



**Ministère  
Santé Publique  
et de la Population**

# BULLETIN DE SURVEILLANCE

Epidémiologique VIH/Sida

N°19



PNLS

## EDITORIAL

Il y a plus de 35 ans, une maladie encore inconnue faisait son apparition au sein de nos communautés amenant avec elle une sentence de mort inévitable. Rapidement, comme une trainée de poudre, elle s'est transformée en une épidémie qui a touchée plusieurs milliers de nos concitoyens et est restée avec nous depuis. Cette pathologie causée par un virus qui circule dans le sang et attaque les cellules de protection immunitaire des personnes atteintes est capable de passer d'une personne à une autre par contact accidentel de sang infecté, le plus souvent lors de contacts sexuels, d'échanges d'aiguilles contaminées entre drogués ainsi que lors d'accident transfusionnelles. Dès lors le pays n'a eu aucun répit et a dû s'atteler à donner une réponse efficace à ce fléau.

Dans l'éditorial de ce numéro du bulletin de surveillance épidémiologique publié à l'occasion de la JMS 2018, il est de bonne guerre de se rappeler en peu de phrases la situation actuelle de l'épidémie de VIH en Haïti. La dernière enquête sur la Morbidité et Mortalité et l'Utilisation des Services de Santé de 2016-2017 (EMMUS VI) faite à travers les 10 départements du pays en interrogeant 13.546 ménages incluant des hommes et des femmes âgés de 15 à 64 ans pour un total de 67.730 personnes, a révélé que 2% des hommes et femmes de 15 à 49 ans sont séropositifs. La prévalence est plus élevée chez les femmes 2,3% que chez les hommes 1,6% ; la prévalence est aussi plus élevée chez les femmes veuves 14,1% et parmi celles qui sont séparées ou divorcées 6,8%. Il faut aussi noter que 1% des jeunes de 15-24 ans sont séropositifs. Toutefois, il nous faut mentionner, qu' alors que 85% des personnes (hommes et femmes) interrogées ont

une bonne connaissance de la maladie et de ce qu'il faut faire pour éviter d'être infecté, seulement 28% des femmes et 12% des hommes ont effectué un test de dépistage au cours de la période 2016-2017.

La Riposte nationale a accompli d'énormes progrès, mais nous sommes toujours exposés à de grands défis parmi lesquels nous retrouvons : Le dépistage. Le thème de la Journée Mondiale du SIDA, ce 1er décembre 2018, recommande que toute personne sexuellement active « Connaisse son Statut », en allant se faire tester pour dépister la présence ou non du VIH dans leur sang ; car la science médicale dans le domaine du VIH/sida, au cours de ces dernières années, a fait des avancées extraordinaires dans la compréhension des caractéristiques et comportements du VIH dans le sang humain et a démontré que l'élimination de la maladie comme épidémie d'ici à 2030 est possible. En effet, contrairement aux médicaments antérieurs qui devaient être pris en quantité et qui génèrent beaucoup d'effets secondaires, les médicaments actuels sont très efficaces beaucoup plus tolérables et se présente sous la forme d'un seul comprimé avec des effets secondaires très amoindris. Ils arrivent à contrôler grandement les effets nocifs et transmissibles du virus, permettant ainsi aux personnes vivant avec le VIH qui respectent les recommandations de leurs médecins et prennent leurs médicaments comme prescrit, non seulement d'échapper à une mort certaine mais surtout de mener une vie normale sans inquiétude. Un autre acquis important est la réduction de la transmissibilité ce qui rend la personne atteinte moins infectante et la personne exposée moins à risque.

>> suite page 5

## Table des matières

|                                                                                                                                                                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Liste des abréviations &amp; acronymes.....</b>                                                                                                                                                              | <b>4</b>  |
| <b>1. Prise en charge des contacts de patients index : une stratégie prometteuse en Haïti.....</b>                                                                                                              | <b>5</b>  |
| 1.1 Fondamentaux de la prise en charge des contacts des patients index .....                                                                                                                                    | 5         |
| 1.2 Bref rappel du début de la mise en œuvre de la stratégie PCPI en Haïti .....                                                                                                                                | 5         |
| 1.3 Analyse des résultats obtenus de PCPI d'octobre 2017 à septembre 2018 .....                                                                                                                                 | 6         |
| 1.4 Conclusion .....                                                                                                                                                                                            | 7         |
| <b>2. La relance communautaire des patients sous thérapie antirétrovirale : solution ou défi à relever.....</b>                                                                                                 | <b>8</b>  |
| 2.1 Introduction.....                                                                                                                                                                                           | 8         |
| 2.2 Collecte et outil d'analyse des données de la relance.....                                                                                                                                                  | 8         |
| 2.3 Résultats de la relance communautaire de janvier à septembre 2018 .....                                                                                                                                     | 9         |
| 2.4 Discussions sur les facteurs influençant la performance de la relance communautaire .....                                                                                                                   | 10        |
| 2.5 Conclusion et perspectives.....                                                                                                                                                                             | 11        |
| 2.6 Références.....                                                                                                                                                                                             | 12        |
| <b>3. Implication des partenaires des femmes enceintes dans les services de PTME des établissements de santé de Dumarsais Estimé de Verrettes et de SSPE de Saint-Marc : une étude transversale mixte .....</b> | <b>12</b> |
| 3.1 Résumé.....                                                                                                                                                                                                 | 12        |
| 3.2 Introduction.....                                                                                                                                                                                           | 13        |
| 3.3 Méthodologie .....                                                                                                                                                                                          | 14        |
| 3.3.1 Cadre et type d'étude .....                                                                                                                                                                               | 14        |
| 3.3.2 Type d'étude .....                                                                                                                                                                                        | 14        |
| 3.3.3 Population à l'étude et échantillonnage .....                                                                                                                                                             | 14        |
| 3.3.4 Définition de l'implication des hommes dans la PTME .....                                                                                                                                                 | 14        |
| 3.3.5 Collecte de données.....                                                                                                                                                                                  | 14        |
| 3.3.6 Analyse des données.....                                                                                                                                                                                  | 15        |
| 3.3.7 Considérations éthiques .....                                                                                                                                                                             | 15        |
| 3.4 Principaux Résultats .....                                                                                                                                                                                  | 15        |
| 3.4.1 Résultats quantitatifs .....                                                                                                                                                                              | 15        |
| 3.4.2 Principaux résultats qualitatifs.....                                                                                                                                                                     | 15        |
| 3.4.3 Pistes de solution pour promouvoir l'implication des hommes .....                                                                                                                                         | 16        |
| 3.5 Discussion .....                                                                                                                                                                                            | 16        |
| 3.6 Forces et limites de l'étude .....                                                                                                                                                                          | 17        |
| 3.7 Conclusion .....                                                                                                                                                                                            | 17        |
| 3.8 Tableaux illustratifs .....                                                                                                                                                                                 | 18        |
| 3.9 Références bibliographiques .....                                                                                                                                                                           | 19        |
| <b>4. Vérification à distance des données VIH/sida en Haïti.....</b>                                                                                                                                            | <b>20</b> |
| 4.1 Mise en contexte .....                                                                                                                                                                                      | 20        |
| 4.2 Justification de la vérification de données au niveau du PNLS .....                                                                                                                                         | 20        |
| 4.3 Processus de vérification de données à distance .....                                                                                                                                                       | 21        |
| 4.3.1 Onglets utilisés dans le processus de vérification à distance.....                                                                                                                                        | 21        |
| 4.3.2 Première étape de la vérification à distance sur MESI : connaissance du tableau de monitoring .....                                                                                                       | 21        |



