



# Bulletin

## de Surveillance

### Epidémiologique VIH/SIDA

No 17, Mars 2018

## Editorial

### Chers amis lecteurs,

La tendance du financement international de la lutte contre le sida en Haïti est à la baisse. Ce constat est le même partout. C'est un paradoxe, car les orientations d'ONUSIDA, sur l'accélération de la riposte mondiale pour mettre fin à l'épidémie de VIH en 2030 en tant que menace de santé publique, évaluent les besoins réels d'augmentation des financements internationaux en milliards annuels de dollars US pour atteindre cet objectif.

Le rapport REDES 2016 qui traite du financement à Haïti a été présenté aux partenaires à la fin du mois de mars 2018. Les informations contenues dans ce rapport indiquent une diminution des financements internationaux de l'ordre de 10% environ depuis 2014. L'auteur de l'élaboration de ce rapport nous livre dans la rubrique « opinions libres » de ce numéro des pistes de réflexion et d'action qui vont dans le sens de la revitalisation de la multisectorialité au sein de la riposte nationale et de l'augmentation des investissements domestiques pour combler les gaps prévus par cette réduction. Il nous faut sortir d'une certaine léthargie et spéculer de façon pragmatique sur les bénéfices que la riposte nationale pourrait avoir à court,

moyen et long terme lors de la mise en œuvre de ces recommandations.

Même quand l'horizon du financement paraît nuageux, l'espoir de remporter la victoire sur l'épidémie de VIH ne peut pas être affaibli. Au sein du Programme, il doit être revigoré à la source des acquis et du potentiel de certaines stratégies mises en œuvre. Ce numéro contient, à notre avis, 2 articles clés pour l'avenir du Programme : l'un sur la prise en charge des contacts des patients index et le second sur la relance communautaire des patients en soins et traitement.

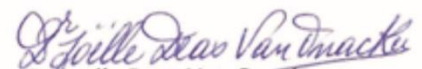
À la lecture du passage relatif à la prise en charge des contacts des patients index, vous comprendrez qu'il faut que les 180 sites de prestation en VIH/sida s'impliquent d'une façon ou d'une autre. Bientôt, sera mis à la disposition de toutes les parties prenantes du Programme le manuel des « procédures opérationnelles standardisées pour la prise en charge des contacts des patients index en Haïti » et nous souhaitons que tous ceux-là qui ne se sont pas encore engagés dans cette voie trouvent l'inspiration et la motivation suffisante pour que d'ici à 2019 tous les sites de leurs réseaux de soins soient partenaires de cette stratégie porteuse d'espoir et d'avenir pour le Programme.

De même, la relance communautaire des patients sous TAR est essentielle pour permettre au Programme de retenir dans le continuum de soins le maximum de patients. Les bénéfices déjà accumulés nous encouragent à approfondir cette stratégie pour en augmenter le rendement. Il nous

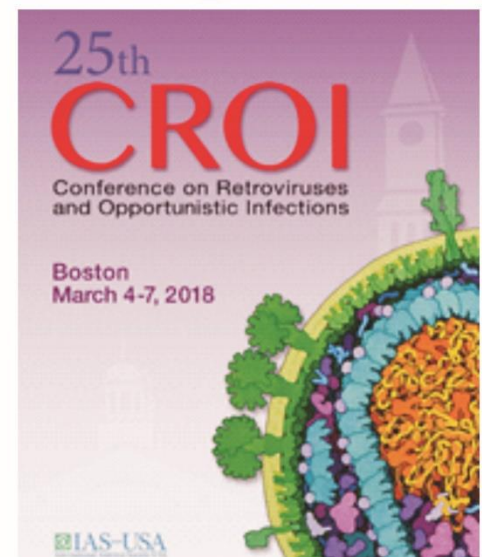
paraît que nous devrions à très court terme résoudre la problématique des « relancés non retrouvés ».

« L'avenir appartient aux personnes qui se lèvent tôt ». Le signal est déjà lancé pour 2030. Serrons-nous les coudes et avançons ensemble !

Bonne lecture,



Dr Joelle Deas Van Onacker  
Coordonnatrice du PNLS



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

## Table des matières

|                                                                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Acronymes & Abréviations.....                                                                                                    | 3         |
| <b>1. Prise en charge des contacts de patients index : un état des lieux au 31 janvier 2018.....</b>                             | <b>4</b>  |
| 1.1 Introduction.....                                                                                                            | 4         |
| 1.2 Cascade de la prise en charge des contacts de patients index.....                                                            | 4         |
| 1.3 Etat de la mise en œuvre de cette stratégie au niveau de 2 réseaux de soins.....                                             | 5         |
| 1.3.1 Clients contactés pour le « Partner services » .....                                                                       | 5         |
| 1.3.2 Mise en contact des prestataires avec les partenaires par les clients.....                                                 | 6         |
| 1.3.3 Acceptation des services offerts par les contacts des patients PVVIH .....                                                 | 6         |
| 1.3.4 Dépistage de contacts de patients PVVIH .....                                                                              | 7         |
| 1.3.5 Nouveaux partenaires connaissant leur statut de séropositivité .....                                                       | 7         |
| 1.3.6 Mise sous thérapie antirétrovirale des nouveaux dépistés.....                                                              | 8         |
| 1.4 Conclusion.....                                                                                                              | 8         |
| <b>2. Patient Linkage and Retention : un regard à la loupe sur la performance en 2017 .....</b>                                  | <b>9</b>  |
| 2.1 Introduction.....                                                                                                            | 9         |
| 2.2 Principaux résultats de la relance communautaire des patients sous TAR en 2017 .....                                         | 9         |
| 2.3 Analyse de la relance communautaire au niveau des réseaux de soins en 2017 .....                                             | 10        |
| 2.3.1 Mise en œuvre de PLR au premier semestre 2017 .....                                                                        | 10        |
| 2.3.2 Mise en œuvre de PLR au deuxième semestre 2017 .....                                                                       | 11        |
| 2.4 Regard approfondi sur les patients introuvables .....                                                                        | 11        |
| 2.5 Analyse de la performance du contact des patients ayant raté leur rendez-vous en 2017 .....                                  | 12        |
| 2.6 Conclusion .....                                                                                                             | 13        |
| <b>3. Le tableau de bord de la CT du PNLS, un outil d'aide à la décision.....</b>                                                | <b>14</b> |
| 3.1 Suivi programmatique et performance.....                                                                                     | 14        |
| 3.2 Connaissance du statut sérologique .....                                                                                     | 14        |
| 3.3 Enrôlement des patients sous thérapie antirétrovirale .....                                                                  | 14        |
| 3.4 Prévention de la transmission mère-enfant .....                                                                              | 15        |
| 3.5 Enrôlement des femmes enceintes sous TAR.....                                                                                | 16        |
| 3.6 Patients actifs sous thérapie antirétrovirale .....                                                                          | 16        |
| 3.7 Suppression de la charge virale .....                                                                                        | 16        |
| 3.8 Récapitulation.....                                                                                                          | 17        |
| <b>4. Financement du Programme de Lutte contre le VIH en Haïti : état des lieux et perspectives .....</b>                        | <b>17</b> |
| 4.1 C'est quoi le REDES ?.....                                                                                                   | 17        |
| 4.2 Analyse des dépenses effectuées et projections 2017 - 2023.....                                                              | 17        |
| 4.3 Pistes de solutions.....                                                                                                     | 19        |
| 4.4 Conclusion .....                                                                                                             | 20        |
| 4.5 Bibliographie.....                                                                                                           | 20        |
| Coup d'œil sur la 25 <sup>e</sup> conférence internationale CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) ..... | 21        |
| Le sida en chiffres (Haïti 2017).....                                                                                            | 24        |



## Acronymes & Abréviations

|         |                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ARV     | Anti Rétroviral                                                                 |
| BP      | Populations Bénéficiaires                                                       |
| CDC     | Center Disease Control and Prevention                                           |
| CDS     | Centres pour le Développement et la Santé                                       |
| CMMB    | Catholic Mission Medical Board                                                  |
| CT      | Coordination Technique                                                          |
| DSF     | Direction Santé de la Famille                                                   |
| FA      | Agents de Financement                                                           |
| FM      | Fonds Mondial                                                                   |
| FOSREF  | Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille                     |
| FS      | Source de Financement                                                           |
| GHESKIO | Groupe Haïtien d'Etude sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes |
| HARSAH  | Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes                       |
| MESI    | Monitoring Evaluation Surveillance Intégrée                                     |
| MOFF    | Menaces Opportunités Forces et Faiblesses                                       |
| NASA    | National AIDS Spending Assessment                                               |
| NASTAD  | National Alliance of State Territorial AIDS Directors                           |
| OMS     | Organisation Mondiale de la Santé                                               |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida                              |
| PIH     | Partner In Health                                                               |
| PDV     | Perdus de Vue                                                                   |
| PEPFAR  | President Emergency Planning For AIDS Relief                                    |
| PF      | Facteurs de Production                                                          |
| PLR     | Patient Linkage and Retention                                                   |
| PNLS    | Programme National de Lutte contre le Sida                                      |
| PPS     | Points de Prestation de Services                                                |
| PS      | Prestataires                                                                    |
| PSNM    | Plan Stratégique National Multisectoriel                                        |
| REDES   | Ressources et dépenses liées au VIH/sida                                        |
| SIDA    | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise                                          |
| TAR     | Traitement Anti Rétroviral                                                      |
| TS      | Travailleuses de Sexe                                                           |
| UGP     | Unité de Gestion de Projet                                                      |
| UNFPA   | United Nation Fund for Population Activities                                    |
| VIH     | Virus de l'Immunodéficience Humaine                                             |



# 1. Prise en charge des contacts de patients index : un état des lieux au 31 janvier 2018<sup>1</sup>

## 1.1 Introduction

Le financement de la lutte contre le sida en Haïti diminue. Le rapport REDES de l'année 2016 a démontré une baisse significative de l'aide externe et cela avait commencé 3 ou 4 années après la survenue du tremblement de terre de 2010. Les investissements domestiques tardent à prendre le relais et à combler les gaps. Dans ce contexte, le renouvellement des partenariats sur lesquels repose le Programme de lutte haïtien contre le VIH/sida devient une exigence que requiert la mise en œuvre du nouveau plan stratégique, le PSNM 2018 – 2023, si les différentes parties prenantes du Programme veulent atteindre les trois 90 à son mi terme en 2020.

Néanmoins, l'espoir survit et se nourrit d'expériences de toutes sortes, expériences de pensées et dispositifs réels, qui visent à augmenter les connexions au sein des stratégies déjà mises en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients PVVIH, mais sans coût additionnel significatif. Le suivi actif et incrémental de la prise en charge des contacts de patients index, nommé en anglais « Partner services » fait partie de ces initiatives stratégiques à fort potentiel, récemment formulé de façon tâtonnante en Haïti, qui grossit lentement et qui peut améliorer la plasticité partenariale du Programme haïtien tant souhaitée pour qu'Haïti se retrouve parmi les premières nations à traverser la ligne des trois 95 en 2030. Le comité de rédaction tient à remercier, au début de cet article sur la prise en charge des contacts de patients index, les CDC qui sont un acteur avant-gardiste en stimulant de façon subliminale la CT du PNLS à jouer pleinement son rôle de pilotage technique dans la mise en œuvre régularisée et normative du « Partner services ». NASTAD doit être remercié également pour son rôle de copilotage renforcé et actif dans le suivi de la mise en œuvre et de l'expansion de cette stratégie. Cet article, à visée formative, fait un survol des retombées de la mise en œuvre de cette stratégie clé au cours de l'année 2017.

Le comité de rédaction encourage tous les réseaux de soins en VIH/sida à s'impliquer d'une façon ou d'une autre dans la prise en charge des contacts des patients index.

## 1.2 Cascade de la prise en charge des contacts de patients index

La cascade est un concept très pratique recommandé par les organismes mondiaux (PEPFAR, FM, ONUSIDA, OMS) de lutte contre le sida qui permet de cerner les problèmes et les opportunités liées à l'amélioration de la prestation de services aux PVVIH dans le continuum de soins depuis le diagnostic de l'infection à VIH, les liens actifs dans les soins jusqu'à l'initiation de la thérapie antirétrovirale, la rétention sous TAR et la suppression virale. Dans la prise en charge des contacts de patients index, on retrouve des données sur 2 types de cascade sur la plateforme MESI : **cascade client** et **cascade contact**. La première fournit des informations depuis la priorisation des clients par les prestataires jusqu'à l'identification par les clients prioritaires. La seconde suit les bonds depuis les partenaires à contacter jusqu'à la mise sous trithérapie antirétrovirale des nouveaux testés VIH. Un client est une personne nouvellement diagnostiquée ou connu VIH positif. Un contact est une personne ayant un lien social ou sexuel avec une personne VIH positif (incluant les partenaires sexuels, les contacts sociaux, et les enfants exposés).

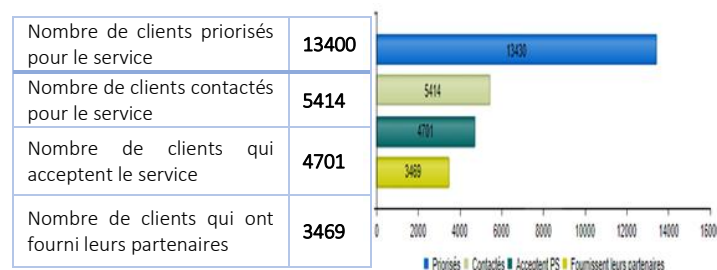


Figure 1. Cascade client de la prise en charge des cas contacts de patients Index. MESI. Haïti. Janvier 2018

Considérant le nombre de clients prioritaires pour le service, environ 40 % des clients prioritaires ont été contactés par les PPS. Il y a un effort à faire au niveau des services pour augmenter le pourcentage des clients contactés. Le pourcentage de clients qui indiquent effectivement leurs contacts (74%) est satisfaisant et peut être considéré sous certaines conditions comme un bon proxy de la qualité de l'entretien sur la prise en charge des contacts avec les clients PVVIH.

