéen qui s'est tenu du lundi 6 au mercredi 8 novembre 2017 dans la capitale, Port-au-Prince, à l'Hôtel Caribe Convention Center. X pays de la région ont participé à ce grand événement. **Le thème retenu cette année pour ce forum : « Mettre fin au sida en Amérique latine et dans les Caraïbes : vers des objectifs régionaux accélérés et durables »**

Objectif des échanges : développer et mettre en œuvre l'extension rapide d'une réponse pérenne, à la fois efficace, alignée aux objectifs de développement durable et à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle.

2,1 millions de personnes vivaient, en 2016, avec le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes, Le nombre annuel de nouvelles infections, parmi les grandes personnes en Amérique latine et dans les Caraïbes, est resté stable depuis 2010 : en 2016 et en 2010, il y avait un nombre estimé à 120,000 nouvelles infections.

Le dernier appel, pour une réduction nette du nombre de nouvelles infections à VIH et de la discrimination liée au VIH dans la région, a été lancé au cours du deuxième forum de l'Amérique latine et des Caraïbes, le 25 août 2015, par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, qui ont fixé de nouveaux objectifs de prévention à atteindre d'ici l'année 2020. Ces nouveaux objectifs de prévention régionaux incluent une baisse de 75 % du nombre de nouvelles infections à VIH, chez les grandes personnes et les jeunes, et le passage à 90 % d'accès aux programmes de prévention du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles / professionnels du sexe et les personnes transsexuelles.

Le forum, qui rassemble des experts en finances et en VIH d'Amérique latine, des Caraïbes et du monde entier, était un espace d'échanges et de partage d'informations sur les progrès nationaux et les résultats préliminaires sur la réalisation des cibles « 90-90-90 » cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à la pandémie du Sida d'ici à 2030.

Le forum était également un espace pour le partage de nouvelles données scientifiques, pour soutenir la mise en œuvre d'interventions rentables et efficaces dans le continuum de la prévention, des soins et du traitement du VIH et le partage des efforts d'Haïti dans la riposte au VIH à travers les documents produits par le PNLS.



Les discussions portaient sur les stratégies et les mécanismes de transition, vers des ripostes durables, au niveau national, pour mettre fin au Sida, en tant que menace pour la santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes, d'ici l'année 2030.

Les échanges du troisième forum de l'Amérique latine et des Caraïbes sur la pérennité de la riposte au Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome immuno-déficitaire acquis (VIH/Sida) sont organisés sous les auspices du gouvernement haïtien, de l'ONUSIDA, de l'Organisation panaméricaine de la santé/ Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS).



2 - Le point sur le Sommet mondial sur l'Hépatite Virale réalisé du 1^{er} au 3 Novembre 2017 à Sao Paulo Brésil et la Participation de la délégation Haïtienne

Haïti une fois de plus a participé au sommet mondial à travers une délégation du ministère de la Santé publique composée de trois cadres un membre du cabinet du ministre, un cadre du PNLS et du laboratoire de santé publique. Le Sommet mondial sur l'hépatite est un événement mondial de grande envergure visant à faire avancer la lutte contre l'hépatite virale au plan mondial. C'est une initiative conjointe de l'OMS et de World Hepatitis Alliance (WHA). Le Brésil pour la deuxième fois a été choisi comme partenaire et hôte de ce Sommet mondial en reconnaissance des initiatives engagées au plan national et du rôle de chef de file qu'il a constamment joué au niveau international en matière de lutte contre l'hépatite virale. Le thème du Sommet de cette année est : Mettre en œuvre la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale vers l'élimination de l'hépatite en tant que menace pour la santé publique. Ce sommet a permis de sensibiliser tous les pays de la région à la lutte contre l'hépatite virale, d'encourager les échanges d'idées et de connaissances.

Les objectifs étaient de : Susciter l'intérêt de beaucoup plus de pays de la région a élaboré des plans d'action réaliste contre l'hépatite virale en s'appuyant sur les dernières recherches en santé publique et sur le soutien technique de l'OMS.

1. Améliorer la mise en œuvre des plans d'action actuels contre l'hépatite virale moyennant l'échange de bonnes pratiques.
2. Promouvoir la participation de la société civile à tous les aspects de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'hépatite virale à travers les états membres ».