|                                                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3.3 Deuxième étape de la vérification à distance sur MESI : analyse de la cohérence des indicateurs dans le tableau rapports et analyses..... | 22        |
| 4.3.4 Troisième étape de la vérification à distance sur MESI : vérification du formulaire de rapport .....                                      | 23        |
| 4.3.5 Quatrième et dernière étape de la vérification à distance : partage des investigations avec les sites et autres partenaires.....          | 24        |
| 4.4 Recommandations générales .....                                                                                                             | 24        |
| 4.5 Conclusion .....                                                                                                                            | 24        |
| <b>5. Catholic Medical Mission Board un fleuron de la lutte contre le VIH en Haïti .....</b>                                                    | <b>25</b> |
| 5.1 Transformation d'un choc émotionnel en un mouvement de solidarité .....                                                                     | 25        |
| 5.2 Interventions et aire de desserte de CMMB .....                                                                                             | 25        |
| 5.3 Projets de CMMB dans la lutte contre le VIH en Haïti.....                                                                                   | 25        |
| 5.4 Stratégies mises en œuvre par CMMB dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti .....                                                          | 26        |
| 5.5 Principaux résultats obtenus par CMMB dans la lutte contre le VIH en Haïti.....                                                             | 27        |
| 5.6 Eléments clés du système d'informations de CMMB en VIH/sida .....                                                                           | 27        |
| 5.7 Meilleures pratiques au sein du réseau CMMB en VIH/sida .....                                                                               | 27        |
| 5.8 CMMB toujours plus haut toujours plus loin .....                                                                                            | 28        |
| <b>6. Portrait d'un employé-modèle en gestion de données VIH/sida de l'année 2018 .....</b>                                                     | <b>29</b> |
| 6.1 La gratitude est la clé du bonheur .....                                                                                                    | 29        |
| 6.2 Parcours de Mme Blaise Victorin Régine Pierrot.....                                                                                         | 30        |
| 6.3 Description d'une journée de travail de Mme Pierrot .....                                                                                   | 30        |
| 6.4 Réactions de certains lecteurs du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti .....                                            | 30        |
| 6.5 Continuez à maintenir le sourire .....                                                                                                      | 31        |
| <b>7. Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation ou le mérite de l'adaptation au changement.....</b>                    | <b>31</b> |
| 7.1 Potentiel d'adaptation du sous système national d'information en VIH/sida en direction de 2030 .....                                        | 31        |
| 7.2 Bref rappel de la méthodologie.....                                                                                                         | 31        |
| 7.3 Situation géographique du PPSESE 2018.....                                                                                                  | 32        |
| 7.4 Désignation du PPSESE 2018 .....                                                                                                            | 32        |
| 7.5 Présentation du staff de la Klinik Pèp Bondye.....                                                                                          | 33        |
| 7.6 Présentation du personnel clé en Suivi et Evaluation .....                                                                                  | 33        |
| 7.7 Processus de relance des perdus de vue à Klinik Pèp Bondye .....                                                                            | 33        |
| 7.8 Contrôle de l'identification biométrique des patients .....                                                                                 | 34        |
| 7.9 Performance satisfaisante sur la qualité des données .....                                                                                  | 34        |
| 7.10 Gestion de la qualité à Klinik Pèp Bondye (HEALTHQUAL).....                                                                                | 34        |
| 7.11 Conclusion .....                                                                                                                           | 34        |
| <b>Coin des nouvelles .....</b>                                                                                                                 | <b>35</b> |
| <b>Le sida en chiffres (Haïti 2018) .....</b>                                                                                                   | <b>37</b> |



## Liste des abréviations & acronymes

|         |                                                                                  |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| ARV     | Antirétroviral                                                                   |
| ASCP    | Agents de Santé Communautaire Polyvalents                                        |
| CDC     | Center for Disease Control and Prevention                                        |
| CDS     | Centre pour le Développement et la Santé                                         |
| CMMB    | Catholic Medical Mission Board                                                   |
| CPN     | Clinique Pré Natale                                                              |
| DAC     | Distribution ARV Communautaire                                                   |
| FOSREF  | Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille                      |
| GHESKIO | Groupe Haïtien d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes |
| HBJS    | Hôpital Bishop Joseph Sullivan                                                   |
| MESI    | Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée                                   |
| MMS     | Multi Month Scripting                                                            |
| MSPP    | Ministère de la Santé Publique et de la Population                               |
| PCPI    | Prise en Charge des Contacts des Patients Index                                  |
| PDP     | Programme Dispensation ARV Prolongé                                              |
| PDV     | Perdus de Vue                                                                    |
| PEPFAR  | President Emergency Plan for AIDS Relief                                         |
| PIH     | Partner In Health                                                                |
| PNLS    | Programme National de Lutte contre le Sida                                       |
| PPS     | Point de Prestation de Service                                                   |
| PTME    | Prévention Transmission Mère Enfant                                              |
| PVVIH   | Personne Vivant avec le VIH                                                      |
| SIDA    | Syndrome d'Immunodépression Acquise                                              |
| SSPE    | Service de Santé de Premier Echelon                                              |
| TAR     | Traitement Antirétroviral                                                        |
| TME     | Transmission Mère Enfant                                                         |
| UAS     | Unité d'Arrondissement de Santé                                                  |
| UGP     | Unité de Gestion de Projet                                                       |
| VIH     | Virus de l'Immunodépression Humaine                                              |



## Editorial(suite)

Les bénéfices de « **connaître son statut sérologique** » pour toutes les personnes sexuellement actives sont incalculables tant pour la personne dépistée que pour ses « êtres chers », ses proches intimes, les membres de sa famille et enfin pour la société en générale. Ils favorisent des prises de décision éclairée sur les planifications de vie, les agendas des couples, les engagements sur bon nombre de choix ; instaurent/solidifient de meilleures relations et permettent de regarder l'avenir avec beaucoup plus de sérénité.

L'une des stratégies clés du PNLS pour l'accroissement du traitement et l'atteinte des trois 95 est la prise en charge des contacts des patients index. Actuellement, au niveau d'Haïti, 89 points de prestation de services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement sur les 177 la mettent en œuvre avec l'appui technique de NASTAD et le support financier de PEPFAR/CDC. L'article sur les contacts des patients index de ce numéro du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti démontre, qu'au cours de la période janvier à octobre 2018, des résultats satisfaisants ont été obtenus avec cette stratégie en facilitant le dépistage des contacts (connaissance du statut sérologique) et la mise sous thérapie antirétrovirale des contacts dépistés positifs. Que cet article soit un stimulant à l'extension de la mise en œuvre de cette stratégie de façon systématique aux autres points de prestation de services en VIH/sida.

En ce 30<sup>e</sup> anniversaire de la journée mondiale de la lutte contre le sida, je réitère mon appel à tous les acteurs nationaux et internationaux de la lutte contre le sida en Haïti à se serrer les coudes et à regarder tous ensemble vers 2030 !