La cascade contact est une continuité de celle du client PVVIH, mais elle s'intéresse aux activités liées à la prise en charge du contact. La liste des contacts des patients PVVIH qui acceptent le service est filtrée et le pourcentage retenu à qui on offre le service de dépistage est d'environ 71%), tandis que celui des contacts qui font le test effectivement est de 85% (1368/1594). C'est un résultat appréciable qui reflète apparemment une qualité du counseling élevée.

<sup>1</sup> Cet article est le résultat d'une étroite collaboration entre la CT du PNLS et NASTAD. On remercie particulièrement Dr Gloria Thermidor pour ses corrections pertinentes et la fourniture des tableaux et graphes contenus dans cet article.



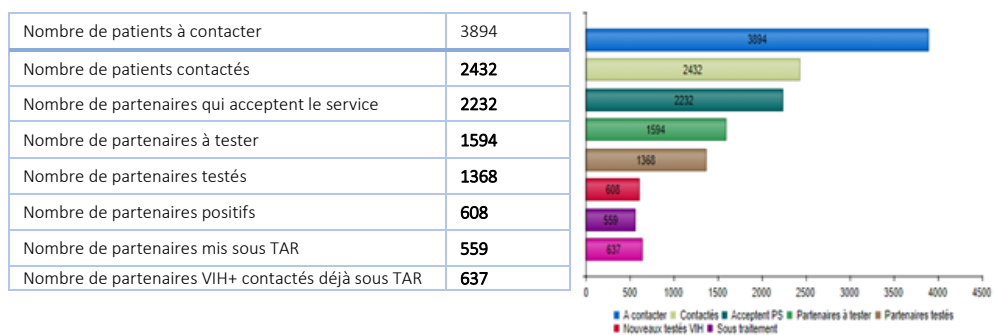


Figure 2. Cascade contact de la prise en charge des contacts de patient index MESI. Haïti. Janvier 2018

Le bilan de cette nouvelle stratégie à date montre un pourcentage de séropositivité de 44% qui est considérable. Si on maintient la motivation au niveau des prestataires sur les gains extraordinaires obtenus et avec un soutien des différents niveaux de la pyramide de gestion du Programme, il paraît évident que le Programme haïtien de lutte contre le sida a intérêt à mobiliser les réseaux de soins et les points de prestation de services en VIH/sida à aller dans cette direction.

La réponse des PPS à la mise sous thérapie antirétrovirale a été immédiate. 92% des contacts dépistés ont été mis sous TAR ; il manque un 8% à l'appel qui correspond probablement à des indécis à prendre tout de suite leur traitement. Cette situation avait été anticipée par la CT du PNLs qui lors du démarrage de la stratégie « dépister et traiter » a introduit un nouveau registre, le registre transitoire, pour le suivi de ces cas. Il est intéressant de constater que des contacts de PVVIH ont été déjà sous TAR, ce qui indique que cette stratégie a un double avantage pour le Programme, celui de faire bénéficier aux contacts des PVVIH des bienfaits du TAR, mais aussi d'assurer un raffermissement du partenariat entre l'équipe soignante et ceux déjà sous traitement.

### 1.3 Etat de la mise en œuvre de cette stratégie au niveau de 2 réseaux de soins

2 réseaux de soins ont bénéficié de l'implémentation des services de la prise en charge des contacts des patients index en 2017 : UGP/MSPP/PEFAR et CMMB. On va analyser la performance de la plupart des indicateurs des cascades client et contact au niveau de 20 PPS de UGP et de 15 de CMMB. On profite pour faire un appel aux autres réseaux à être pro actifs en 2018 en sollicitant leur participation à cette mise en œuvre ; déjà on confirme l'implication active de 10 PPS du réseau GHESKIO à cette formidable entreprise nationale visant en définitive à offrir, en fonction des normes établies, un maximum de services à un maximum de patients PVVIH.

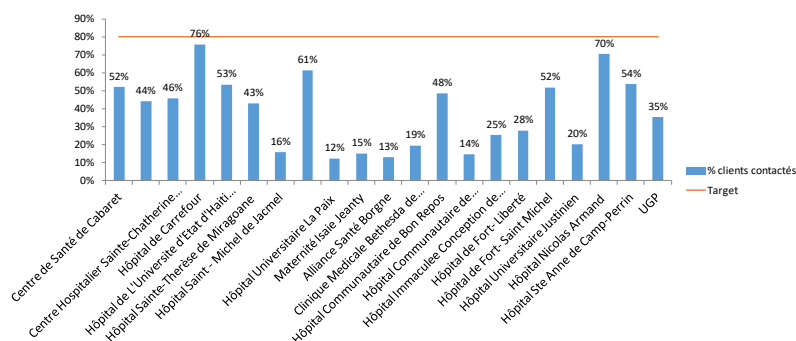
Le tableau ci-dessous indique les indicateurs retenus dans cet article et le niveau de performance désiré pour l'analyse au niveau des sites des 2 réseaux ayant pris part à l'implémentation de cette stratégie en 2017.

Tableau 1. Certains indicateurs de « Partner services » et les performances attendues

| Indicateurs                                                       | Cible    |
|-------------------------------------------------------------------|----------|
| Pourcentage de clients contactés                                  | 80%      |
| Pourcentage de clients fournissant leurs partenaires              | 75%      |
| Pourcentage de partenaires qui acceptent le service               | 75%      |
| Pourcentage de partenaires testés                                 | 80%      |
| Pourcentage de nouveaux partenaires dépistés VIH+                 | Variable |
| Pourcentage de partenaires mis sous traitement parmi les nouveaux | 95%      |

#### 1.3.1 Clients contactés pour le « Partner services »

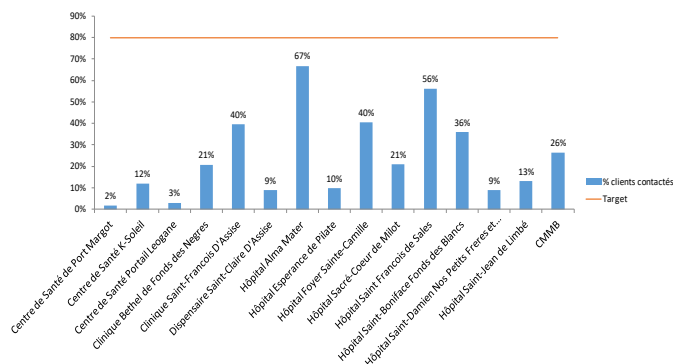
Les PPS du réseau de soins UGP ont travaillé fort et ils doivent continuer sur cet élan pour atteindre le niveau de 80% souhaité. Il y a lieu d'encourager l'hôpital de Carrefour (76%) et l'hôpital Nicolas Armand (70%) et tous les autres également, même si la performance n'est pas encore au niveau souhaité. L'essentiel est d'avoir pris le risque de démarrer et si on maintient cette volonté ; le succès est déjà garanti, car l'effort à faire n'est pas aussi élevé que ça.



Graphe 1. Performance en 2017 des PPS du réseau UGP en matière de clients contactés MESI, Haïti Janvier 2018



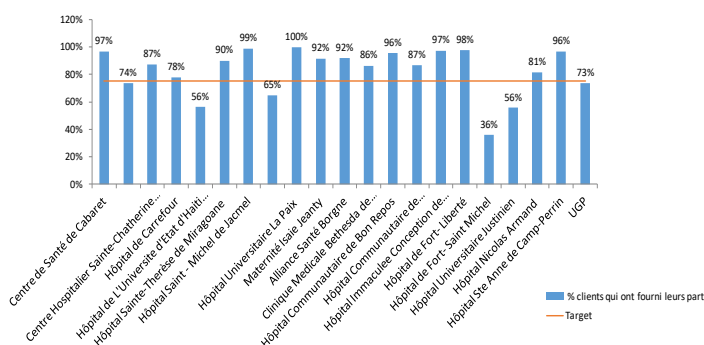
Les mêmes considérations d'analyse de la performance de cet indicateur faites pour le réseau UGP valent également pour celui de CMMB. On conseille aux leaders de ces réseaux et d'autres à mettre en œuvre cette stratégie de porter une attention soutenue et de l'ajouter au niveau du tableau de bord du réseau pour un meilleur suivi des performances.



Graph 2. Performance en 2017 des PPS du réseau CMMB en matière de clients contactés. Janvier 2018

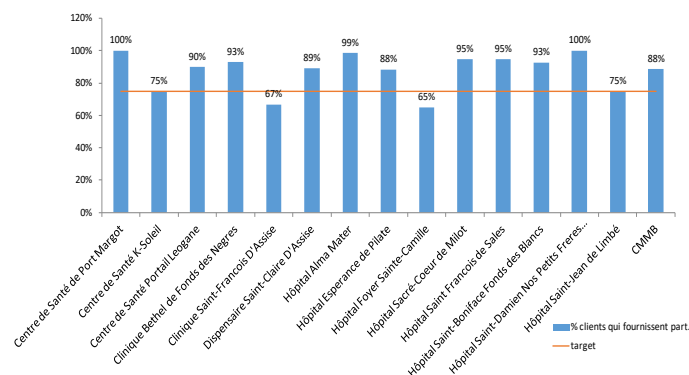
### 1.3.2 Mise en contact des prestataires avec les partenaires par les clients

Les PPS des 2 réseaux analysés ont de très bons scores. Certains PPS pour le réseau UGP doivent être mentionnés pour leur niveau d'excellence : Centre de Santé de Cabaret, Hôpital Sainte Thérèse de Miragoane, Hôpital Saint Michel de Jacmel, Hôpital Universitaire la Paix, Maternité Isaïe Jeanty, Alliance Santé de Borgne, Hôpital Communautaire de Bon Repos, Hôpital Immaculée Conception de Port de Paix, Hôpital de Fort Liberté, Hôpital Sainte Anne de Camp Perrin.



Graph 3. Performance en 2017 des PPS du réseau UGP en matière de clients et partenaires, Janvier 2018

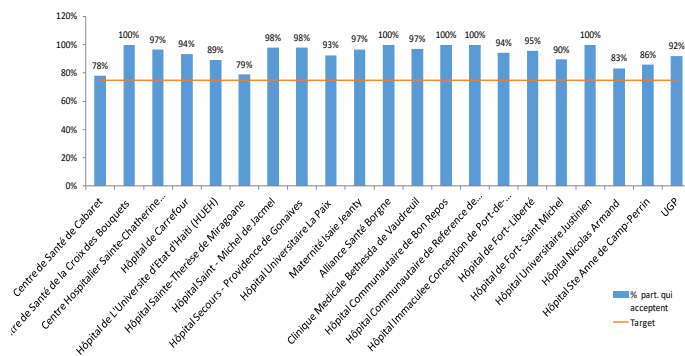
Pour le réseau CMMB, on doit citer : Centre de Santé de Port Margot, Centre de Santé Portail Léogâne, Clinique Bethel de Fonds des Nègres, Hôpital Alma Mater, Hôpital Sacré Cœur de Milot, Hôpital Saint François de Sales, et Hôpital Saint Boniface de Fonds des Blancs.



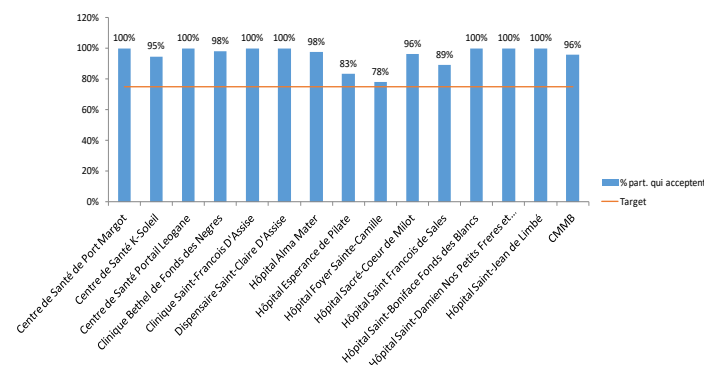
Graph 4. Performance en 2017 des PPS du réseau CMMB en matière de clients et partenaires, Janvier 2018

### 1.3.3 Acceptation des services offerts par les contacts des patients PVIH

Les 2 graphes ci-dessous démontrent le niveau d'acceptabilité des services offerts par les contacts pourvu que les PVIH aient consenti d'en faire bénéficier à leurs contacts. Ces graphes démontrent de façon indirecte la qualité du counseling fourni. Tous les PSS ont dépassé le niveau de performance eséré.



Graph 5. Performance en 2017 des PPS du réseau CMMB en matière d'acceptation des services par les partenaires, Janvier 2018

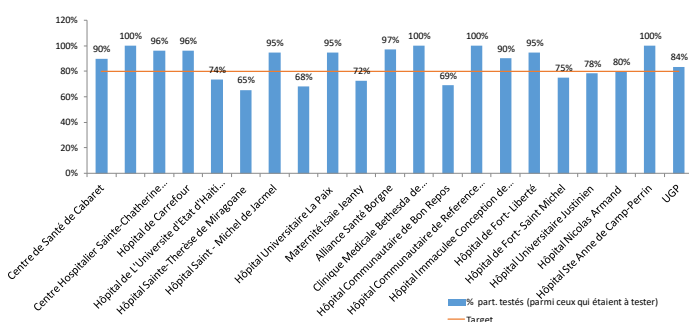


Graph 6. Performance en 2017 des PPS du réseau CMMB en matière d'acceptation des services par les partenaires, Janvier 2018

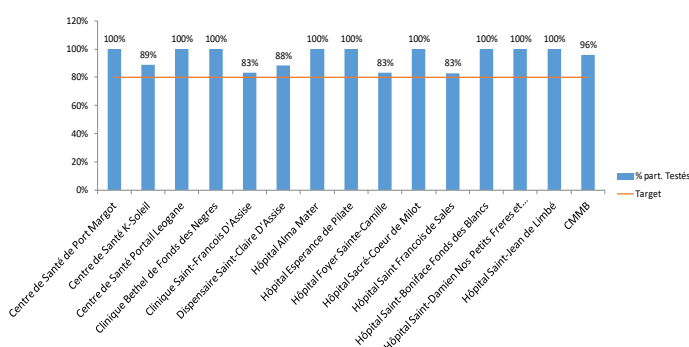


### 1.3.4 Dépistage de contacts de patients PVVIH

Le niveau de performance attendu dans cette portion de la cascade partenaire est de 80%. Des 20 PPS de l'UGP mettant en œuvre cette stratégie de façon ordonnée, 12 soit 60% ont dépassé le score de 80%. On doit signaler la belle performance de 4 PPS ayant atteint les 100% : Centre de Santé de la Croix des Bouquets, Clinique Médicale Bethesda de Vaudreuil, Hôpital Communautaire de Référence de Port Salut et Hôpital Sainte Anne de Camp Perrin.