3. Discuter des mécanismes de financement pour la disponibilité des médicaments et/ou des produits de diagnostic qui soient fondés sur la mobilisation des parties prenantes clés.
4. Faire mieux connaître le problème de l'hépatite virale en menant une action auprès des grands médias internationaux.
5. Encourager la recherche en santé publique et l'orienter là où elle est le plus nécessaire en mobilisant les principaux bailleurs de fonds mondiaux.

Comment est La situation de l'hépatite B et C en Haïti :

En amont de ce sommet mondial sachant que le pays fait face à un déficit d'information le programme national avec l'assistance technique et financier de l'OPS/OMS en Haïti a réalisé une étude sur l'hépatite B et C afin de comprendre cette problématique. Cette étude dresse le portrait de la situation épidémiologique des hépatites B et C dans certains hôpitaux publics et mixtes répartis dans les 10 départements géographiques du pays ainsi qu'auprès des donneurs de sang dans les centres de collecte de sang de la Croix-Rouge Haïtienne. Vous aurez l'opportunité de prendre connaissance des résultats de cette étude



3- Approbation du Plan Opérationnel du PEPFAR en Haïti pour l'année 2017-2018 "Cop 2018"

La Coordinatrice des programmes du Plan d'Urgence du Président pour la Lutte contre le SIDA (PEPFAR) du gouvernement des Etats-Unis, a approuvé le budget du Plan Opérationnel (COP) d'Haïti pour l'année fiscale 2017-2018. Le plan opérationnel 2017 a été développé par l'équipe PEPFAR en Haïti, de concert avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), les membres de la société civile et les partenaires multilatéraux.

Ce plan couvre la période allant d'octobre 2017 à septembre 2018. Cette approbation est le résultat d'un processus de planification de plusieurs mois avec les partenaires clés, et qui a nécessité une révision complète des stratégies et des objectifs, tels que déterminés par chaque pays membre du PEPFAR. Ce processus a également permis de recueillir les commentaires des différentes parties prenantes. Des représentants du MSPP et du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, de l'ONUSIDA et de la société civile représentant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, faisaient partie de la délégation en provenance d'Haïti.



Il est important de rappeler que le COP 2017 a **bénéficié** par rapport à l'**amélioration** de notre performance d'un nouveau financement supplémentaire d'un montant de cinq millions de dollars américains pour le traitement du VIH et deux millions de dollars américains pour la mise en œuvre, dans quatre arrondissements, d'un ensemble de services de prévention basés sur le modèle PEPFAR appelé «DREAMS» qui vise à réduire l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 10 à 19 ans. L'Ambassade des États-Unis et l'équipe PEPFAR en Haïti sont prêts à mettre en œuvre le COP 2017- 2018 avec beaucoup d'engagement afin de poursuivre au côté du MSPP la lutte contre cette épidémie. Présentement, en Haïti, le programme PEPFAR supporte le traitement antirétroviral pour plus de 85.000 **personnes** ; a **permis** de dépister plus de 200.000 femmes enceintes pour le VIH et qui sont au courant de leurs résultats.

L'appui de **PEPFAR** a aidé environ 80.000 orphelins et enfants vulnérables et leurs parents/tuteurs, infectés ou affectés par le VIH/SIDA. C'est l'Occasion pour le programme national de manifester sa gratitude et ses remerciements au nom de tout le peuple **Haïtien** qui **bénéficie** à plus d'un titre de cette importante contribution dans la riposte au VIH/Sida.



4- Approbation du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial

Le programme national à travers deux de ces cadres à participer à la finalisation du processus de financement du Fonds Mondial à Genève

Le Fonds Mondial a mis en œuvre un nouveau modèle de financement afin d'optimiser la bonne utilisation des fonds en matière de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes touchées par ces maladies tout en renforçant l'impact. L'approbation de la soumission a eu lieu au mois d'Aout 2017.

Grace à une démarche plus stratégique axée sur les plans nationaux, le nouveau modèle de financement doit aider Haïti à mieux planifier les mesures de contrôle de ces épidémies et à offrir la prise en charge et le traitement aux personnes affectées, notamment par le biais d'un renforcement des systèmes de santé. Haïti ne pourra infléchir le cours des épidémies qu'en utilisant l'intégralité des fonds disponibles de manière novatrice pour maximiser l'impact. Ce nouveau financement sera en application à partir de Janvier 2018. A toutes les parties prenantes de la lutte, le PNLS vous exhorte à travailler plus efficacement en vue d'atteindre les cibles des trois 90 % dans l'optique d'accélération de la riposte.