**Mwen ap fè tès sida, Mwen ap jere lavi m'.**

**Docteur Joëlle Deas Van Onacker**  
Coordonatrice du PNLS



## 1. Prise en charge des contacts de patients index : une stratégie prometteuse en Haïti

Gloria E. Thermidor, MD. DESS/MGSS

### 1.1 Fondamentaux de la prise en charge des contacts des patients index

La prise en charge des contacts des patients index(PCPI) est une approche de santé publique éprouvée, utilisée dans la prise en charge des maladies infectieuses. Cette stratégie facilite un dépistage ciblé des personnes exposées à une infection sexuellement transmissible. Cette approche peut grandement contribuer dans la lutte contre le VIH en Haïti. Elle accorde une **priorité** aux **contacts des patients index** qui sont beaucoup plus à risque d'être infectés et présente comme objectifs spécifiques de :

- Renforcer le recours aux services de dépistage du VIH des **contacts** (personnes ayant un lien social ou sexuel ou biologique avec une personne VIH positif, soient les partenaires sexuels, les contacts sociaux et les enfants exposés, les contacts qui utilisent des matériels d'injections souillés) des **patients index** (toute personne ayant un statut VIH positif).
- Augmenter la proportion de nouveaux diagnostics chez les contacts des PVVIH.
- Orienter les contacts diagnostiqués VIH + vers les services de traitement et de soins.
- Renforcer la prévention chez les contacts exposés qui ne sont pas infectés.

### 1.2 Bref rappel du début de la mise en œuvre de la stratégie PCPI en Haïti

NASTAD, en collaboration avec CDC – Haïti, et PNLS, avec le soutien de Solutions SA. et CHARESS a commencé l'implémentation de la prise en charge des cas contacts des patients index en Haïti en juillet 2017. Actuellement 89 sites offrent des services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement du VIH financés par PEPFAR/CDC sont en train d'implémenter la PCPI avec un support technique soutenu de l'équipe de NASTAD. Ces institutions ont bénéficié de formation (curriculum, scripts et messages pour l'entretien d'index et la notification des contacts etc.) bien avant la mise en œuvre.



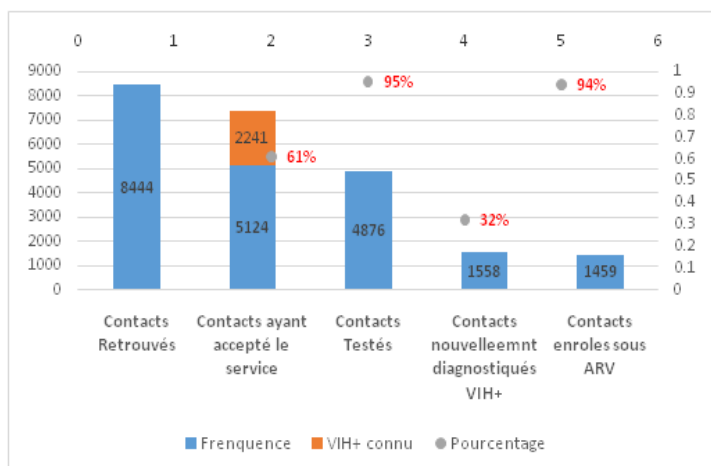
Les institutions sont réparties dans les dix (10) départements du pays et travaillent sous la tutelle de différents réseaux de soins. On distingue : 30 sites du réseau MSPP/UGP, 16 sites du réseau CMMB, 10 sites du Réseau FOSREF, 17 sites du Réseau GHESKIO, 12 sites du Réseau PIH /ZL et 4 sites du Réseau CDS.

La majorité de ces institutions avaient préalablement les ressources nécessaires pour l'implémentation de cette approche (agents de santé communautaires, ordinateurs, tablettes, connexion internet).

Toutefois une application électronique a été développée avec le support de Solutions SA ce qui permet de faire un suivi régulier des activités de chaque site.

### 1.3 Analyse des résultats obtenus de PCPI d'octobre 2017 à septembre 2018

La mise en œuvre de ce projet a connu deux phases. La première phase de l'implémentation dans vingt (20) institutions de prise en charge des patients infectés au VIH financées par PEPFAR/CDC de juillet 2017 à septembre 2017. Cette première phase avait prouvé que les patients index ainsi que les contacts n'étaient pas trop réfractaires face à cette approche, elle avait aidé également à mieux adapter les messages et les outils de collectes d'information.<sup>1</sup> L'extension de l'activité vers soixante-neuf (69) autres institutions qui font la prise en charge des patients infectés au VIH financées par PEPFAR/CDC, continue de confirmer l'importance de cette stratégie. Le taux de positivité avec le dépistage des contacts pour la période allant d'Octobre 2017 à Septembre 2018 est de 32%.



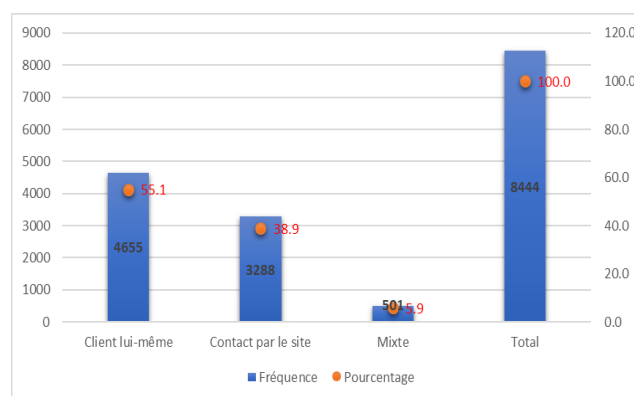
Graphique 1. Cascade des Contacts PCPI en Haïti. Octobre 2018 Source : MESI Haïti données téléchargées le 15 Octobre 2018

<sup>1</sup> <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Bulletin%20de%20Surveillance%20%20Epidemiologique%20VIH%20Sida%20numero%20%202016.pdf>

Au cours de la période allant d'octobre 2017 à septembre 2018, les sites ont retrouvés 8.444 contacts de patients index à travers PCPI. La plupart des contacts qui ont bénéficié l'offre des Service de PCPI soit, 7.565 Contacts ont accepté le service.

Parmi les contacts qui ont accepté le service, 2.441 contacts connaissaient déjà leur statut VIH+. En effet, 4.876 contacts sont venus au niveau des institutions pour bénéficier des services de santé incluant un test de VIH. De ces 4.876 contacts qui ont bénéficié d'un test de VIH, 1.558 (32%) contacts sont nouvellement diagnostiqués VIH+.

Au cours de l'entretien avec le patient index, plusieurs options de recherche sont proposées à chaque patient qui décide de notifier son ou ses contacts. Le patient index est libre de choisir la stratégie de notification qui lui convient le mieux pour chaque contact fourni.



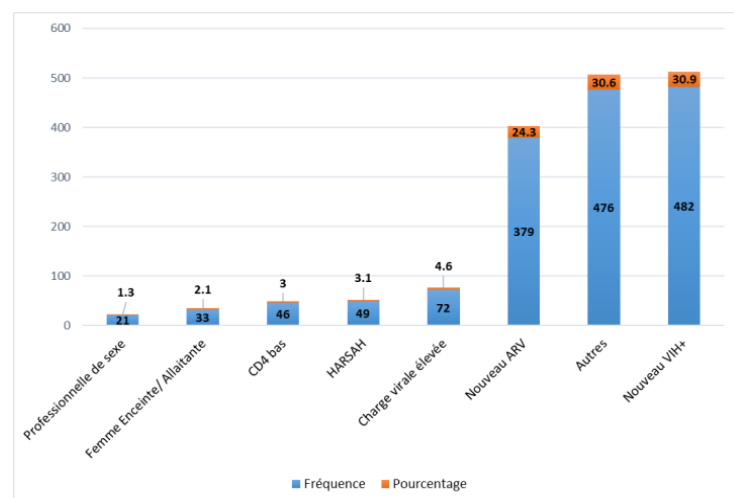
Graphique 2. Contacts retrouvés par option de recherche. Source : MESI Haïti données téléchargées le 15 Octobre 2018

Pour la majorité des contacts retrouvés, soit 4.655 (55,1%) contacts, le patient lui-même avait référé et/ou a accompagné ses contacts dans un délai prédéterminé avec le prestataire pour bénéficier des services de santé incluant le conseil-dépistage du VIH, ceci sans forcément révéler son statut de séropositivité à ses contacts. Pour 3.288 (38,9%) des contacts retrouvés le prestataire avait reçu le consentement du patient index pour rechercher son ou ses contacts de manière confidentielle sans révéler son statut de séropositivité à ses contacts afin de leur offrir des services de santé incluant le conseil-dépistage du VIH. Pour 501 (5,9%) des contacts retrouvés, le patient index et le prestataire s'étaient entendu sur un délai prédéterminé ne dépassant pas 30 jours, dans lequel le patient index s'engageait à référer et/ou accompagner son ou ses contacts pour bénéficier des services de santé incluant le conseil-dépistage du VIH.