Graphique 7. Performance en 2017 des PPS du réseau UGP en matière de dépistage des partenaires, Janvier 2018



Graphique 8. Performance en 2017 des PPS du réseau CMMB en matière de dépistage des partenaires, Janvier 2018

Tous les PPS du réseau CMMB ont relevé le défi des 80% de dépistage des partenaires ayant accepté le service. 9 sur 15 des PPS de ce réseau ont atteint 100%.

### 1.3.5 Nouveaux partenaires connaissant leur statut de séropositivité

Les 2 tableaux ci-dessous ont des informations clés sur l'importance de la stratégie de prise en charge des contacts des patients index. Peu importe le nombre de partenaires testés, la stratégie permet d'identifier de nouveaux séropositifs. Le nombre de partenaires testés à date n'est pas élevé. Au sein du réseau UGP, sur 655 partenaires dépistés, 267 sont positifs, soit une proportion de séropositivité de 41%.

Tableau 2. Séropositivité chez les partenaires dépistés. Réseau UGP. Janvier 2018.

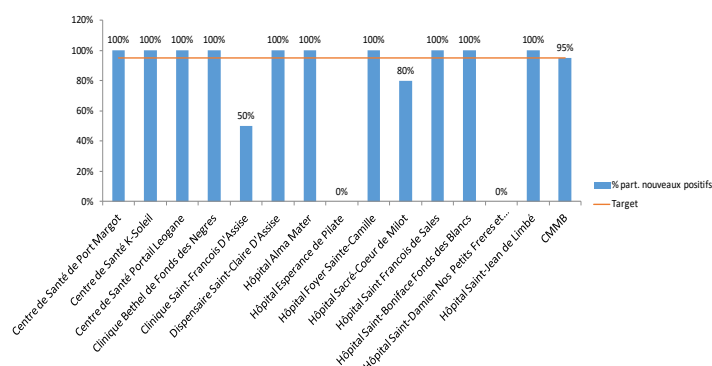
| Points de Prestation de Services                      | Nbre de partenaires testés | Nbre de partenaires Nx positifs | % de positivité |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Centre de Santé de Cabaret                            | 26                         | 7                               | 27%             |
| Centre de Santé de la Croix des Bouquets              | 54                         | 18                              | 33%             |
| Centre Hospitalier Sainte-Catherine Laboure (CHOSCAL) | 25                         | 4                               | 16%             |
| Hôpital de Carrefour                                  | 24                         | 2                               | 8%              |
| Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH)         | 142                        | 63                              | 44%             |
| Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoane                   | 49                         | 26                              | 53%             |
| Hôpital Saint-Michel de Jacmel                        | 36                         | 20                              | 56%             |
| Hôpital Secours - Providence de Gonaïves              | 28                         | 20                              | 71%             |
| Hôpital Universitaire La Paix                         | 53                         | 30                              | 57%             |
| Maternité Isaïe Jeanty                                | 21                         | 11                              | 52%             |
| Alliance Santé Borgne                                 | 33                         | 9                               | 27%             |
| Clinique Médicale Bethesda de Vaudreuil               | 14                         | 9                               | 64%             |
| Hôpital Communautaire de Bon Repos                    | 9                          | 4                               | 44%             |
| Hôpital Communautaire de Référence de Port-salut      | 4                          | 2                               | 50%             |
| Hôpital Immaculée Conception de Port-de-Paix          | 45                         | 19                              | 42%             |
| Hôpital de Fort- Liberté                              | 18                         | 9                               | 50%             |
| Hôpital de Fort- Saint Michel                         | 9                          | 1                               | 11%             |
| Hôpital Universitaire Justinien                       | 18                         | 5                               | 28%             |
| Hôpital Nicolas Armand                                | 8                          | 1                               | 13%             |
| Hôpital Ste Anne de Camp-Perrin                       | 39                         | 7                               | 18%             |
| UGP                                                   | 655                        | 267                             | 41%             |



Au niveau du CMMB, la proportion de séropositivité est de 51% (159/311).

**Tableau 3. Séropositivité chez les partenaires dépistés, Réseau CMMB, Janvier 2018**

| Points de Prestation de Services                | Nbre de partenaires testés | Nbre de partenaires Nx positifs | % de positivité |
|-------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Centre de Santé de Port Margot                  | 1                          | 1                               | 100%            |
| Centre de Santé K-Soleil                        | 8                          | 1                               | 13%             |
| Centre de Santé Portail Léogâne                 | 5                          | 1                               | 20%             |
| Clinique Bethel de Fonds des Nègres             | 24                         | 13                              | 54%             |
| Clinique Saint-François D'Assise                | 5                          | 2                               | 40%             |
| Dispensaire Saint-Claire D'Assise               | 15                         | 7                               | 47%             |
| Hôpital Alma Mater                              | 99                         | 42                              | 42%             |
| Hôpital Esperance de Pilate                     | 9                          | 5                               | 56%             |
| Hôpital Foyer Sainte-Camille                    | 15                         | 5                               | 33%             |
| Hôpital Sacré-Cœur de Milot                     | 23                         | 5                               | 22%             |
| Hôpital Saint François de Sales                 | 34                         | 25                              | 74%             |
| Hôpital Saint-Boniface Fonds des Blancs         | 64                         | 46                              | 72%             |
| Hôpital Saint-Damien Nos Petits Frères et Sœurs | 1                          | 1                               | 100%            |
| Hôpital Saint-Jean de Limbé                     | 8                          | 5                               | 63%             |
| <b>CMMB</b>                                     | <b>311</b>                 | <b>159</b>                      | <b>51%</b>      |



**Graphe 10. Performance de la mise sous TAR des nouveaux enrôlés chez les partenaires, Réseau CMB Janvier 2018**

Des 15 sites du réseau CMMB ayant mis en œuvre cette stratégie de façon formelle, seulement 4 n'ont pas atteint le niveau de 95% de performance dans la mise sous TAR des nouveaux enrôlés chez les partenaires.

## 1.4 Conclusion

La première année de suivi formel de la prise en charge des contacts des patients index en Haïti est instructive. L'analyse des informations contenues dans les différents tableaux et graphes révèle qu'il est important de poursuivre la motivation des responsables de PPS pour que le nombre de patients contactés parmi ceux-là qui étaient priorisés soit augmenté. La porte d'entrée des 2 cascades est représentée par les patients contactés au sein des patients priorisés.

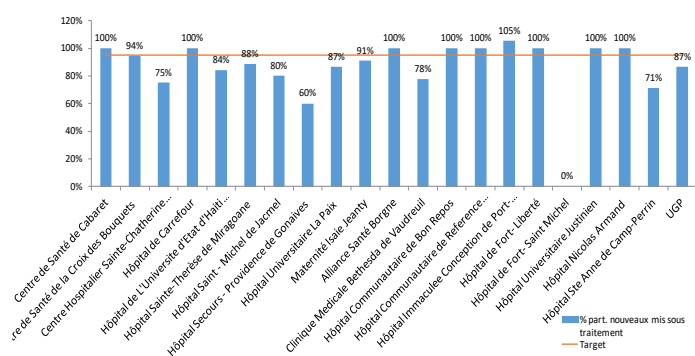
Le niveau de mise sous thérapie antirétrovirale est excellent. Cependant, on encourage les PPS à sur cette lancée en ce qui attrait à l'enrôlement des personnes nouvellement diagnostiquées.

La stratégie de prise en charge des contacts de patients index est porteuse d'avenir pour le Programme Haïtien. Tous les acteurs, en particulier les réseaux de soins devraient exploiter cette opportunité pour porter bien haut l'étendard de l'espérance de remporter la victoire sur le VIH/sida à l'horizon de 2030.

Le comité de rédaction s'engage à faire paraître régulièrement un article sur la prise en charge des contacts de patients index et à suivre de près sa mise en œuvre et son extension au sein des réseaux de soins offrant des services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement du VIH en Haïti.

### 1.3.6 Mise sous thérapie antirétrovirale des nouveaux dépistés

Au niveau du réseau UGP, la majorité des PPS ont fait l'effort d'appliquer la stratégie « dépister et traiter. Ils sont au nombre de 9 à dépasser la performance de 95% requise dans ce domaine.



**Graphe 9. Performance de la mise sous TAR des nouveaux enrôlés chez les partenaires, Réseau UGP Janvier 2018**



## 2. Patient Linkage and Retention : un regard à la loupe sur la performance en 2017

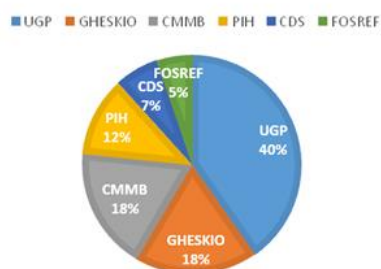
Daniella M. Pierre, Yvel Désir

PLR Program Manager, NASTAD-Haïti ; Data Manager, NASTAD-Haïti

### 2.1 Introduction

En juin 2015, PNLS et CDC ont initié la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie pour le suivi communautaire des PVVIH, en particulier ceux qui sont sous TAR, appelée PLR. Cette stratégie consiste à faire les visites domiciliaires en utilisant une application mobile<sup>2</sup> sur une tablette qui permet non seulement d'enregistrer les trouvailles des agents de santé mais aussi de géolocaliser les patients et de partager ces informations automatiquement aux PPS. Les patients sont en général visités pour les motifs suivants : perdus de vue<sup>3</sup>, rendez-vous raté, vérification de l'adresse, distribution communautaire d'ARV. A ce jour, 84 PPS supportés par les fonds CDC/PEPFAR utilisent ces outils<sup>4</sup> pour documenter les activités communautaires faites à l'endroit des PVVIH. Tout ceci pour répondre aux objectifs nationaux des 90-90-90<sup>5</sup>. La plaque tournante autour de ces objectifs étant la rétention dans le continuum de soins, nous nous proposons d'analyser dans cet article la performance des résultats obtenus en 2017 afin de soutenir et renforcer la mise en œuvre de cette stratégie en 2018.

REPARTITION DES SITES QUI UTILISENT LES OUTILS DE PLR EN 2017



Graphe 11. Répartition des 84 PPS qui utilisent les outils de PLR par réseau de soins Haïti, Mars 2018

### 2.2 Principaux résultats de la relance communautaire des patients sous TAR en 2017

Dans le cadre de cet article, nous utilisons : « revenus à la clinique », « introuvables » et « autres » pour catégoriser les résultats du travail communautaire effectués par les agents communautaires rattachés aux 84 PPS pour retrouver les perdus de vue. Les « introuvables » sont les patients non retrouvés ni par appel ni par visite ; ils ont déménagé, ou n'avaient jamais vécu à cette adresse. Normalement, cette catégorie ne devrait pas dépasser les 5% au niveau des réseaux si on veut une rétention de 90 %, sachant qu'il y aura des décès, ainsi que des abandons. Les « autres » correspondent au genre : auto-transfert, refus de revenir en soins ou décès.

Tel que le démontre le tableau 4, les patients PVVIH parmi ceux qui étaient classifiés perdus de vue et qui sont retournés dans les services représentent 42% des patients relancés dans ce domaine.

Tableau 4. Performance de la relance communautaire des patients sous TAR Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

| Résultats obtenus de la relance communautaire | Perdus de vue (PDV) | Fréquence simple | Rendez-vous raté (RDVR) | Fréquence simple |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| Revenus à la clinique                         | 3574                | 42%              | 6586                    | 68%              |
| Introuvables                                  | 2793                | 33%              | 1019                    | 11%              |
| Autres                                        | 2125                | 25%              | 2066                    | 21%              |
| Total                                         | 8492                | 100%             | 9671                    | 100%             |

Au niveau des rendez-vous ratés, le travail communautaire a permis de faire revenir dans le continuum de soins 68% sur les 9.671 recherchés.

Au 2<sup>e</sup> semestre, les revenus à la clinique sont de 34% parmi les 6.738 perdus de vue.

Tableau 5. Performance de la relance communautaire des patients sous TAR Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

| Résultats obtenus de la relance communautaire | Perdus de vue (PDV) | Fréquence simple | Rendez-vous raté (RDVR) | Fréquence simple |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| Revenus à la clinique                         | 2310                | 34%              | 6999                    | 68%              |
| Introuvables                                  | 2981                | 44%              | 1594                    | 15%              |
| Autres                                        | 2125                | 22%              | 1701                    | 17%              |
| Total                                         | 6738                | 100%             | 10294                   | 100%             |

<sup>2</sup> CHT- Mobile

<sup>3</sup> Patient non revu, ni approvisionné en ARV 90 jours après sa date de dernier rendez-vous (Cf. MER 2.0.).

<sup>4</sup> WEB- app: MESI-CHT et Mobile app: CHT-Mobile

<sup>5</sup> 90% des personnes vivant avec le VIH doivent être testés et connaître leur statut, 90% des patients testés doivent bénéficier d'un Rx de qualité et durable, 90% d'entre eux devra atteindre une charge virale indétectable.



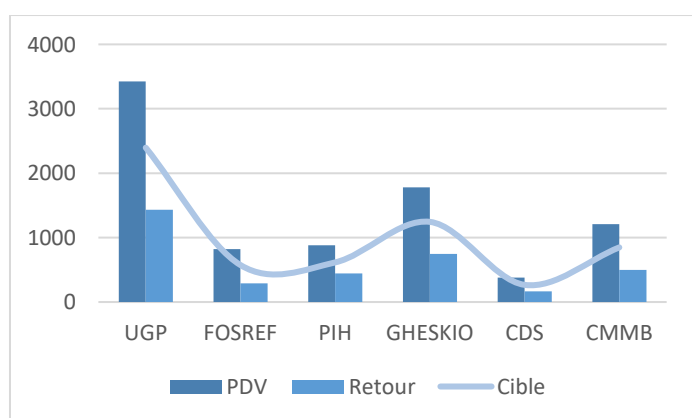
Tandis que ceux liés aux rendez-vous ratés représentent 68% parmi les 10.294 patients relancés contactés sur ce point.