5- 8^{ème} sommet d'Amélioration de la Qualité des soins au niveau du réseau PIH

Le vendredi 17 Novembre 2017, le réseau de soins PIH a organisé son 8^{ème} sommet d'Amélioration de la Qualité sous le thème : « **La gestion de la Qualité au réseau de Zanmi Lasante dans le contexte de limitation des ressources** ».

Cette journée fut divisée en 4 temps forts :

Ouverture avec les discours de circonstance ;

- Conférence-débats .

- Présentation des projets ; -

Revue de la performance des programmes TB et VIH de PIH

Un extrait des allocutions

L'accent a été mis sur l'absence des soins de prise en charge des patients ARV dans toutes les communes du département;associés lorsqu'on tient compte des ressources limitées ;

- Mettre les droits humains au centre des politiques de PIH ;
- Rendre disponible les services de santé basée sur une organisation populationnelle ;
- Etendre la présence de PIH dans toutes les communes du département du Centre ;
- ravailler sur l'engagement des Ressources humaines notamment des RH médicales pour des soins de qualité ;

Deuxième partie

- Le côté financement des projets a été abordé. Les défis, les contraintes et la rigueur des procédures pour faciliter les décaissements dans un contexte de diminution de fonds.
- La troisième partie consistait en la présentation de 5 Projets de qualité réalisés par les institutions notamment les posters et les présentations orales.
- Après le vote des membres du jury, les institutions ont été distinguées par des Plaques d'honneur :

Pour les posters :

- Hôpital Universitaire de Mirebalais (1^{ère} place) ;





Le staff de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais recevant sa plaque d'Honneur

- Hôpital Universitaire de Mirebalais (2^{ème} Place)



Le Staff de HUM recevant la Plaque d'honneur

- Le Centre Médical Charles Colimon (2^{ème} place) ;



Le Staff du Centre Médical Charles Colimon recevant sa plaque d'honneur

Pour les Présentations orales :

- Le Centre Médical Charles Colimon (1^{ère} Place) ;



Le staff de Charles Colimon recevant sa plaque d'honneur

Quatrième partie

Présentation des données de performance des institutions du réseau en mettant l'accent sur les institutions qui ont eu une belle performance et qui ont des gaps à combler tant au niveau du VIH que TB. Ce forum a pris fin avec la remise des plaques, les recommandations et perspectives pour le nouveau exercice.



6- Le Programme national a le souci d'avoir des informations documentées en vue de leur exploitation dans la prise de décision. Il encourage certaines études en vue de suivre la tendance de l'épidémie dans le temps et dans l'espace. C'est dans ce contexte que le PNLS avec l'appui des partenaires impliqués dans la riposte réalisent actuellement 3 études qui sont en cours de finalisation

1- Enquête sérosentinelles chez les femmes enceintes

Pour l'année 2016, le MSPP a mis en œuvre une nouvelle enquête de surveillance prénatale pour estimer la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultation prénatale (ANC). Cette huitième enquête sera réalisée à partir des données de routine dans le cadre du suivi et du renforcement de la qualité. Un total de 25 cliniques prénatales participe à l'enquête de surveillance, et les femmes seront échantillonnées et incluses dans l'enquête sur une période de trois à quatre mois. Les données démographiques et de biomarqueurs (VIH et syphilis) de routine seront recueillies de façon prospective quand les femmes se rendent dans les cliniques sélectionnées. Un échantillon de 10000 femmes enceintes sont attendues dans cette étude à raison de 400 femmes par site.