Cependant, en cas d'expiration du délai convenu, le patient index en choisissant cette option autorisait le prestataire à rechercher en toute confidentialité le ou les contacts sans forcément révéler son statut de séropositivité à ses contacts de la liste afin de leur offrir des services précités.

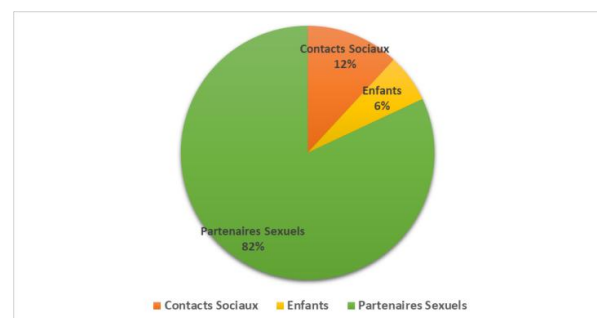
En réalité, tous les patients infectés au VIH sont considérés et sont éligibles pour l'offre des services de PCPI. Toutefois certains patients qui répondent à un ou plusieurs critères sont identifiés comme prioritaires pour la prise en charge des contacts.



**Graphique 3. Contacts testés VIH+ par critères d'éligibilité des patients index.** Source : MESI Haïti données téléchargées le 15 Octobre 2018

Le plus grand nombre contacts testés VIH+ a été notifié par des patients Index nouvellement diagnostiqués VIH+, soit 482 contacts ensuite viennent les contacts des autres patients Index (patients mis en priorités par les prestataires, mais qui n'étaient pas priorisés sur la plateforme Web PCPI qui sont au nombre de 476 contacts diagnostiqués VIH+ et s'ensuivent les contacts des Nouveau ARV ( patient Index ayant moins de 12 mois sous ARV) qui sont au nombre de 379 contacts nouvellement diagnostiqués VIH+.

Lors de l'entretien avec le patient index, les prestataires encouragent la notification de différents types de contacts : les partenaires sexuels, les contacts sociaux, les enfants exposés et les contacts qui utilisent des matériels d'injections souillés.



**Graphique 4. Contacts testés VIH+ par type de contact.** Source : MESI Haïti données téléchargées le 15 Octobre 2018

La majorité des contacts testés VIH+ soit (82%) étaient des partenaires sexuels (personnes avec lesquelles le patient index a eu des rapports sexuels au moins une fois au cours des 5 dernières années), 12% des contacts testés VIH + étaient des contacts sociaux (personnes nommées par le patient index comme faisant partie de son réseau social, mais qui ne sont pas des partenaires sexuels), seulement 6% des contacts testés VIH+ étaient des enfants de patients index (enfant né de mère VIH séropositive).

## 1.4 Conclusion

Somme toute, les résultats des activités de la PCPI prouvent que cette stratégie peut contribuer énormément dans l'atteinte de l'objectif ambitieux des trois 95-95-95 de la Riposte nationale pour 2030 (95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable, 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée).

## 2. La relance communautaire des patients sous thérapie antirétrovirale : solution ou défi à relever<sup>2</sup>

Daniella M. Pierre, Gracia Desforjes<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Patient Linkage & Retention Program Manager, NASTAD-Haïti

<sup>II</sup> Conseiller technique en suivi et évaluation PNLS

### 2.1 Introduction

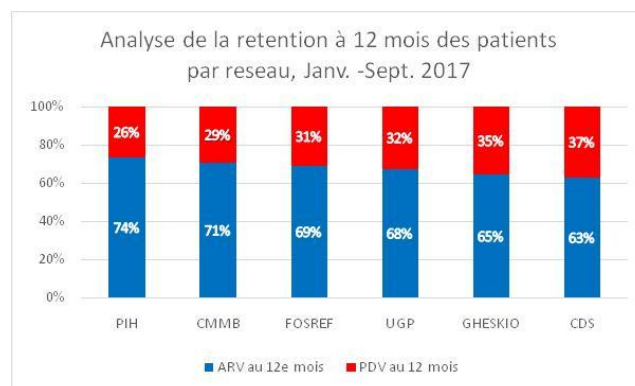
En 2017, NASTAD avait réalisé une revue de la performance sur les différentes activités communautaires faites à l'endroit des PVVIH à travers les réseaux de soins financés par CDC/PEPFAR. Cette analyse nous avait permis de constater que les patients ayant été contactés après avoir eu des rendez-vous manqués sont plus facilement joignables que ceux perdus de vue, et ceci pendant les 2 semestres de 2017. Au 1<sup>er</sup> semestre : sur 8 492 patients perdus de vue relancés 42% sont revenus à la clinique comparativement à 73% parmi les patients ayant raté leur rendez-vous dont le nombre s'élève à 9 672. La tendance n'a pas trop changé au cours du 2<sup>e</sup> semestre ; 6 739 PDV relancés avec 34% de retour contre 10 297 patients avec rendez-vous manqué qui ont été contacté pour 68% de retour à la clinique.

La relance communautaire, étant une activité intrinsèque au programme de VIH, vise à améliorer la rétention en soins grâce au contact des patients perdus de vue par appels téléphoniques ou visites domiciliaires afin de les encourager à revenir en soins. Cette activité serait vraisemblablement l'un des atouts pouvant nous aider à atteindre l'un des objectifs ambitieux du Programme, à savoir les trois 95, dont le troisième ciblerait que 95% des patients sous ARV aient une charge virale indétectable. Tous les Programmes à travers le monde sont en train d'adopter cette stratégie d'accélération de la riposte (95-95-95) sous l'impulsion de ONUSIDA et des donateurs de fonds internationaux pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

En Haïti, depuis Juin 2015, plusieurs organisations d'implémentation ayant bénéficié du financement de CDC/PEPFAR ont commencé à implémenter de nouvelles stratégies pour améliorer la rétention en soins des patients qui pourrait avoir un impact positif sur la suppression virale.

Aujourd'hui, 85 Points de Prestation de Service (PPS) répartis à travers 6 partenaires de CDC-PEPFAR : UGP (30), GHESKIO (18), CMMB (15), CDS (4), PIH/ZL (11), et FOSREF (7) utilisent les mêmes outils et stratégies pour contacter les patients perdus de vue.