En 2017, la stratégie PLR, de façon globale oscille entre 34 et 42 % pour les revenus à la clinique sur les perdus de vue et facilite le retour au niveau des services de 68% de patients ayant oublié leur date de rendez-vous.

## 2.3 Analyse de la relance communautaire au niveau des réseaux de soins en 2017

### 2.3.1 Mise en œuvre de PLR au premier semestre 2017

Au cours du 1<sup>er</sup> semestre de 2017, un nombre total de 8.492 patients ont été relancés comme perdus de vue pour les 6 réseaux mettant en œuvre cette stratégie actuellement.



Graphique 12. Répartition des patients perdus de vue contactés revenus dans les soins par réseau Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

Le graphique ci-dessus représente la répartition des perdus de vue contactés par appel et/ou par visite qui sont revenus à la clinique pour chaque réseau. UGP a été de loin le réseau avec le plus grand nombre de patients perdus de vue relancés (40%), puis s'ensuit le réseau GHESKIO (21%).

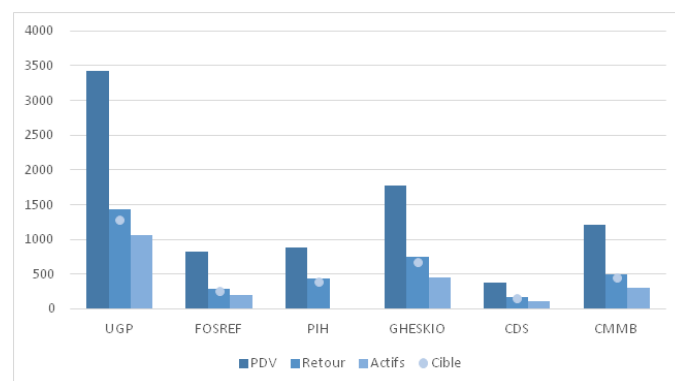
Parmi ces patients relancés, 3.574 (42%) ont été retrouvés et sont revenus en soins, les réseaux UGP et GHESKIO ont pu avoir ensemble 2.177 (61%) des patients revenus à la clinique après relance. En dépit des efforts consentis par les réseaux, ils n'ont pas pu atteindre la cible des 70% pour le retour à la clinique. Le réseau PIH a obtenu une performance de 50% de retour à la clinique.

La fréquence simple dans le tableau ci-dessous représente la performance du résultat atteint par chaque réseau par rapport à ses perdus de vue recherchés. Tandis que la fréquence relative est le rapport de la contribution de chaque réseau par rapport au total des perdus de vue revenus dans les soins.

Tableau 6. Répartition des PDV contactés et revenus par réseaux de soins Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

| Réseau de soins | PDV contactés | PDV revenus | Fréquence simple des PDV revenus | Fréquence relative des PDV revenus |
|-----------------|---------------|-------------|----------------------------------|------------------------------------|
| UGP             | 3423          | 1431        | 42%                              | 40%                                |
| FOSREF          | 820           | 291         | 35%                              | 8%                                 |
| PIH             | 879           | 443         | 50%                              | 12%                                |
| GHESKIO         | 1778          | 746         | 42%                              | 21%                                |
| CDS             | 381           | 165         | 43%                              | 5%                                 |
| CMMB            | 1211          | 498         | 41%                              | 14%                                |
| Total           | 8492          | 3574        |                                  | 100%                               |

L'un des objectifs majeurs de la relance est d'augmenter la file active des patients sachant que les perdus de vue devraient être inférieurs à 10%. L'équipe de soins (médecins, infirmières, travailleur social, agent communautaire) au niveau des PPS devra s'assurer d'avoir suffisamment compris la situation du patient revenu en soins après relance afin de pouvoir faire un counseling adapté et efficient. Car, au moins 90% des patients revenus en soins devraient rester actifs.



Graphique 13. Evolution des patients perdus de vue revenus en soins après relance. Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

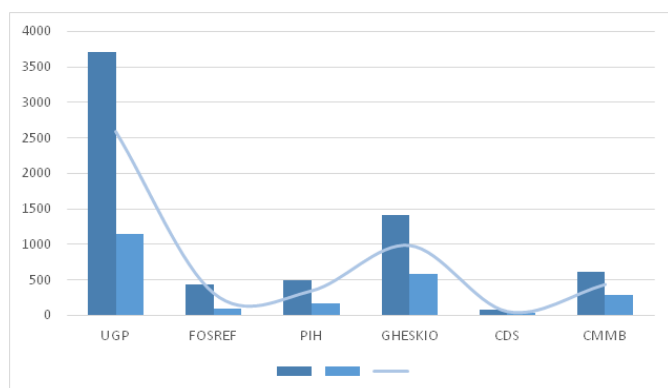
La figure ci-dessus montre l'évolution des perdus de vue relancés avec le temps. De 8.492 perdus relancés, 3.574 retours en soins (42%), 2.119 actifs (59%) après retour. Au niveau des réseaux, cette cascade est la même, sauf pour le réseau PIH où les patients actifs n'ont pas pu être mesurés, car la date de prochain rendez-vous des patients n'a pas été importée.

En ce qui a trait à leur performance, UGP a été mieux classée (74%) même s'il n'a pas pu atteindre la cible des 90%.



### 2.3.2 Mise en œuvre de PLR au deuxième semestre 2017

Au 2<sup>e</sup> semestre de l'année 2017, l'ensemble des patients contactés comme perdus de vue a été de 6.739 soit une diminution de 21% par rapport au semestre précédent.



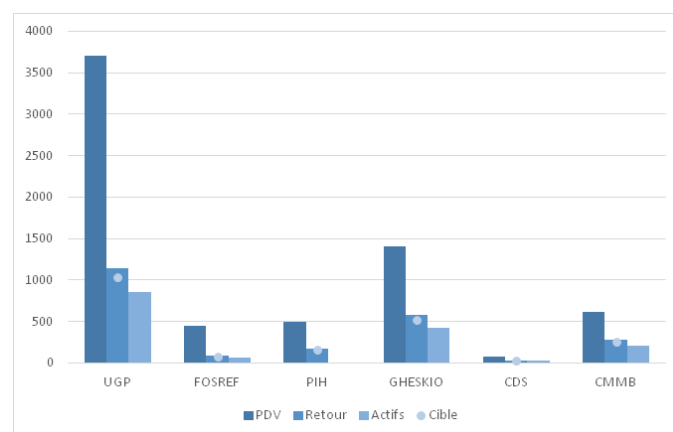
Graphique 14. Répartition des patients contactés perdus de vue revenus dans les soins par réseau de soins. Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017.

Au cours du 2<sup>e</sup> semestre, la performance des patients revenus en soins après relance avait diminuée de façon générale. Cette période a été surtout marquée par des grèves récurrentes de longue durée au niveau des institutions publiques en particulier les hôpitaux universitaires. Ainsi, la performance de l'UGP est passée de 42% au 1<sup>er</sup> semestre à 31% au 2<sup>e</sup> semestre, tandis que CDS et CMMB ont eu une amélioration de leur performance. Toutefois, UGP et GHESKIO ayant eu le plus grand nombre de patients relancés (5101/6739), ont aussi eu ensemble 75% des patients revenus en soins.

Tableau 7. Répartition des patients perdus de vue revenus à la clinique après relance, Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

| Réseau de soins | PDV contactés | PDV revenus | Fréquence simple des PDV revenus | Fréquence relative des PDV revenus |
|-----------------|---------------|-------------|----------------------------------|------------------------------------|
| UGP             | 3703          | 1148        | 31%                              | 50%                                |
| FOSREF          | 443           | 91          | 21%                              | 4%                                 |
| PIH             | 492           | 174         | 35%                              | 8%                                 |
| GHESKIO         | 1407          | 582         | 41%                              | 25%                                |
| CDS             | 74            | 34          | 46%                              | 1%                                 |
| CMMB            | 620           | 282         | 45%                              | 12%                                |
| Total           | 6739          | 2311        |                                  | 100%                               |

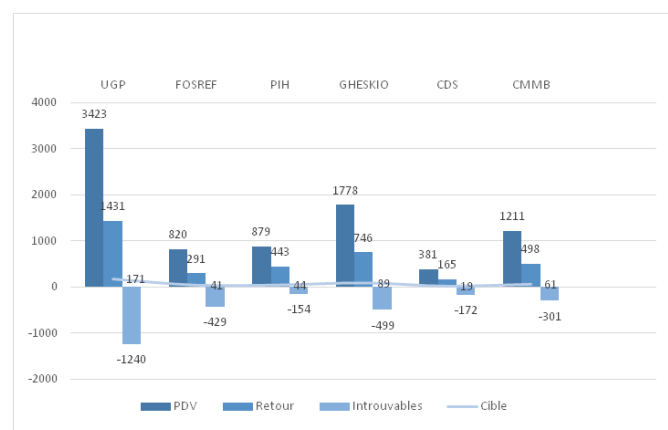
Le Graphique ci-dessous indique que la proportion de patients actifs après retour a augmenté (69%) comparativement à la période précédente (59%). Pratiquement, tous les réseaux se sont améliorés. Le réseau CDS a eu la meilleure performance pour cet indicateur (82%) bien qu'il soit de faible taille. L'UGP a eu une performance stationnaire (75% au 2<sup>e</sup> semestre pour 74% au 1<sup>er</sup> semestre).



Graphique 15. Evolution des patients perdus de vue revenus en soins après relance. Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

### 2.4 Regard approfondi sur les patients introuvables

La figure ci-dessous montre que beaucoup des réseaux n'ont pas pu retrouver tous les patients relancés. Les réseaux FOSREF (52%), CDS (46%) et l'UGP (36%) ont eu la plus grande proportion de patients introuvables par relance.



Graphique 16. Répartition des patients perdus de vue relancés non retrouvés par réseau, Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

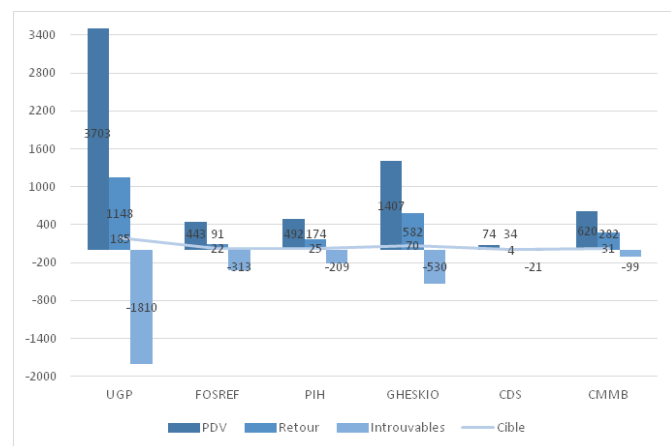
Tel que l'indique le tableau ci-dessous, les réseaux en rouge ont le taux le plus élevé de patients introuvables à partir de la relance communautaire. Ils dépassent largement la cible des 5%.



Tableau 8. Répartition des introuvables par réseau de soins. Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

| Réseau de soins | PDV  | Introuvables | Fréquence simple |
|-----------------|------|--------------|------------------|
| UGP             | 3423 | 1240         | 36%              |
| FOSREF          | 820  | 429          | 52%              |
| PIH             | 879  | 154          | 18%              |
| GHEKIO          | 1778 | 499          | 28%              |
| CDS             | 381  | 172          | 45%              |
| CMMB            | 1211 | 301          | 25%              |
| Total           | 8492 | 2795         | 33%              |

Au 2<sup>e</sup> semestre, la tendance des patients non retrouvés ne s'est pas améliorée (34% -Semestre 1 et 41% -Semestre 2). Toutefois, certains réseaux se sont améliorés CDS et CMMB sont passés respectivement de 45%, 25% à 28%, 16%.

Graphe 17. Répartition des patients perdus de vue relancés non retrouvés par réseau, Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

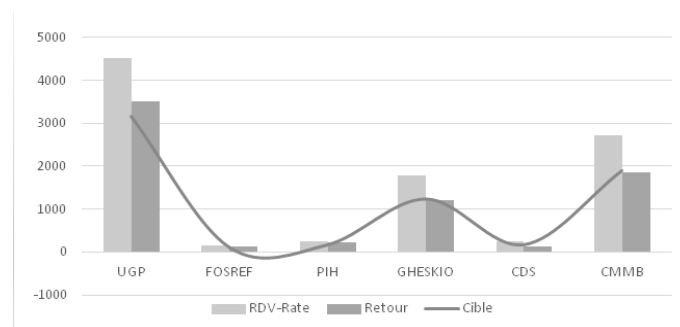
Les patients non retrouvés par les techniques de relance constituent un défi majeur pour le Programme. Même lorsque ces patients seraient revenus en soins de leur propre gré, s'ils ne sont pas identifiés à leur retour pour bénéficier d'un counseling et actualiser leurs informations démographiques en particulier leur numéro de téléphone et leur adresse domiciliaire plus tard, nous ne pourrions pas les retrouver s'ils ratent leur rendez-vous ou s'ils redeviennent perdus de vue. Il en est de même pour les patients actifs et les nouveaux enrôlés.

Tableau 9. Répartition des introuvables par réseau de soins. Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

| Réseau de soins | PDV  | Introuvables | Fréquence simple |
|-----------------|------|--------------|------------------|
| UGP             | 3703 | 1810         | 49%              |
| FOSREF          | 443  | 313          | 71%              |
| PIH             | 492  | 209          | 42%              |
| GHEKIO          | 1407 | 530          | 38%              |
| CDS             | 74   | 21           | 28%              |
| CMMB            | 620  | 99           | 16%              |
| Total           | 6739 | 2982         | 41%              |

## 2.5 Analyse de la performance du contact des patients ayant raté leur rendez-vous en 2017

Un autre groupe de patients a été contacté avant même qu'ils ne deviennent des perdus de vue : ce sont les patients qui ont raté leur rendez-vous. Au nombre de 9.672 au premier semestre, ils ont été contactés selon le même modèle par l'équipe communautaire (appel et /ou visite), et 7.037 (73%) sont revenus à la clinique.