2- Etude sur la rétention des patients sous ARV

La rétention des patients sous ARV est devenue un enjeu majeur pour le PNLS. Car le traitement à vie augmente la résistance au VIH chez les patients recevant le traitement antirétroviral. Il devient impératif pour le PNLS de mesurer ces indicateurs de façon régulière afin de pouvoir faire des comparaisons, d'identifier les causes des écarts et de prendre les mesures correctives au bénéfice des patients sous TAR. Ainsi, le PNLS avec le support de ses partenaires techniques et financiers réalise actuellement une nouvelle étude sur la rétention des patients sous TAR pour les cohortes de 6, 12, 24, 48, et 60 mois et également sur les 6 indicateurs d'alerte précoce " IAP " qui mérite d'être mesurée annuellement pour prévenir le plus tôt possible l'apparition des résistances du VIH. Ces études permettront de rendre ces informations disponibles pour les périodes étudiées et, de les utiliser pour améliorer la prise en charge de nos patients. **Attendons les résultats pour la prochaine parution.**

3- Elaboration rapport des dépenses et ressources en VIH/Sida "REDES" 2016

- Dans le cadre de l'évaluation des coûts relatif à la riposte au VIH/Sida, le programme national avec l'appui du Fonds mondial a élaboré le rapport REDES. Ce rapport constitue le flux des ressources et de dépenses liées au VIH/sida consentis à partir des ressources mobilisées et les dépenses encourues au cours de l'année 2016 relatives aux interventions de lutte sur le VIH/sida en Haïti.
 - Ce rapport devient une routine et une nécessité pour le programme national afin d'évaluer le niveau de financement réel pour pouvoir anticiper à temps et prendre les bonnes décisions à un moment où les fonds sont en réduction. Ce rapport permet de :
 - Examiner les flux financiers liés à la riposte nationale face à l'épidémie du VIH ;
 - Suivre les transactions financières depuis leur origine jusqu'à leur destination finale ;
 - Étudier les indicateurs liés à la réponse financière du pays ;
 - Évaluer les ressources et dépenses affectées aux interventions dans les secteurs non santé liés à la riposte au VIH/sida ;
 - Dégager les écarts, les leçons apprises de la mobilisation et de l'utilisation des ressources par la Riposte ;
 - Formuler des recommandations pertinentes permettant aux décideurs haïtiens d'améliorer le suivi et la gestion des ressources allouées au Programme Haïtien de lutte contre le VIH/sida.

Ce rapport est au stade de finalisation, bientôt le PNLS partagera avec vous les trouvailles.

Attendons les résultats pour la prochaine parution.

Autre étude en cours relatif au VIH : L'EMMUS VI est attendu avec impatience.



7- Quid des formations organisées par le Programme National de Lutte contre le Sida sur le système d'information sanitaire VIH/Sida

Le Programme national cherche toujours à aligner ses efforts de mesure par rapport aux directives de l'OPS/OMS tout en se basant sur la stratégie régionale sur le VIH/Sida. Le choix des nouveaux indicateurs varie en fonction des objectifs du programme et selon la stratégie d'accélération de la riposte. L'analyse de ces indicateurs est optimisée par la ventilation des données par âge, sexe, statut matrimonial, etc. Cette répartition en groupes d'âge permet aux responsables des programmes nationaux de déceler les tendances longitudinales qui se dessinent dans le temps. De plus, la ventilation des données en fonction des caractéristiques contextuelles permet également de prendre des décisions plus éclairées en matière de programmes.

L'actualisation des outils de gestion en fonction des nouveaux indicateurs de mesure est impérative pour faciliter le rapportage tant au niveau national qu'international.

Cette année après l'actualisation des outils le PNLS a organisé plusieurs ateliers de formation et à appuyer certains partenaires et réseaux en vue d'assurer une mise à niveau des gestionnaires de données toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des données pour faciliter l'exploitation des informations dans les niveaux décisionnels. Par ordre chronologique les formations réalisées :

- Atelier de formation sur le système d'information sanitaire VIH/Sida à l'intention des réseaux d'institutions ;
- Atelier de révision des outils de gestion de données du programme ;
- Appui technique du service M&E CT/PNLS à la formation des prestataires de soins et personnel statistique sur les nouveaux outils réalisée par EQUIPHAÏTI ;
- Atelier de formation sur les outils de gestion de données du programme VIH/Sida à l'intention des gestionnaires de données et prestataires de l'ensemble des sites qui avaient un manque à rattrapé.



8- Normes de prise en charge Psychosociale

L'infection à VIH est l'une des épidémies mondiales aux conséquences les plus dévastatrices pour l'humanité. Le VIH/SIDA freine le développement socioéconomique par ses retombées négatives dans les secteurs de production. De nouvelles stratégies et approches sont mises en place au fur et à mesure afin de combattre ce fléau dans ses multiples formes.