Selon le rapport de la rétention à 12 mois pour le réseau CDC sur MESI, de Janvier 2017- Septembre 2017, il y a eu 15 163 patients enrôlés sous ARV et d'ici la fin de la période 10 398 ont été retenus en soins, ce qui nous ramène à environ 32% (4 765) des patients enrôlés sous ARV il y a 12 mois à être des PDV, comme le démontre le graphique 1 ci-dessous.



**Graphique 1 : Analyse de la rétention à 12 mois des patients enrôlés par réseau. Janv. - sept. 2017**

À l'aube de 2020, il s'avère important pour nous de questionner ces approches mises en place à travers la performance de ces réseaux de soins en terme de relance communautaire afin de faire des réajustements si nécessaire en perspectives des objectifs de 2030.

### 2.2 Collecte et outil d'analyse des données de la relance

L'analyse des données de la relance communautaire est faite sur Excel à partir de l'application WEB : MESI-CHT.

La relance communautaire est définie comme une activité où les patients appartenant à la catégorie des perdus de vue sont contactés par appel et/ou par une visite domiciliaire dans le but de les ramener en soins. Les perdus de vue affichés sur l'application Web, MESI-CHT sont des patients ayant eu 90 à 300 jours après leur date de prochain rendez-vous sans visite ou sans approvisionnement ARV. Les observations ou trouvailles collectées par les agents de terrain lors des visites domiciliaires (problèmes de frais de transport, occupation, voyage interurbain, auto-transfert,) sont représentées en valeur absolue et en pourcentage pondéré (cumulé).

Ces données sont extraites sur MESI-CHT en Octobre 2018 et analysées pour la période allant de Janvier à Septembre 2018.

<sup>2</sup> Un remerciement spécial à l'équipe de NASTAD pour leur collaboration et support à la rédaction de cet article, en particulier à Kamaia Bastien, PLR Project Officer ; Verlainne Marcellus, PLR Project Officer et Annie Coriolan, Manager, Global Program, NASTAD Headquarter.



## 2.3 Résultats de la relance communautaire de janvier à septembre 2018

La relance communautaire se fait en principes en cinq (5) étapes : 1) l'identification des perdus de vue 2) Le contact par appel et ou visite 3) L'entretien avec les perdus de vue retrouvés 4) La prise de décision du patient 5) Le partage du résultat de la relance.

Le tableau suivant résume les étapes 1- 2- 4 et 5 ; 85% des patients perdus de vue ont été relancés (par appel téléphonique et ou par visite domiciliaire) pour la période allant de Janvier à Septembre 2018 par les partenaires supportés par CDC/PEPFAR.

Nous pouvons citer ceux qui ont eu à la fois le plus grand nombre de patients à relancer et relancés sont les suivants : GHESKIO (5593) et UGP (3577). Toutefois CMMB est le seul à pouvoir relancer presque entièrement ses patients perdus de vue (99%).

**Tableau 1 : Distribution des patients perdus de vue et des résultats de la relance par réseaux de soins. Janvier 2018 – sept 2018.**

| RESEAU       | Patients PDV | Patients PDV contactés(%) | Patients retournés <sup>3</sup> (%) | Patients actifs <sup>4</sup> (%) |
|--------------|--------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| UGP          | 4069         | 3577 (88%)                | 1004 (28%)                          | 743 (74%)                        |
| GHESKIO      | 6926         | 5593 (81%)                | 872 (16%)                           | 582 (67%)                        |
| CMMB         | 1198         | 1192 (99%)                | 480 (40%)                           | 323 (67%)                        |
| PIH          | 1016         | 870 (86%)                 | 183 (21%)                           | -                                |
| FOSREF       | 376          | 293 (78%)                 | 79 (27%)                            | 59 (75%)                         |
| CDS          | 497          | 440 (89%)                 | 118 (27%)                           | 75 (64%)                         |
| <b>TOTAL</b> | <b>14082</b> | <b>11965 (85%)</b>        | <b>2736 (23%)</b>                   | <b>1782 (65%)</b>                |

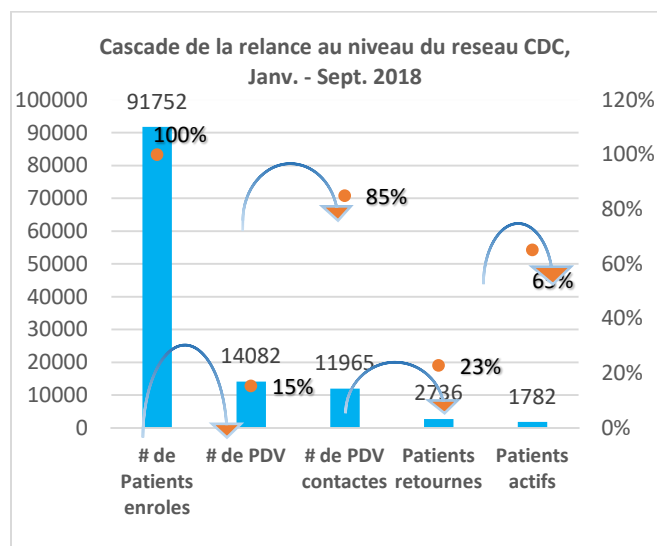
Le « retour en soins » est en moyenne à 23% pour tous les réseaux. Cependant, CMMB s'est distingué des autres partenaires avec une performance de 40% pour le retour en soins. En ce qui a trait au nombre de patients actifs après retour parmi les relances, la moyenne est de 65% hormis PIH dont cette information n'a pas été partagée sur la plateforme, les réseaux FOSREF et UGP sont de loin ceux avec les meilleurs taux de rétention après relance (75% et 74% respectivement).

Les partenaires sus-cités ont contribué à la réalisation de la relance communautaire pour la période d'analyse.

<sup>3</sup> Patients revenus en soins après contact par appel et ou par visite domiciliaire.

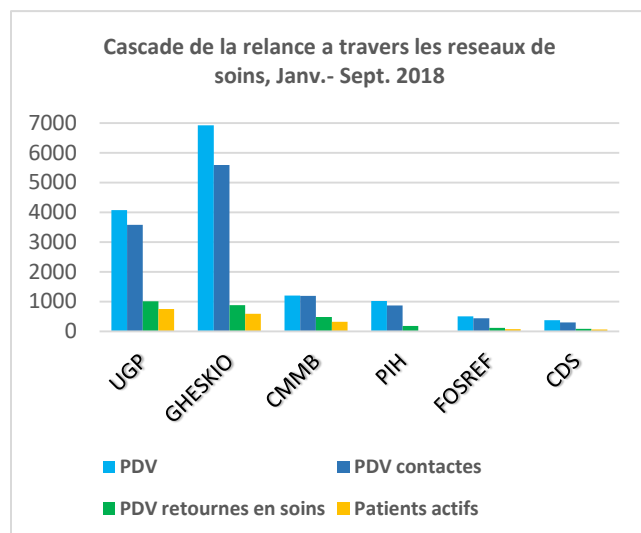
<sup>4</sup> Patients qui ont eu une visite à la clinique ou qui ont reçu des ARV communautaires avant leur date de prochain rendez-vous.

Le graphique 2 nous permet de constater qu'il y a eu 15% de patients perdus de vue de Janvier à Septembre 2018, parmi l'ensemble des patients déjà enrôlés (91 752). 85% des perdus de vue ont pu être contactés, dont 23% retournes en soins et 65% parmi eux sont toujours actifs.