Graphe 18. Répartition des patients contactés ayant raté leur rendez-vous revenus en soins par réseau. Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2019.

Au niveau des réseaux, Le nombre de patients ayant raté leur rendez-vous contactés (appel ou visite) a été plus élevé pour le réseau UGP (4530), puis s'ensuit le réseau CMMB (2718).

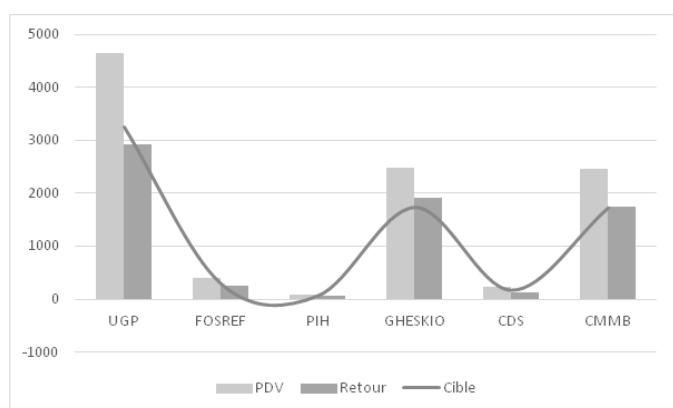
50% des patients contactés dans cette catégorie revenus à la clinique sont du réseau de l'UGP (3.504), voir tableau ci-dessous. Toutefois, les réseaux ont pu atteindre la cible de retour après contact (60%) à l'exception du réseau de CDS.



Tableau 10. Distribution des patients ayant raté leur rendez-vous revenus dans les soins après contact Haïti, 1<sup>er</sup> semestre 2017

| Réseaux de soins | RDV-Raté contactés | # Retour après contact | Fréquence simple - retour | Fréquence relative - retour |
|------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| UGP              | 4530               | 3504                   | 77%                       | 50%                         |
| FOSREF           | 160                | 133                    | 83%                       | 2%                          |
| PIH              | 243                | 231                    | 95%                       | 3%                          |
| GHESKIO          | 1775               | 1200                   | 68%                       | 17%                         |
| CDS              | 246                | 119                    | 48%                       | 2%                          |
| CMMB             | 2718               | 1850                   | 68%                       | 26%                         |
| <b>Total</b>     | <b>9672</b>        | <b>7037</b>            | <b>73%</b>                | <b>100%</b>                 |

La situation n'a pas été trop différente au cours du 2<sup>e</sup> semestre, 3 réseaux se sont distingués par le nombre de patients contactés pour avoir raté leur rendez-vous, tel que l'indique le graphe ci-dessous.

Graphe 19. Répartition des patients contactés ayant raté leur rendez-vous revenus en soins par réseau Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2019

Mais tous les réseaux ont pu atteindre la cible des 60% de retour à l'exception du réseau de CDS.

Tableau 11. Distribution des patients ayant raté leur rendez-vous revenus dans les soins après contact Haïti, 2<sup>e</sup> semestre 2017

| Réseaux de soins | RDV-Raté contactés | # Retour après contact | Fréquence simple - retour | Fréquence relative - retour |
|------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| UGP              | 4650               | 2918                   | 63%                       | 42%                         |
| FOSREF           | 403                | 260                    | 65%                       | 4%                          |
| PIH              | 77                 | 54                     | 70%                       | 1%                          |
| GHESKIO          | 2474               | 1910                   | 77%                       | 27%                         |
| CDS              | 230                | 121                    | 53%                       | 2%                          |
| CMMB             | 2463               | 1743                   | 71%                       | 25%                         |
| <b>Total</b>     | <b>10297</b>       | <b>7006</b>            | <b>68%</b>                | <b>100%</b>                 |

## 2.6 Conclusion

La relance des patients perdus de vue, la prise de contact pour ceux qui ont raté leur rendez-vous ne sont point des activités nouvelles, ni propres au PLR. Les outils développés par PLR ont été utiles pour nous avoir permis de mesurer l'impact des activités de recherche et de constater les faiblesses qui constituent un véritable défi pour le devenir du Programme VIH en Haïti.

Les équipes communautaires au niveau des différents réseaux ont fait beaucoup d'activités pour relancer les patients perdus de vue, toutefois les résultats obtenus au cours de l'année 2017 ne nous permettront pas d'atteindre la cible de rétention<sup>6</sup> en soins du PNMS fixée pour 2020, si nous continuons sur ce rythme. La proportion moyenne de patients relancés au niveau des réseaux non retrouvés au 1<sup>er</sup> semestre de 2017 par visite et ou par appel est passée de 34% (2.741) à 41% (2.982) au 2<sup>e</sup> semestre de 2017. Nous cherchons à comprendre pourquoi tous ces patients ne peuvent pas être retrouvés par les agents de terrain. Et que pourrions nous faire à présent pour inverser cette tendance. Car nous ne pourrions pas atteindre la cible en suppression virale<sup>7</sup> si nous n'arrivons pas à trouver ces patients pour les replacer sous traitement, ou s'ils ne reviennent pas de leur propre gré. Le retour automatique dans les soins est peu probable pour plus d'un. De ce fait, nos actions devront vraiment s'harmoniser avec cet objectif fort ambitieux.

Par ailleurs, les patients revenus à la clinique sont d'autant plus nombreux lorsqu'ils sont contactés après avoir raté un rendez-vous (73% - Semestre 1 ; 66% - Semestre 2), qu'après avoir été perdu de vue (42% - Semestre 1 ; 37% - Semestre 2). Nous n'avons donc aucun intérêt à attendre que les patients deviennent perdus de vue pour les relancer, les coordonnateurs de sites devront mobiliser leur équipe à contacter les patients par appel et/ou visite dès qu'ils ont raté leur rendez-vous afin de diminuer cette tendance à augmenter le nombre de patients perdus de vue qui par ricochet ne fait qu'augmenter le nombre de patients introuvables.

En dépit de la tendance migratoire très courante en Haïti, nous devons communiquer mieux avec les patients afin d'être informé le plus tôt que possible de leur déplacement en dehors du pays pour une durée relativement longue auquel cas ; la surveillance épidémiologique du VIH n'en serait pas affectée si le contact a été bien établi avec les patients et l'information enregistrée à temps.

<sup>6</sup> Objectif de rétention en soins à 90% d'ici 2020

<sup>7</sup> 90% des patients sous ARV avec une charge virale indétectable.



### 3. Le tableau de bord de la CT du PNLS, un outil d'aide à la décision

Jethro Guerrier et Jean Etienne Toussaint<sup>8</sup>

#### 3.1 Suivi programmatique et performance

Arriver à la fin de l'épidémie du VIH en Haïti d'ici 2030, voilà en gros, le principal objectif du Programme National de Lutte contre le Sida. Pour y réussir, un ensemble de jalons intermédiaires sont mis en place afin de parvenir au dénouement tant souhaité. D'où l'importance du suivi et de l'évaluation considéré comme une unité de mesure de la performance du programme. Nous disons performance ? Eh bien oui, car à ce moment crucial du programme et compte tenu de ses objectifs, il convient de faire de ce concept un des leviers servant à guider l'accélération de la riposte dans ce sprint final vers 2030.

Nous profitons pour faire le rappel de notre compréhension de la notion de performance. Nous pensons qu'elle est intimement liée à trois autres concepts<sup>9</sup> :

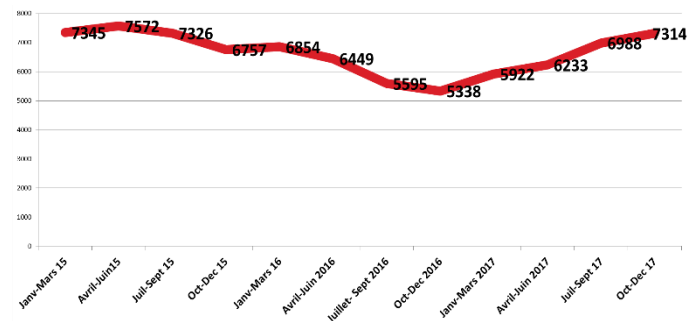
- Elle est **action**. Elle suppose la conjugaison d'un ensemble d'efforts pour atteindre un résultat. En d'autres termes, elle est un « processus » (Baird, 1986)<sup>10</sup>.
- Elle est **le résultat de l'action** dans le sens qu'elle est l'évidence de l'atteinte des résultats par rapport aux efforts déployés.
- La performance se rapporte **au succès** dans le sens qu'elle est dans une certaine mesure fonction des représentations de la réussite ; lorsqu'on tient compte des objectifs fixés, elle permet de porter à la fin un jugement.

En d'autres termes, la performance se traduit par une réalisation (résultat), elle s'apprécie par une comparaison et celle-ci traduit le succès de l'action.

Nous sommes très conscients qu'il n'est pas aisé d'aborder la notion de performance sans tenir compte des concepts d'efficacité que nous supposons être une obligation de résultat et d'efficience qui elle correspond à l'obligation de résultats par rapport aux contraintes de moyens. Cependant, pour cet article nous nous limiterons aux résultats d'octobre à décembre 2017 exposés dans le tableau de bord de la CT du PNLS pour suivre les tendances et présenter certaines analyses dans le but de continuer avec les améliorations nécessaires sans aborder les autres aspects aussi importants du management.

#### 3.2 Connaissance du statut sérologique

Selon les données du trimestre d'octobre à décembre 2017 postées sur MESI, le nombre de personnes VIH+ connaissant leur statut a augmenté passant de 6.988 au dernier trimestre à 7.314. Face à ce constat plusieurs considérations peuvent être faites, nous nous limiterons à deux hypothèses, une bonne et une moins bonne. D'abord la moins bonne qui insinue que la courbe de l'incidence n'a pas encore pris la tendance décroissante escomptée par le PNLS ce qui ne serait pas forcément intéressant dans le contexte actuel. La deuxième hypothèse est une bonne nouvelle quant à elle car elle suppose que le dépistage est orienté vraiment vers les poches de l'épidémie (dépistage ciblé) à travers entre autres, le dépistage parmi les populations clés, la recherche des cas contacts de patients index, le self testing ; en d'autres termes, le Programme s'évertue à trouver les PVVIH qui ne connaissent pas encore leur statut dans les coins et recoins des différentes communautés du pays pour leur prise en charge. Si nous tenons compte de cette hypothèse, le PNLS est sur la bonne voie.



Graphique 21. Evolution des cas VIH+ (HTS\_TST\_POS) connaissant leur statut Janvier 2015 à décembre 2017, MESI/PNLS

Le graphique ci-dessus montre une baisse progressive en 2015 et 2016 des cas VIH+ connaissant leur statut, l'atteinte d'un creux vers la fin de 2016 et une reprise intéressante en 2017 pour arriver à fin 2017 à une performance similaire à celle du début de 2016 où nous avons commencé à suivre l'évolution de cet indicateur sur le tableau de bord de la CT du PNLS.

#### 3.3 Enrôlement des patients sous thérapie antirétrovirale

Les données retrouvées sur MESI indiquent un rythme d'enrôlement complètement différent de celui de l'enregistrement des cas VIH+ connaissant leur statut pour la période considérée du graphique ci-dessus. Nous pensons que cet écart est dû en grande partie pour l'année 2015 par le fait que le principal critère d'éligibilité au TAR était un taux de CD4 inférieur ou égal à 500.

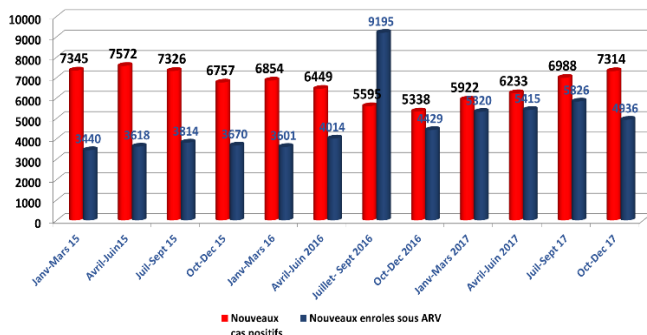
<sup>8</sup> Jethro Guerrier et Jean Etienne Toussaint travaillent au niveau de la CT du PNLS en tant que gestionnaires de données.

<sup>9</sup> MAADANI Martine et SAÏD Karim. *Management et Pilotage de la Performance*. Hachette. 75905 Paris Cédex 15. 2009, p.28

<sup>10</sup> Ibid



Nous constatons, au trimestre juillet – septembre 2016, un redressement spectaculaire de la situation d'enrôlement sous TAR où le nombre de nouveaux patients sous thérapie antirétrovirale a dépassé d'environ 60% le nombre de nouveaux cas VIH connaissant leur statut. Nous pensons que cette augmentation est due à la mise sous TAR des patients en pré ARV, car rappelons-nous que cette période a coïncidé au début de la mise en œuvre de la stratégie « dépister et traiter », suite à la publication d'une directive sur ce sujet émise par la direction générale du MSPP.



Graph 22. Comparaison de l'évolution des nouveaux cas VIH connaissant leur statut et des nouveaux enrôlés sous TAR, Janvier 2015 – décembre 2017, MESI/PNLS

Si pour les 5 trimestres d'avant juillet – septembre 2016, le ratio nouveaux cas VIH connaissant leur statut et nouveaux enrôlés sous TAR est de 3 nouveaux dépistés pour 2 enrôlés sous TAR (1,5 pour 1) ; il nous paraît que pour les 5 trimestres d'après cette période, ce ratio s'est amélioré se rapprochant un peu plus de la parité (1,2 pour 1), c'est à dire un dépisté pour un enrôlé.