L'une des stratégies essentielles mise en place dans la riposte nationale est l'amélioration de la prise en charge clinique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH au niveau des structures sanitaires.

Certainement, les personnes qui vivent avec le VIH ont besoin d'être soutenues pour faire face aux défis multiples d'une maladie chronique qui peut entraîner un rejet social. L'angoisse dramatique de l'annonce du diagnostic, le vécu de la maladie et l'incidence de ses complications sur la vie psychique et sociale rendent incontournable leur prise en charge médicale et psychosociale.

En effet, le conseil et l'accompagnement psycho social (APS) des personnes infectées et exposées au VIH/SIDA contribuent d'une manière directe et/ou indirecte à la diminution du taux d'infection du VIH et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida, de leur famille et de leur communauté.

En Haïti, de nombreuses activités ont été développées dans le champ de l'APS conformément aux normes nationales de PEC clinique du VIH/sida du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/sida (PNLS/MSPP) : élaboration d'un module en PEC psychosociale¹, formation, recrutement de personnels de soins psychosociaux (Agents communautaires, Travailleurs sociaux et Psychologues). Ces activités réalisées ont été soutenues dès leur début par les différents accords de partenariat signés entre le Ministère de la Santé Publique et de la Population avec les agences multilatérales et bilatérales en référence le Fonds Mondial et le PEPFAR.

Néanmoins, ces activités ont été réalisées en dehors d'une référence d'un guide méthodologique national de prise en charge psychosociale comprenant les spécificités de l'APS à offrir à chaque catégorie de patients (adultes, enfants, les familles et la communauté globale). De ce fait, chaque acteur public ou privé (ONG, centres confessionnels ou mixtes) a été amené au cours des années à développer ses propres outils de formation et donc sa propre vision de la prise en charge psychosociale et de l'ETP. Par ailleurs, le passage à l'échelle de cet aspect sur l'APS et l'ETP reste jusqu'à présent en état de gestation faute de formateurs nationaux, renforcés sur ces aspects.

L'existence d'un grand nombre de personnes en soins (soins palliatifs et ARV) perdues de vues au niveau du programme VIH haïtien (12% période Octobre 2012-Aout 2013), la non standardisation des modules et outils de formation, l'absence de normalisation nationale de l'APS furent autant d'impératif qui ont exigé le PNLS à se procurer dans les plus délais d'un manuel national d'APS et d'Education Thérapeutique.

Ces manuels ont été rédigés avec l'expertise de deux consultantes internationales et sont aujourd'hui prêts à être disséminés.



Le droit à la santé « La vi m'se sante m' se dwa m' »



11. Le sida en chiffres (Haïti 2016)

Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	150,000	[130,000	170,000]
Nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH	7,200	[6,200	8,400]
Nombre estimé de Nouvelles infections	7,900	[6,000	11,000]
Incidence estimée du VIH (pour 1,000)	0.77	[0.58	1.05]
Nombre estimé de décès du au sida	4,200	[6,200	8,400]
Taux de mortalité générale du au sida estimé (pour 100,000 pers)	42	[32	55]
Couverture estimée du traitement ARV de toutes les PVVIH (en %)	55	[44	64]
Couverture estimée du traitement ARV des femmes >15 ans	60	[48	69]
Couverture estimée du traitement ARV des enfants	49	[37	59]
Couverture estimée du traitement ARV des Femmes enceintes	71	[62	81]
Prévalence estimée du VIH chez les adultes 15-49 ans (en%)	2.1	[1.9	2.3]
Prévalence du VIH chez les HARSH (2014)	12.9	[9.6	15.6]
Prévalence du VIH chez les Travailleuses de sexe (2014)	8.7	[6.4	10.0]
Nombre d'institutions sanitaires offrant les services de dépistage du VIH dans le cadre du programme de lutte contre le sida	170		
Nombre d'institutions sanitaires offrant le paquet complet de PTME	116		
Nombre d'institutions sanitaires offrant les ARV	160		
Nombre de personnes actives sous ARV au 30 septembre 2017	91,500		

Source : MSPP-PNLS, Révision des Estimations-Projections de 2017 / www.mesi.ht / PSI-OHMaSS