**Graphique 2: Cascade de la relance au niveau des partenaires d'implémentation du financement PEPFAR/CDC Janvier – sept. 2018.**

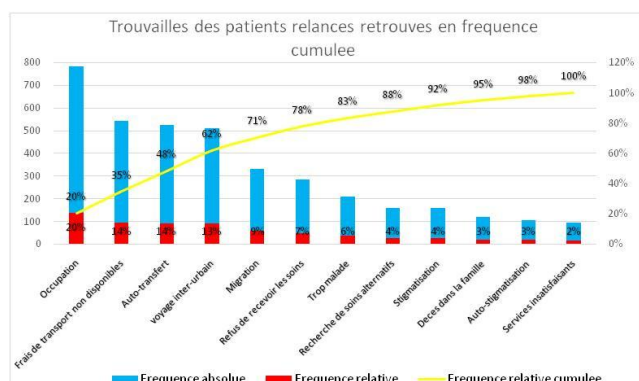
Nous pouvons mieux apprécier cette situation au niveau des réseaux. Le graphique 3 nous permet d'apprécier le niveau d'activités des réseaux en termes de relance communautaire.



**Graphique 3 : Cascade des perdus de vue relancés à travers partenaires d'implémentation du financement PEPFAR/CDC. Janvier – septembre 2018.**

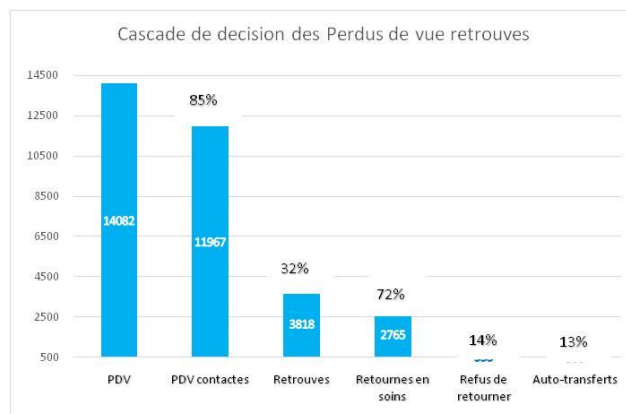
L'entretien avec les perdus de vue retrouvés (troisième étape de la relance) est l'étape au cours de laquelle les patients retrouvés par appel ou par visite, sont questionnés afin d'identifier les raisons pour lesquelles ils ne se sont pas présentés à la clinique ou la pharmacie depuis plus de 90 jours après leur dernière date de rendez-vous.

Plusieurs raisons ont été évoquées par ces patients, mais quatre (4) d'entre eux représentent ensemble 60% des plus importantes, tel que le démontre le graphique 4. Ce sont : occupation ou manque de temps (20%), non disponibilité de frais de transport (14%), auto-transfert (14%) et voyage interurbain ou migration interne (13%).



Graphique 4 : Analyse des motifs mentionnés par les patients présents au moment de la relance Janvier - septembre 2018.

Cet entretien avec les patients perdus de vue retrouvés par appel ou visite nous ramène à une étape décisive (quatrième étape) qui contribuera à l'amélioration probable de la file active. De l'ensemble des patients perdus de vue contactés 32% ont été retrouvés (3 818), les autres représentent les vrais perdus de vue puisqu'ils ne sont joignables ni par appel ni par visite, nous ne savons pas s'ils sont en vie ou s'ils sont décédés. Ces patients retrouvés (32%) ont pour la majorité décidé de retourner en soins en dépit des raisons mentionnées plus haut et représentent 72% (2 765), puis 13% sont en suivi dans une autre institution de santé (auto-transfert) et 14% refusent de retourner.



Graphique 5 : Analyse de la performance des patients relancés. Janvier – Septembre 2018.

## 2.4 Discussions sur les facteurs influençant la performance de la relance communautaire

**Ciblage des patients perdus de vue.** La relance communautaire est une activité faite essentiellement pour améliorer la rétention en soins des PVVIH au niveau des institutions sanitaires à travers le pays. L'utilisation des applications MESI CHT et CHT-mobile est donc un moyen de faciliter le monitoring de cette activité et de mesurer son impact. Contrairement à l'année précédente ou nous avons pris le soin de comparer la performance des contacts pour les raisons de perdus de vue et de rendez-vous manqué, cette année nous avons mis l'accent sur les perdus de vue car le taux de retour en soins était beaucoup plus faible pendant les deux semestres pour la catégorie des perdus de vue, qui constitue le talon d'Achille du programme. En 2018, le pourcentage de patients retournés en soins après relance est de 23% pour les organisations d'implémentation bénéficiant du financement de PEPFAR/CDC, tandis qu'en 2017 nous avons eu les performances suivantes pendant les deux (2) semestres consécutives 42% et 34%.

**Coordonnées ambiguës des patients perdus de vue.** Tous les patients perdus de vue n'ont pas toujours un numéro de téléphone permettant de les contacter ou une adresse domiciliaire pour les visiter. Ce qui explique en partie pourquoi 68% des patients contactés n'ont pas été retrouvés. Dans le département de l'Ouest par exemple, ou nous avons 38 (47%) institutions sanitaires répartis en 4 réseaux de soins utilisant ces outils, certains patients changent d'adresse à un rythme élevé en raison de leur faible moyen économique, ce qui rend difficile la relance par visite pour les agents de terrain.



Dans les autres départements, la relance communautaire par visite n'est pas effective pour tous les perdus de vue, surtout avec ceux qui n'habitent pas la commune desservie par l'institution.

Par exemple, les patients enrôlés dans une institution du département du Centre qui habitent à Port au Prince ne peuvent être retrouvés par les agents de santé des institutions qui fonctionnent au niveau du Centre. D'autre part, les contacts par appel s'avèrent non efficaces pour les patients qui habitent en milieu rural où l'accès à l'électricité est limité. Les contacts par appel sont également difficiles pour ceux qui partagent un cellulaire avec plusieurs utilisateurs dans un même foyer ou chacun possède sa carte Sim. Ces réalités sus mentionnées ne permettent pas aux institutions sanitaires de pouvoir relancer et retrouver tous les perdus de vue contactés en dehors des raisons migratoires qui pourraient être sous rapportées.

**Connaissance effective du terrain par les agents de santé.** Les agents de terrain ne connaissent pas toujours bien la zone où ils sont affectés et seraient aussi inconnus et par le patient qu'ils recherchent et par la population générale, ce qui rend inefficace le travail.

**Manque de professionnels affectés au suivi de la relance.** Certaines institutions n'ont pas suffisamment d'agents de terrain pour couvrir toutes leurs zones de desserte. Aussi, les institutions sanitaires n'ont pas toujours un travailleur social et une infirmière en santé communautaire impliquée dans le suivi actif des perdus de vue. De nos jours, il n'y a presque plus de psychologue au niveau des institutions sanitaires, de ce fait les travailleurs sociaux sont très sollicités.

**Engagement du niveau central des réseaux de soins sur la relance communautaire.** Lorsque les responsables de réseaux sont très impliqués dans le renforcement de capacité et la supervision des activités communautaires faites à l'endroit des PVVVIH, plus le niveau d'activités et la performance de leurs sites sont élevés. Par exemple CMMB (99%) et UGP (88%).

**Importance de la stratégie utilisée par les agents de terrain dans la relance communautaire.** Le pourcentage de patients revenus en soins dépend en majeure partie de la stratégie utilisée par les agents de terrain lors des visites domiciliaires. Une performance globale de retour en soins de 23% pourrait infirmer qu'il y aurait besoin de renforcer la formation des agents de terrain d'une part et d'autre part que la relance aurait pris trop de temps avant d'être exécutée par les agents, ce qui augmenterait la possibilité de ne pas retrouver ces patients.