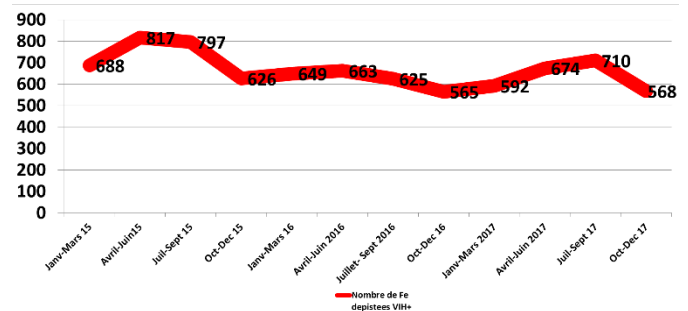
Même si nous admettons, dans le cadre de cette analyse, l'existence de doublons parmi les nouveaux cas VIH connaissant leur statut qui pourrait induire un certain biais, nous pensons que tous les acteurs de prise en charge devraient redoubler d'ardeur pour que tous les dépistés soient mis sous TAR dans les meilleurs délais. Nous leur recommandons, pour l'amélioration de la mise sous traitement de prendre appui sur la « prise en charge des contacts des patients index »<sup>11</sup>, de la relance communautaire<sup>12</sup> et de l'amélioration de la relation prestataire/patient visant à retenir les dépistés et les enrôlés dans le continuum de soins.



### 3.4 Prévention de la transmission mère-enfant

Nous référant au PSNM 2018 – 2023, la PTME est un des grands enjeux de la mise en œuvre de ce plan stratégique. Elle fera l'objet d'un suivi particulier dans les articles du bulletin de surveillance épidémiologique en Haïti analysant certains indicateurs dans ce domaine.

Au cours de la période janvier 2015 – décembre 2017, le nombre de femmes enceintes enregistrées dans les 180 PPS en VIH/sida semblent se maintenir au-dessus de la barre des 600 environ. Les trimestres octobre – décembre de la période considérée en général affichent une baisse d'activités, ce qui a été démontré dans d'autres numéros du bulletin.



Graph 23. Evolution du nombre de femmes enceintes VIH, Janvier 2015 – décembre 2017, MESI/PNLS.

Les femmes enceintes VIH nécessitent une prise en charge renforcée, tel que le recommande le manuel de « directives unifiées pour la prise en charge clinique, thérapeutique et prophylactique des personnes à risque et infectées par le VIH en Haïti » de novembre 2016. Les résultats de l'enquête sur les « déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes VIH positives sous traitement antirétroviral en Haïti »<sup>13</sup> de juin 2015 recommandent le renforcement des activités de santé de la reproduction au profit des femmes VIH positives, la promotion/intégration de l'utilisation des méthodes PF de longue durée pour réduire le nombre de grossesse non désirée et l'amélioration du counseling et l'éducation des femmes sous TAR dans la PTME.

Cette même enquête insiste sur la mise en place d'activités de suivi de la PF auprès des couples séropositifs, l'initiation de l'accompagnement des couples sérodiscordants dans leur choix de désir de grossesse pour réduire la transmission du VIH et cible également l'éducation à la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes garçons et des hommes dans le but de défier les normes traditionnelles de masculinité impactant négativement sur la communication entre les conjoints.

<sup>11</sup> Lire article 1 de ce numéro 17 pour comprendre les enjeux de la « prise en charge des contacts des patients index ».

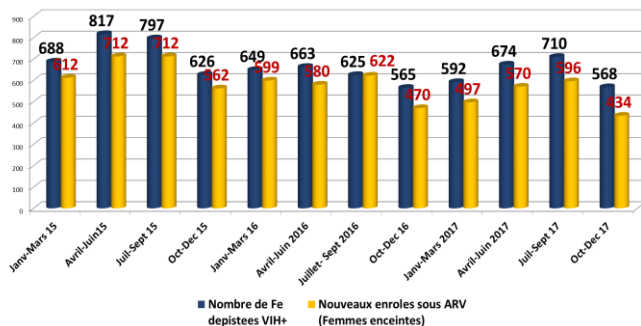
<sup>12</sup> Le bulletin 17 contient également un article de qualité sur la relance communautaire.

<sup>13</sup> Cette enquête a été financée par UNFPA Haïti sous le leadership et l'encadrement technique du PNLS et de la DSF.



### 3.5 Enrôlement des femmes enceintes sous TAR

Malgré l'adoption de l'option B+ depuis plus de cinq ans, le Programme peine encore à mettre toutes les femmes enceintes sous ARV chaque mois et chaque trimestre. Pour le trimestre Octobre-Décembre 2017, le taux d'enrôlement des femmes enceintes sous ARV est à 76% très loin des objectifs du ministère. Il convient une fois de plus de rappeler que le dépistage à temps et l'enrôlement sous TAR de femmes enceintes sont les deux premières étapes amenant vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Et dans cette même veine, il est de bon ton de garder à l'esprit que pour arriver à la fin de l'épidémie d'ici à 2030, le pays doit commencer par s'assurer que la courbe de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant tende vers zéro au moins d'ici à 2020.

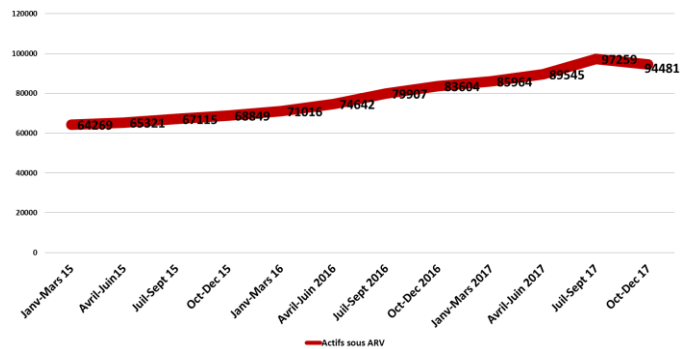
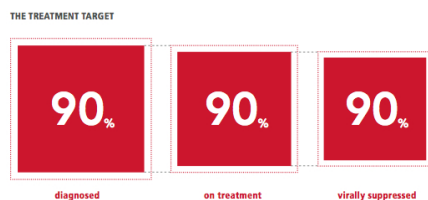


Graph 24. Comparaison de l'évolution du nombre de femmes enceintes dépistées VIH et femmes enceintes nouvellement enrôlées sous TAR, Janvier 2015 – décembre 2017 MESI/PNLS.

### 3.6 Patients actifs sous thérapie antirétrovirale

Nous pensons que l'un des moyens de mettre fin à l'épidémie de VIH est de s'assurer que 90% des PVVIH avec un statut connu soit mis et retenu sous traitement antirétroviral<sup>14</sup>. Comment est la situation pour le dernier trimestre, et de façon plus globale pour la période considérée au niveau du graphique ci-dessous ?

Les données disponibles sur la base nationale de rapportage VIH, MESI, montrent que le Programme National de Lutte contre le VIH a un gap à combler sur cet aspect. Car, même si la courbe des patients actifs sous TAR est croissante, le taux de patients sous traitement n'est qu'à 74,6% encore loin de la barre des 90% fixée par l'ONUSIDA.



Graph 25. Evolution du nombre de patients actifs sous TAR, Janvier 2015 – décembre 2017, MESI/PNLS

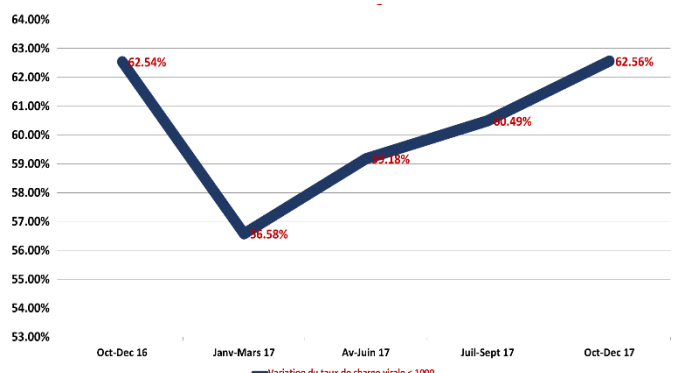
### 3.7 Suppression de la charge virale

La performance de la suppression de la charge virale a pour référence le dernier des trois 90 de l'ONUSIDA, à savoir : 90% des personnes sous TAR présentent une suppression de leur charge virale.

A ce niveau, nous pensons que tout un chantier est à ouvrir pour rapidement se rattraper par rapport aux enjeux du moment. Le taux national de suppression de la charge virale est de 62,5% quoique traduisant une légère amélioration par rapport au trimestre antérieur. Cependant, ce taux est à nuancer en tenant compte de plusieurs paramètres qu'il faudra considérer, dont deux sont présentés ici :

Le premier paramètre : L'année 2017 est considérée comme étant l'année 1 marquant le début de l'expansion des tests de charge virale au niveau national ;

Le deuxième est étroitement lié au premier : Le nombre de patients sous TAR à avoir bénéficié d'un examen de charge virale est relativement faible par rapport au nombre de patients actifs sous ARV car seulement 27.710 ont pu avoir leur test et résultat ce qui donne un faible taux de 29,3% des actifs sous TAR.



Graph 26. Performance de la charge virale, Octobre 2016 — décembre 2017 MESI/PNLS

<sup>14</sup> OMS, Les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à VIH dans le secteur de la Santé, Mai 2015, p.36.



### 3.8 Récapitulation

Ces indicateurs, présentés dans le tableau de bord de la CTPNLS, donnent une idée de la lutte contre le VIH en regard des trois 90 et aussi de relever, que grâce à ces données, les points sur lesquels nous pensons qu'il faut agir. Car, plus les trimestres passent, plus nous nous approchons vers les échéances fixées avec la responsabilité de rendre compte après évaluation.

Aussi, les tâches qui nous attendent sont multiples, car il serait judicieux de renforcer les stratégies pour identifier les PVVIH restant provenant des poches de l'épidémie et retrouver au moins 90% des PVVIH dont une importante partie ignore encore leur statut.

Nous pensons qu'il est crucial aussi de s'évertuer à couper la chaîne de transmission verticale du VIH en enrôlant toutes les femmes enceintes VIH+ et s'assurer de leur rétention et de celle des nouveaux nés jusqu'au sevrage au moins pour ceux-là dont le statut final serait négatif.

Avec un esprit créatif, il nous faut trouver les stratégies innovantes pour retenir les patients sous traitement et mesurer leur niveau d'adhérence régulièrement. Et, enfin il est important de collaborer à l'extension des examens de charge virale à tous les patients éligibles pour améliorer la prise en charge et définitivement baisser le risque de transmission horizontale du VIH. C'est notre challenge à tous car nous rêvons tous un monde sans SIDA, or pour parodier Walt Disney « *Si nous pouvons le rêver, nous pouvons le faire* ». Et sûrement un jour la postérité dira de nous « *Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait* ». (Mark Twain).



## 4. Financement du Programme de Lutte contre le VIH en Haïti : état des lieux et perspectives

Fleurimonde Charles Joseph, MD, MPH.

### 4.1 C'est quoi le REDES ?

Le rapport des « Ressources et Dépenses liées au VIH/sida (REDES) / National Aids Spending Assessment (NASA) » est par définition un descriptif du parcours des fonds alloués au VIH/sida de la Source de Financement (FS) à leur utilisation. Dans ce rapport est fait état de la répartition des fonds selon les six catégories recommandées par ONUSIDA : Sources de Financement (FS), Agents de Financement (FA), Prestataires (PS), Populations Bénéficiaires (BP), Interventions (ASC) et Facteurs de production (PF) ; il présente aussi une comparaison de ces fonds avec des indicateurs financiers et économiques ainsi qu'une analyse MOFF (Menaces, Opportunités, Forces et Faiblesses) de la situation.

### 4.2 Analyse des dépenses effectuées et projections 2017 - 2023

Dans le dernier REDES qui s'est intéressé aux dépenses de l'année 2016 comparées à celles de 2014 et de 2015, nous trouvons des informations qui indiquent qu'un montant de 110 600 638 USD avait été affecté au Programme de Lutte contre le VIH/sida en Haïti en 2016 par rapport à 137 722 259 USD en 2014 et à 127 773 951 USD en 2015. Le tableau ci-dessous donne la répartition de ces montants par Sources de Financement (FS).

Tableau 11. Répartition des dépenses liées au VIH/sida effectuées en Haïti par sources de financement de 2014 à 2016

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

Source : REDES 2016

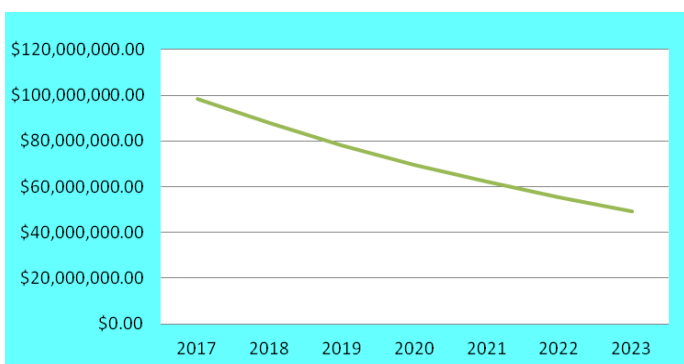
Les données de ce tableau démontrent que les fonds internationaux, tout en représentant plus de 95% des dépenses, ont été réduits de 20,62% entre 2014 et 2016. Les fonds publics ne couvraient que 3% des dépenses en 2016 bien qu'ayant connu une augmentation de l'ordre de 27,44% au cours des trois années considérées. La participation du secteur privé avait été nulle, même si une certaine prudence est recommandée dans l'utilisation de cette information à cause des limitations du recensement des partenaires du Programme National de Lutte contre le Sida.



Nous comprenons dès lors que, parmi les faiblesses identifiées dans l'analyse MOFF du REDES 2016, aient été mentionnés les pourcentages des fonds publics et privés et que la plus grande menace ait été la tendance à la baisse des fonds internationaux.

En comparant la part des dépenses assumée par le secteur international entre 2014 et 2016, nous trouvons une réduction moyenne annuelle de 10,84%.

Si nous partions de l'hypothèse que ce taux de réduction annuel moyen de la contribution internationale sera maintenu au cours des sept prochaines années (pour respecter la période couverte par le Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) 2018 – 2023 du PNLS), ceteris paribus sic stantibus, nous pourrions dégager des estimations de la valeur du financement international au VIH pour les sept ans à venir (2017 – 2023), et le profil des fonds internationaux se présenterait alors de la façon suggérée dans le graphique ci-dessous. Nous insistons que l'analyse parte d'un scénario catastrophique que l'aide externe au Programme irait en mode décroissant de 10,84%.



Graphique 27. Evolution de l'estimation de la contribution internationale au financement du Programme national de 2017 à 2023 en se basant uniquement sur un taux moyen de réduction de 10,84%

En soustrayant ces estimations indiquées dans le tableau 12 des prévisions budgétaires annuelles du Plan Stratégique National Multisectoriel, nous pouvons faire ressortir dans le tableau 13 le gap qui serait enregistré dans le programme pour les sept prochaines années en tenant compte uniquement des fonds internationaux.

Tableau 12. Estimation des fonds internationaux de 2017 à 2023 en appliquant un taux annuel moyen de réduction de 10,84%

| Dépense en 2016* | Années     |            |            |            |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
|                  | 2017       | 2018       | 2019       | 2020       |
| 110 600 638      | 98 611 529 | 87 922 039 | 78 174 490 | 69 700 375 |

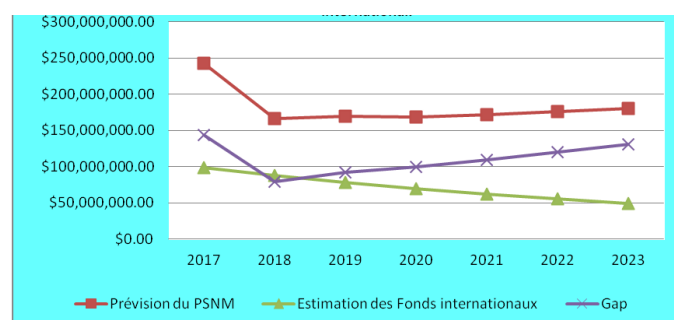
| Dépense en 2016* | Années     |            |            |
|------------------|------------|------------|------------|
|                  | 2021       | 2022       | 2023       |
| 110 600 638      | 62 144 854 | 55 408 352 | 49 402 087 |

Tableau 13. Estimation du gap en considérant uniquement les apports internationaux du financement de la lutte contre le VIH/sida en Haïti de 2017 à 2023

| Années             | Prévision du PSNM | Estimations des Fonds internationaux | Gap         | % du gap |
|--------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------|----------|
| 2017 <sup>15</sup> | 242 078 037       | 98 611 529                           | 143 466 508 | 59,26    |
| 2018               | 166 689 380       | 87 922 039                           | 78 767 341  | 47,25    |
| 2019               | 169 766 115       | 78 174 490                           | 91 591 625  | 53,95    |
| 2020               | 168 833 806       | 69 700 375                           | 99 133 431  | 58,72    |
| 2021               | 171 887 879       | 62 144 854                           | 109 743 025 | 63,85    |
| 2022               | 175 613 668       | 55 408 352                           | 120 205 316 | 68,45    |
| 2023               | 179 946 982       | 49 402 087                           | 130 544 895 | 72,55    |

Sources : PSNM 2014-2018, PSNM 2018-2023

Le tableau 13 et le graphique 27 montrent que si la tendance à la baisse des fonds internationaux se maintient avec le pourcentage de réduction annuel moyen enregistré entre 2014 et 2016, le gap dans le financement des activités de lutte contre le VIH/sida sera de plus en plus grand au fil des ans, atteignant jusqu'à 72,55% en 2023. A partir de ces estimations et en nous référant aux prévisions budgétaires du PSNM 2018 - 2023, nous pourrions prédire que les montants apportés par le secteur international permettraient de couvrir le coût de la thérapie antirétrovirale jusqu'en 2021. A noter que, en cette année, selon le PSNM, la thérapie antirétrovirale devrait revenir à 62 143 508 USD.



Sources : PSNM 2014-2018, PSNM 2018-2023

Graphique 28. Profil estimé du VIH/sida en Haïti de 2017 à 2023 en considérant uniquement le financement international

Il nous paraît évident que, dans un tel cas de figure, le Programme de Lutte contre le Sida ne pourrait mettre en œuvre les activités essentielles comme le dépistage des nouveaux cas, le suivi des cas sous traitement, la prise en charge communautaire, les activités visant les groupes cibles prioritaires (HARSAH, TS, jeunes, femmes enceintes, etc.), ni même continuer à assurer la prise en charge des patients sous ARV après 2021. La situation deviendrait alors plus qu'alarmante, car on perdrait le bénéfice de tous les acquis du programme et on assisterait à une recrudescence du VIH dans le pays.

<sup>15</sup> Le PNLS ayant un nouveau PSNM couvrant la période 2018-2023, le montant de 2017 peut ne pas refléter avec exactitude les besoins du programme vu que les populations cibles prioritaires aient été modifiées dans le nouveau document.



Dans le cadre de la « demande de continuation » présentée au FM en septembre 2017, l'Etat Haïtien s'était engagé à apporter, de 2018 à 2020, une contrepartie au financement du Programme VIH/sida comme aux deux autres programmes bénéficiant de l'appui du FM (Tuberculose et Malaria). Cette contribution était répartie en dépenses directes en VIH/sida, Tuberculose et Malaria et en dépenses liées au renforcement du système de santé imputables aux trois programmes. Cependant, ces engagements ayant été pris sur la base des dépenses rapportées dans le REDES 2014-2015, l'augmentation de la contribution de l'Etat en VIH/sida n'est pas consistante comparée aux fonds publics du REDES 2016. En effet, si nous attribuons le tiers des engagements pour le renforcement du système de santé au VIH, les montants engagés par l'Etat pour le Programme de Lutte contre le VIH n'atteindront pas 5 000 000 USD par an. Ils ne s'élèveront qu'à 4 125 262 USD en 2020, soit 2,44% du budget prévisionnel du PSNM. Nous pouvons donc en déduire que la contribution de l'Etat, telle que prévue dans la demande de continuation, servira à réduire d'environ 2% chaque année le gap qui serait créé par la diminution des fonds internationaux estimé au tableau 13.

**Tableau 14. Engagement de l'Etat Haïtien pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/sida de 2018 à 2023**

| Rubriques            | Montant en 2018 | Montant en 2019 | Montant en 2020 | TOTAL      |
|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------|
| Dépenses en VIH/sida | 3 029 809       | 3 245 834       | 3 343 209       | 9 618 850  |
| Dépenses en HSS      | 737 160         | 759 275         | 782 053         | 2 278 488  |
| Total                | 3 766 969       | 4 005 109       | 4 125 262       | 11 897 340 |

Source : CCM-Haïti. Tableau de cofinancement. Octobre 2017

La situation financière des autres programmes prioritaires de santé tels la Tuberculose, la Malaria et la vaccination, par exemple, n'est pas bien différente de celle du VIH. L'apport de l'Etat se limite au paiement des salaires d'une partie du personnel, à la valeur de l'espace occupé par les Programmes au sein des infrastructures publiques, à la couverture d'une partie des coûts de fonctionnement et à la mise en œuvre de quelques interventions visant le renforcement du système de santé. Les coûts liés aux services de soins et de traitement et ceux des interventions de prévention sont couverts par l'international. Alors, la réduction des fonds internationaux constitue plus qu'une menace ; c'est une épée de Damoclès suspendue sur les efforts à consentir pour répondre aux défis de toutes les pathologies dites de santé publique en Haïti.

Garantir l'accès à des soins de santé de qualité à sa population est une des obligations d'un Etat responsable. Rendre disponibles les soins pour la prise en charge d'une affection déclarée priorité de santé publique est un impératif.

Aussi, dans le cas où un tel cas de figure se présenterait, l'Etat Haïtien n'aurait d'autres choix que de contribuer dans le Programme de VIH/sida à la hauteur du manque à gagner. Mais, serait-il à sa portée de faire face à une telle obligation ?

Une brève analyse de quelques-uns des indicateurs financiers du rapport REDES 2016 présentés au Tableau 15 pourrait nous aider à répondre à la question.

**Tableau 15. Analyse des indicateurs financiers par rapport aux dépenses réalisées en VIH Haïti 2014 à 2016**

| Indicateurs                                                             | Valeurs       |               |               |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                                         | 2014          | 2015          | 2016          |
| Dépenses totales liées au VIH                                           | 137 722 259   | 127 773 951   | 110 600 638   |
| Dépenses du MSPP à partir des fonds du Trésor Public                    | 67 705 021    | 60 874 156    | 59 271 745    |
| Dépenses globales liées au VIH par rapport à celles du MSPP             | 203,41%       | 209,90%       | 186,60%       |
| Budget national                                                         | 2 569 955 586 | 2 247 978 067 | 1 891 600 765 |
| Dépenses liées au VIH par rapport au budget national                    | 5,36%         | 5,68%         | 5,85%         |
| Dépenses en VIH faites à partir des fonds du Trésor Public              | 2 662 292     | 2 664 832     | 3 392 830     |
| Pourcentage du budget national dépensé en VIH/sida par le Trésor Public | 0,10%         | 0,12%         | 0,18%         |

Source : REDES 2016

Nous pensons que les informations contenues dans le tableau 15 mettent en évidence que les dépenses en VIH/sida pour ces trois années ont représenté le double, ou presque, de celles du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) faites à partir des fonds du trésor public. Les fonds internationaux apportés rien qu'au Programme VIH/sida ont donc été le double de ce que l'Etat Haïtien a investi en santé pour toute la population. Il est aussi démontré que les dépenses en VIH de chacune des trois (3) années valaient moins de 6% du budget national alors que l'Etat Haïtien n'avait contribué en moyenne que 0,13% du budget national à ces dépenses.

### 4.3 Pistes de solutions

Au cas où le scénario ci-dessus décrit se confirmerait dans la glaise du réel, au grand dam des PPVIH, des mesures stratégiques compensatoires devraient être prises pour protéger les acquis et les transformer en investissements lesquels permettraient à Haïti de maintenir l'accélération de la riposte à l'épidémie de VIH.



Nos recommandations vont donc à la Coordination du Programme de Lutte contre le Sida car nous ne pouvons, en notre qualité de citoyenne, qu'inviter l'Etat Haïtien à prendre ses responsabilités face à l'épidémie du VIH et à toutes les autres pathologies de santé publique surtout après avoir raté l'ODM # 6 et pris l'engagement au sein de la communauté internationale d'atteindre l'ODD # 3. Nous suggérons à la coordination du Programme et à son entité de tutelle, l'UCP, de :

- Informer et responsabiliser les trois pouvoirs sur la situation financière des Programmes de santé publique en général et du VIH/sida en particulier.
- Faire le plaidoyer auprès des instances responsables de l'élaboration et de la validation du budget national afin qu'une enveloppe conséquente soit attribuée au PNLS.
- Faire un recensement exhaustif des partenaires privés du PNLS et découvrir leur apport réel au Programme.
- Sensibiliser la société civile afin que sa contribution au programme de Lutte contre le VIH/sida soit de plus en plus substantielle.
- Sensibiliser le secteur privé des affaires sur la situation du VIH en Haïti et sur la nécessité de s'y impliquer.
- Privilégier le financement des interventions susceptibles de produire le plus grand impact dans la lutte contre le VIH/sida en attendant que l'Etat Haïtien assume pleinement ses responsabilités et que le secteur privé contribue de manière significative dans la mise en œuvre des activités.
- Entreprendre, dans le cadre de l'approche multisectorielle prônée par le PNLS, le plaidoyer afin que chaque Ministère puisse assurer les interventions relevant de sa compétence (prise en charge des OEV par le Ministère des Affaires Sociales, sensibilisation des Jeunes par le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique, sensibilisation des femmes, prise en charge des violences sexistes et des TS par le Ministère à la Condition féminine et aux Droits de la Femme, etc.). Ainsi, la contribution de l'Etat augmenterait ce qui réduirait le gap et permettrait de dégager des fonds pour d'autres activités du Programme.

#### 4.4 Conclusion

La menace que constitue la tendance à la baisse des fonds internationaux dans les activités de lutte contre le VIH/sida est réelle et mérite d'être adressée. Elle est d'autant plus sérieuse que l'Etat Haïtien ne semble pas en mesure de compenser de sitôt le déficit qu'elle engendre dans le financement du Plan Stratégique National Multisectoriel.

D'ailleurs, les dépenses de l'Etat en santé pour toute la population haïtienne équivalent à la moitié des investissements de l'International dans ce Programme. Nous pensons donc que l'Etat Haïtien a pour devoir de mieux répartir le budget national et de se fixer de vraies priorités dans sa répartition.

Contribuer à la lutte contre le VIH/sida est une obligation morale et citoyenne du secteur privé. Quoique le risque soit élevé que sa contribution ait été mal évaluée dans le REDES 2016, ce secteur se doit de se montrer aussi présent dans le financement des interventions de lutte contre le VIH/sida qu'actif dans leur mise en œuvre.

Pour améliorer la contribution de l'Etat et du secteur privé en VIH, nous croyons que l'approche multisectorielle ne doit pas rester « lettre morte ». Elle doit être mise en valeur, effective ; et chaque entité étatique doit se faire responsable des activités relevant de sa compétence.

#### 4.5 Bibliographie

- Programme National de Lutte contre les IST-VIH/sida. Draft du rapport REDES 2016.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National Multisectoriel de Riposte au VIH. 2018 – 2023.
- Wayne W. DANIEL. Bioestadística. Base Para el Análisis de las Ciencias de la Salud. Editorial LIMUSA. México.1988.
- Abdeldjellil BEZZAOUCHA. Epidémiologie et Biostatistique à l'Usage des Etudiants en Sciences Médicales. Office des Publications Universitaires. Algérie. 2004.
- Jorge Daniel LEMUS CALDERÓN – Valentin ARAGÜES Y OROZ. Auditoría Médica y Profesional Integral. La calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Editorial Corpus. Argentina. 2006.
- Demande de continuation TB/VIH. CCM-Haïti. Tableau de cofinancement. Octobre 2017.



## Coup d'œil sur la 25<sup>e</sup> conférence internationale CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections)



La Coordination Technique du PNLS, avec l'appui financier de l'Université de Washington et des Center Disease Control and Prevention (CDC) a assisté et exposé une affiche sur **le Multi-Month Scripting (MMS) and Retention on HIV Antiretroviral Therapy in Haiti** à la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) à Boston du 4 au 7 mars 2018.