Tous les partenaires qui ont eu une performance en dessous de 50% en termes de retour en soins, nous devrions probablement questionner l'aptitude des agents de terrain à fournir le résultat attendu qui serait de 95% ou plus.

**Importance de l'éducation thérapeutique du patient au moment du retour en soins.** De plus, les patients qui demeurent actifs après avoir été relancés et revenus en soins dépendraient essentiellement de la stratégie adoptée par l'équipe médicale pour non seulement évaluer scrupuleusement ces patients mais aussi adresser les défis partagés pour définir ensemble un moyen palliatif dans l'intérêt du patient. Apparemment, les institutions sanitaires arrivent mieux à gérer les patients revenus en soins pour les maintenir actifs (65%), qu'à les ramener en soins quand ils sont perdus de vue.

## 2.5 Conclusion et perspectives

**Distribution communautaire ARV et Multi-Month-Scripting.** L'analyse des données de la relance communautaire nous a été très utile pour non seulement nous situer par rapport aux objectifs des trois 95 de la Riposte nationale, mais aussi pour nous permettre d'identifier des solutions efficaces en regard des contraintes majeures ayant rapport aux patients, ou aux personnels de santé. Par rapport aux préoccupations des patients identifiées et partagées par les patients lors des relances, nous pourrions résoudre environ 50% des causes majeures (occupation, problèmes de frais de transport, voyage interurbain) qui les rendent inactifs en adoptant la distribution communautaire des ARV ou le Multi-Month Scripting pour ceux qui seraient éligibles.

**Double vérification des coordonnées des patients à intervalle régulier.** Il serait mieux que tous les patients qui sont actifs sous ARV bénéficient au minimum de 2 visites de vérification d'adresse par an à intervalle de 6 mois. Ceci aiderait à réduire la tendance de patients introuvables par relance et du coup familiariser les patients avec les agents de terrain. D'un autre côté, ces patients introuvables pourraient être diminués si les institutions de santé adoptent une stratégie d'actualisation systématique des informations démographiques (adresses et numéro de téléphone) des patients à chaque visite médicale.

**Implication effective des agents de terrain dans le suivi de la relance.** En ce qui a trait, au résultat le plus attendu de la relance communautaire qui serait de retrouver les perdus de vue et de les ramener en soins, nous sommes certains qu'une orientation spécifique pour les agents de terrain couplée à un suivi régulier de la performance devrait favoriser une amélioration significative du nombre de patients qui retournent en soins.



**Systématisation effective des références et contre références.** Les patients qui sont retrouvés en général retournent en soins quand ils ne sont pas déjà enrôlés dans une autre institution.

Très peu de patients retrouvés par relance refusent de retourner en soins, et ils devraient être sensibilisés sur la possibilité d'être référé à une institution qui leur conviendrait mieux plutôt que de se priver des ARV, au cas où ils n'accepteraient point des visites subséquentes seraient nécessaires par un autre agent de santé ou un superviseur d'agent de santé plus avisé.

**Multidisciplinarité et relance communautaire efficace.** La relance communautaire est un travail d'équipe qui nécessite la disponibilité et l'implication des ressources humaines suivantes en permanence : médecin, administrateur, infirmière, gestionnaire de données, pharmacien, travailleur social, infirmière en santé communautaire, agents de terrain ; à côté des outils à utiliser qui requièrent une infrastructure de qualité. Plus le niveau d'activités des sites est élevé, plus le pourcentage de patients retrouvés et retournés en soins le sera aussi (par exemple CMMB). Car les patients perdus de vue retrouvés bien que faibles n'ont aucun problème pour revenir en soins et continuer à prendre les ARV (cf. Graphique 5). Il est nécessaire à présent de doubler d'efforts pour que les activités de relance soient productives, tant que l'équipe n'est pas engagée pour la recherche active des perdus de vue, les changements ne seront ni durables ni significatifs. Aussi, faudra-il que nous rappelions à tous les acteurs que la rétention en soins est un marqueur inévitable pour atteindre le 3<sup>e</sup> objectif la Riposte nationale (95% des patients sous ARV ayant une charge virale indétectable).

## 2.6 Références

- 1- <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/haiti>
- 2- Haiti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-201  
<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/rapport%20preliminaire%20emmus%20VI.pdf>
- 3- Monitoring, Evaluation and Reporting (MER 2.0) Indicators reference guide  
<https://www.pepfar.gov/documents/organization/274919.pdf>
- 4- [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf)
- 5- <http://www.mesi.ht/presentation/modules/reports.aspx?ID=448>
- 6- Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le Sida 2018 – 2023.



## 3. Implication des partenaires des femmes enceintes dans les services de PTME des établissements de santé de Dumarsais Estimé de Verrettes et de SSPE de Saint-Marc : une étude transversale mixte

Middle Fleurantin<sup>5</sup>, MD, MSc

### 3.1 Résumé

**Objectif :** Cet article présente les premiers résultats d'un projet d'intervention visant à promouvoir l'implication des partenaires des femmes enceintes haïtiennes dans les services de PTME. Il expose les résultats de la première partie de ce projet d'intervention qui consistait à déterminer le niveau d'implication des partenaires des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les services de PTME, en particulier dans les services prénataux et à identifier les barrières susceptibles d'entraver l'implication de ces derniers dans ces services.

**Méthodes :** De mai à juin 2018, une étude transversale mixte a été menée auprès de femmes enceintes vivant avec le VIH, suivies en CPN dans deux institutions sanitaires de l'UAS de Saint-Marc. Un questionnaire a été utilisé pour mesurer le niveau d'implication des partenaires dans les services prénataux, tel que rapporté par les femmes enceintes. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de tests statistiques de comparaison. L'enquête a été complétée par des entretiens individuels auprès de six femmes enceintes et de deux infirmières chargées de soins PTME.

**Résultats.** Au total, 102 femmes enceintes vivant avec le VIH ont répondu au questionnaire. Selon les informations rapportées par ces femmes, 47% de leurs partenaires avaient un indice d'implication dans la PTME élevé. L'enquête a révélé que 90% des partenaires supportaient financièrement leurs femmes enceintes, et 82% connaissaient la date de rendez-vous de CPN de leurs conjointes. En revanche, à peine le quart (25%) des partenaires accompagnait leurs conjointes aux CPN, et une proportion encore plus faible 19% utilisaient de manière routinière un préservatif lors des rapports sexuels au cours de la grossesse. Les analyses des entretiens ont rapporté plusieurs barrières susceptibles d'entraver l'implication des partenaires à ces services.

<sup>5</sup> Middle Fleurantin est médecin de formation. Il détient un DESS-MGSS et termine actuellement sa maîtrise en santé publique à l'Université Laval du Québec au Canada. Cet article est l'un des deux de sa soutenance de mémoire. Il a travaillé au PNLS avant d'aller poursuivre ses études au Canada. Il a offert cet article au PNLS en reconnaissance de ce qu'il a appris au sein de cette institution et de son engagement à continuer à travailler à l'avancement de la lutte contre le VIH en Haïti. Il fournit présentement une assistance technique au PNLS sur l'élaboration du rapport annuel 2017 de la riposte nationale face au VIH.



Il s'agit du conflit entre les heures de fonctionnement des CPN et l'horaire de travail des partenaires, le temps d'attente trop élevée dans l'offre de prestation des services de CPN aux femmes enceintes, et la perception attribuée aux soins maternels comme étant l'affaire des femmes.