La 25e Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections a été inaugurée à **Hynes Convention Center**, Boston par Serena S. Spudich pour le comité de programme à l'intention des nouveaux chercheurs et stagiaires. La 25<sup>ème</sup> CROI a réuni 4075 participants de 78 pays. C'est un espace offert aux professeurs, chercheurs, en d'autres termes aux experts pour partager les résultats de leurs recherches. Au cours de cet événement, les Responsables également ont organisé le premier concours de sacs à dos CROI photos à travers le monde.

Un extrait des sujets les plus pertinents présentés en sessions plénières :

**Wafaa M. El-Sadr (ICAP à l'Université de Columbia, New York, CA, États-Unis)** a abordé l'évolution de l'épidémie mondiale de VIH et a mis en évidence les progrès remarquables en matière de prévention de l'infection à VIH. La diminution du risque de transmission, en particulier par les ARV et une augmentation de la couverture ARV, ainsi que la diminution du risque d'acquisition par prophylaxie topique ou systémique pré-exposition (PrEP) dépendent de la prise en compte du continuum de soins VIH au niveau populationnel. Lors de son discours, il a précisé qu'il est important également de se concentrer sur la prévention de précision (où ? Comment ? Quoi ?), puisque les informations que nous possédons doivent nous guider quant aux zones géographiques où nous devons concentrer nos interventions, quelle population spécifique devrions-nous cibler, quels modèles de prévention devons-nous adopter et quel type d'outils nous devons utiliser.

**Huldrych F. Günthard (Université de Zurich, Zurich, Suisse)** a décrit les progrès dans la guérison du VIH.

**Julie M. Overbaugh (Centre de recherche sur le cancer Fred Hutchinson, Seattle, WA, États-Unis)**, récipiendaire du prix Bernard Fields, a parlé du potentiel des collaborations internationales pour la prévention du VIH, particulièrement en ce qui concerne la transmission mère-enfant. L'essai d'allaitement de Nairobi était un essai clinique randomisé démontrant que l'allaitement double le risque d'infection infantile, que les nourrissons ont de mauvais résultats s'ils contractent le VIH tôt dans la vie, ainsi que des corrélats cliniques et viraux du risque d'infection infantile. La TME offre également l'opportunité d'étudier les anticorps passifs et leur impact sur l'infection et la maladie.

Harold W. Jaffe des CDC (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, Atlanta, GA, États-Unis) a fait un survol des premiers jours du sida lors de la session plénière de lundi. Les leçons tirées de cette épidémie ont mieux préparé le monde à réagir aux menaces émergentes de maladies infectieuses. La détection des maladies est facilitée par l'application de nouveaux outils d'analyse des données aux dossiers de santé électroniques et aux données sur les médias sociaux, et de nouvelles techniques génétiques nous aident à mieux comprendre la propagation des maladies infectieuses. Pourtant, le comportement humain est difficile à changer et mettre fin à l'épidémie de sida qui est une menace pour la santé publique sera difficile.

**JoAnna L. Flynn (Université de Pittsburgh, Pittsburgh, PA, États-Unis)** a parlé de la pathogenèse de la tuberculose qui reste un problème de santé majeur dans le monde entier. Plus de 2 milliards de personnes, représentant environ le quart de la population mondiale, sont infectées par la tuberculose. Selon les statistiques, on enregistre 9 millions de nouveaux cas et 1,5 million de décès par an dont 24000 nouveaux cas sont enregistrés, 4000 décès et 8000 occasions ratées chaque jour. Les problèmes actuels comprennent des diagnostics dépassés, un traitement médicamenteux prolongé, une résistance aux médicaments, une faible efficacité du vaccin et un accès médiocre aux soins de santé. D'autre part, l'infection primaire fournit une protection beaucoup plus robuste (granulomes moins nombreux et plus petits, tuant plus efficacement *M. tuberculosis*) que la vaccination renforcée par le BCG. Les nouveaux vaccins peuvent avoir besoin d'imiter la tuberculose pour être protecteurs (les vaccins à base de CMV semblent prometteurs). Le vaccin curatif contre la tuberculose est le BCG, utilisé depuis les années 1920 et assure une protection de 0-80% contre la maladie. Dans la plupart des pays, les nouveau-nés sont vaccinés. La grande majorité des personnes atteintes de TB ont été vaccinées par le BCG à la naissance.

Selon l'agenda, après les sessions plénières survinrent les présentations orales (abstracts) relatives aux différentes thématiques cliniques ou épidémiologiques comme *Surveillance and Epidemiology : New Approaches ; ART : New data and New insights etc.* Puis la session présentation des affiches (Poster) selon la thématique : Basic Science, Clinical and Epidemiology/Public Health.

**Nichole Klatt (Université de Washington, Seattle, WA, États-Unis)** a été le premier orateur de la session plénière de mardi décrivant comment la dysbiose microbienne peut être associée à de nombreuses maladies.

L'auteure a également mis en relief l'efficacité de la PrEP et les résultats variables chez les femmes attribués à l'observance peuvent également avoir des explications biologiques, notamment le métabolisme direct de la PrEP (TFV-DP, dapivirine) par des bactéries dysbiotiques et une infection accrue par le VIH en présence de bactéries dysbiotiques.



En revanche, les bactéries ne métabolisent pas le ténofovir alafénamide (TAF), ce qui est un résultat très prometteur pour une PrEP plus efficace.

**Robert H. Remien** (Centre VIH pour les études cliniques et comportementales, NYS Psychiatric Institute et Columbia University, New York, NY, États-Unis) a traité la santé mentale comme un élément crucial pour mettre fin à l'épidémie de VIH. Les problèmes de santé mentale, y compris la toxicomanie, constituent l'un des principaux domaines de comorbidité pour les personnes vivant avec le VIH / SIDA dans le monde et sont plus répandus parmi les PVVIH (environ 50%) que dans la population générale. Les effets du VIH sur le cerveau contribuent aux troubles neurocognitifs et perturbent la régulation des affects chez les PVVIH, et la réponse inflammatoire chronique à l'infection par le VIH est supposée contribuer à des taux élevés de problèmes de santé mentale chez les PVVIH. Il a été démontré qu'une gamme d'interventions psychologiques améliore la santé mentale des PVVIH, notamment en réduisant la dépression et l'anxiété et en améliorant la qualité de vie et le bien-être psychologique. En outre, le traitement des troubles mentaux et des interventions comportementales (c'est-à-dire, l'observance) a un effet additif, affectant positivement les résultats de santé du VIH tout au long du continuum de prévention et de traitement du VIH. Nous ne serons pas en mesure d'atteindre les objectifs de « fin de l'épidémie » si nous n'abordons pas les comorbidités de santé mentale parmi nos populations les plus vulnérables.

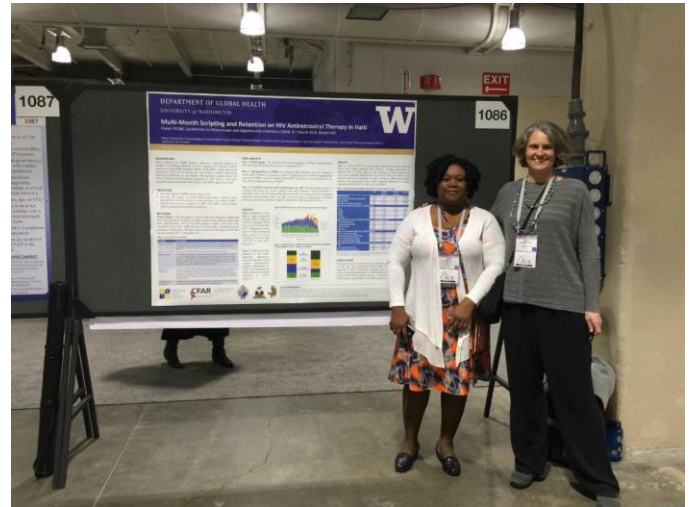
Après la session plénière du deuxième jour, les participants qui ont opté pour les études épidémiologiques / Santé Publique ont été gratifiés de 8 présentations les unes aussi intéressantes que les autres autour de la thématique : **90-90-90 : Progrès, Challenges and new tools.**

Dans l'après-midi, l'affiche de l'étude réalisée par l'université de Washington avec l'appui technique du PNLS était affichée parmi les autres dont celle d'une équipe de Cornell et des Centres GHESKIO sur la relation nourriture et rétention sous TAR : « **Can food help retention in HIV care : A cohort study of adults initiating ART in Haiti** ».

L'affiche portait sur le « **Scripting et rétention multi-mois sur la thérapie antirétrovirale VIH en Haïti** » et reflétait la collaboration entre I-TECH et le MSPP pour analyser les politiques nationales en utilisant les données iSanté de 85 cliniques de TAR. Ils ont examiné l'initiative de script de plusieurs mois dirigée par le MSPP, également connue sous le nom de « MMS », pour prescrire des intervalles plus longs de TAR aux patients stables.

L'objectif de l'approche MMS est d'améliorer la rétention des patients sous traitement antirétroviral en réduisant le fardeau imposé aux patients qui se présentent à la clinique pour des prises mensuelles d'ARV. « L'analyse a montré l'adoption impressionnante de MMS dans tous les établissements de santé, suggérant que les intervalles plus longs sont bien accueillis par les fournisseurs et les patients.

Les patients ayant reçu un traitement antirétroviral pendant deux mois ou plus avaient 18% plus de chance d'être retenus, après ajustement pour divers facteurs liés au patient et à l'établissement, comparativement aux patients sous TAR mensuels. C'est un résultat prometteur en termes d'objectifs de l'approche MMS ».



Mme Rose Dyna Georgie A. Boulay et la chercheure Nancy Puttkammer prenant une photo à côté du poster. Mme Puttkammer est le représentant de ITECH qui est le concepteur et le chercheur principal de ce projet d'études sur le MMS. C'est elle qui a facilité techniquement et également financièrement la participation du PNLS à cette importante conférence scientifique.

Le PNLS fut très heureux d'avoir pu utiliser le système de données iSanté pour mesurer les progrès de notre riposte nationale au VIH / SIDA et partager ses résultats avec un auditoire international de la CROI. Ce fût une bonne expérience."

Le dernier jour soit le mercredi 7 mars 2018, **Patricia M. Flynn** (Hôpital de recherche pour enfants St. Jude, Memphis, TN, États-Unis) a ouvert la séance plénière et a fait un survol exceptionnel autour du thème "Grandir avec le VIH". Selon l'Organisation mondiale de la santé, plus de 4 millions d'enfants ont été infectés par le VIH et environ 1,9 million d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes survivent à une infection périnatale, en particulier en Afrique subsaharienne. Sans traitement efficace, on s'attendait à des taux de mortalité de 50% au cours des deux premières années de vie. La disponibilité d'un traitement antirétroviral sûr et efficace a diminué les infections périnatales par le VIH et a permis de réduire les taux de sida et de décès, de supprimer le virus et d'améliorer la fonction immunitaire au fil du temps.

Cependant, les effets à long terme de l'infection par le VIH et de son traitement ont un impact significatif sur le vieillissement des adolescents et des jeunes adultes vivant avec une infection périnatale par le VIH. Bon nombre des complications de l'infection à VIH à long terme observées chez les adultes sont également présentes chez les adolescents et les jeunes adultes vivant avec une infection périnatale au VIH, y compris les maladies rénales et métaboliques et la perte osseuse.



Les complications uniques dans cette population comprennent un retard de croissance, un début de puberté retardé et des changements de développement, y compris le développement neurologique, ainsi que des troubles psychiatriques et comportementaux (y compris le comportement sexuel). Les comportements à risque, fréquents chez les adolescents normaux, peuvent également être accentués par des difficultés cognitives entraînant un risque accru de transmission du VIH aux partenaires sexuels et de grossesses non planifiées avec un potentiel de transmission périnatale du VIH.

Environ 1100 nouvelles études ont été sélectionnées pour la conférence cette année. La recherche sur le remède a été un thème principal, avec de nombreuses présentations sur les approches pour définir et déplacer le réservoir de cellules CD4 infectées de manière latente... Parmi les autres thèmes majeurs figuraient de nouveaux et meilleurs traitements (y compris l'accès mondial), la prévention du VIH (y compris la PrEP) et d'importantes études sur la prise en charge des co-infections et des complications (études importantes sur la tuberculose).

Pendant les trois journées et demie, les chercheurs ont été enthousiastes à partager à un large public de connaisseurs et curieux qui n'ont pas manqué de manifester un intérêt particulier pour les résultats des différentes recherches présentées et affichées à la conférence. La participation des cadres de la Coordination à ces types d'évènement doit être une nécessité dans une perspective d'échanges et d'amélioration des connaissances en matière de nouvelles avancées dans les domaines de prévention et de traitement du 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



## Le sida en chiffres (Haïti 2017)

|                                                                                                                              |         |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|
| Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH                                                                                | 147 000 | [135 000 | 165 000] |
| Nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH                                                                                   | 7 000   | [6 000   | 8 000]   |
| Nombre estimé de Nouvelles infections                                                                                        | 7 000   | [6 500   | 8 500]   |
| Incidence estimée du VIH (pour 1 000)                                                                                        | 0,66    | [0,55    | 0,85]    |
| Nombre estimé de décès du au sida                                                                                            | 4 000   | [3 000   | 5 000]   |
| Taux de mortalité générale du au sida estimé (pour 100,000 pers)                                                             | 35      | [26      | 47]      |
| Couverture estimée du traitement ARV des adultes (en %)                                                                      | 65      | [55      | 75]      |
| Couverture estimée du traitement ARV des femmes >15 ans                                                                      | 69      | [59      | 80]      |
| Couverture estimée du traitement ARV des enfants                                                                             | 57      | [47      | 71]      |
| Couverture estimée du traitement ARV des Femmes enceintes                                                                    | 81      | [61      | 99]      |
| Prévalence estimée du VIH chez les adultes 15-49 ans (en%)                                                                   | 1,9     | [1,8     | 2,0]     |
| 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 31 décembre 2017                                                                     | 94 400  |          |          |

**Source : MSPP-PNLS, Révision des Estimations-Projections de 2017 / [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht) / PSI-OHMaSS**

Pour tous commentaires ou suggestions prière de contacter le service Suivi/Evaluation de la CT/PNLS à l'adresse email suivante : [suivievaluation\\_ucp@yahoo.fr](mailto:suivievaluation_ucp@yahoo.fr)