**Conclusion.** L'enquête a montré que la participation des partenaires masculins dans les services de PTME est modérée. Plusieurs obstacles en lien avec les rapports de genre, les croyances socioculturelles, et avec l'organisation des soins sont susceptibles d'entraver cette implication.

### 3.2 Introduction

En 2015 au niveau mondial, plus de 170 000 enfants ont été infectés par le VIH<sup>1</sup>. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est la principale voie par laquelle ces enfants sont infectés par le VIH<sup>2</sup>. La TME reste très élevée dans les pays à ressources limitées variant entre 7 et 15%<sup>1</sup>. Des études ont montré que le risque de voir une femme vivant avec le VIH transmettre le virus à son enfant peut être réduit à moins 2% grâce à un traitement antirétroviral efficace pendant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période d'allaitement<sup>3, 4</sup>. Chez les femmes en âge de procréer, la prévention primaire des nouvelles infections à VIH, associée à un accès précoce aux soins prénataux et au dépistage du VIH, est également un des éléments clés de cette stratégie.

En dépit du fait que 40% de réduction du nombre de nouvelles infections à VIH a été observée chez les enfants de 2009 à 2014 et que 85% des femmes enceintes vivant avec le VIH ont eu accès à des traitements antirétroviraux pour prévenir la TME, beaucoup trop d'enfants sont nés avec le VIH en 2015, 90% d'entre eux dans les pays à ressources limitées<sup>1</sup>. Tout en s'assurant d'une meilleure couverture de TAR aux femmes enceintes, des interventions qui ciblent les facteurs susceptibles d'influer l'utilisation des services de prévention et de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) par les femmes enceintes s'avère complémentaire pour contribuer à réduire plus rapidement la TME<sup>5</sup>. Parmi ces interventions, l'implication des partenaires des femmes enceintes dans les services prénataux et la PTME a montré qu'elle permet d'améliorer les résultats des programmes de PTME dans les pays à ressources limitées<sup>6</sup>.

Plusieurs études menées en Afrique ont révélé que lorsque les partenaires des femmes enceintes sont conseillés et testés pour le VIH pendant les visites prénatales de leurs femmes, une meilleure utilisation des services de santé maternelle a été observée chez les femmes enceintes<sup>7, 8</sup>. L'homme joue un rôle important dans le risque d'infection à VIH chez la femme et dans la prévention de l'infection en termes d'utilisation du préservatif dans le couple<sup>8,9</sup>.

Puis pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, une meilleure adhérence au TAR est observée<sup>10,11</sup> ainsi que le risque de la TME a diminué<sup>12</sup>.

De plus, le partenaire masculin influe aussi sur les décisions de la femme concernant le traitement, notamment dans le fait de recevoir ou non des médicaments et de suivre ou non les conseils reçus en matière d'alimentation du nourrisson<sup>8,13</sup>. La réalité est que dans les pays à ressources limitées, les programmes de PTME ont essentiellement été construits en considérant exclusivement les femmes/femmes enceintes<sup>14</sup>. Pourtant, les femmes ne gèrent pas seules leur grossesse et les décisions concernant l'enfant à naître.

En Haïti, l'infection à VIH représente un problème majeur de santé publique. Les résultats préliminaires de l'EMMUS-VI (2017) ont montré que 2,0 % de la population adulte sont infectés par le VIH<sup>15</sup>. Une prévalence qui révèle une épidémie généralisée. Une enquête sérosentinelles en 2012 a révélé une prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 2,4%, variant de 0,3 à 4,6%<sup>16</sup>. Les statistiques sanitaires rapportées par la base de données de rapportage du PNLS (Mesi.ht) en 2015 ont fait mention d'un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 7,10%<sup>17\*</sup>. Pour la même période, 85% des femmes enceintes attendues en consultation prénatale ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et, 90% d'entre elles ont reçu un TAR pour prévenir la TME<sup>17</sup>. *\*Mesi.ht consulté le 15 décembre 2017: enfants confirmés VIH+ = 209 ; enfants exposés au VIH=2 940.*

De plus, 90% des enfants exposés ont bénéficié d'un traitement ARV prophylactique avant 72 heures et la totalité parmi ceux-là diagnostiqués séropositifs pour le VIH ont été placés sous ARV. En dépit de ces résultats significatifs auprès des femmes enceintes et de leurs enfants, le nombre des partenaires des femmes enceintes infectées par le VIH ayant bénéficié d'un service quelconque visant à prévenir la TME est méconnu par les principaux acteurs du PNLS en Haïti. La raison est que les services de PTME se concentrent exclusivement sur les femmes enceintes, ignorant la place de l'homme dans les mécanismes de transmission du VIH de la mère à l'enfant<sup>14</sup>. En raison des avantages de l'implication des hommes dans l'amélioration des résultats du programme de PTME et de l'influence qu'exerce l'homme haïtien sur les décisions en matière de santé de la femme en particulier sur les services liés à la grossesse<sup>18</sup>, une étude s'intéressant à cette problématique arrive à point nommé. A ce titre, nous avons mené un projet d'intervention visant à promouvoir l'implication des partenaires des femmes haïtiennes enceintes vivant avec le VIH dans les services prénataux. Les résultats présentés ci-dessous exposent les trouvailles de la première partie de ce projet d'intervention.



Les objectifs poursuivis par cette étude sont de :

- Déterminer le niveau d'implication des partenaires des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les services de PTME, en particulier les services prénataux ;
  - Identifier les barrières susceptibles d'entraver l'implication de ces derniers dans la PTME ainsi que des pistes de solutions.

Les résultats de cette étude pourraient contribuer à la mise en place future de stratégies d'interventions en PTME ciblant les partenaires des femmes enceintes en vue de l'élimination de la TME à l'horizon de 2030 en Haïti.

### 3.3 Méthodologie

#### 3.3.1 Cadre et type d'étude

L'étude s'est déroulée dans deux institutions sanitaires de l'UAS de Saint-Marc. Il s'agit des centres de santé de Dumarsais Estimé à Verrettes et le Service de santé de premier échelon SSPE de Saint-Marc. Le choix de la zone d'étude a été effectué à dessein. Selon le rapport des résultats préliminaires de l'EMMUS VI, le département de l'Artibonite a rapporté une prévalence de 2,7% chez les adultes, soit la plus élevée du pays. De plus, l'UAS de Saint-Marc regroupait la plus grande proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH suivies par le PNLS, en 2016 soit 35% (selon Mesi.ht). Ainsi, la sélection des deux sites a été effectuée selon un processus aléatoire par le biais d'un tirage sans remise parmi les sites qui offraient les soins et services de PTME à la population.

#### 3.3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale mixte menée auprès des femmes enceintes vivant avec le VIH suivi en CPN dans les établissements de santé de Dumarsais Estimé à Verrettes et de SSPE de Saint-Marc.

#### 3.3.3 Population à l'étude et échantillonnage

La population à l'étude était constituée de femmes enceintes vivant avec le VIH suivies en CPN. Pour participer à l'étude, une femme enceinte vue en CPN devrait donner son accord à la suite de la présentation des objectifs de l'étude et de la lecture du formulaire de consentement par l'infirmière chargée de soins PTME (appelé également « site manager »). Un échantillonnage de commodité a été utilisé pour recruter les participantes à l'étude. Ainsi, toutes les femmes enceintes infectées par le VIH ont été approchées pour participer à l'étude au fur et à mesure qu'elles se présentaient en CPN. Les infirmières site manager s'assuraient du recrutement des participantes. Au total, 102 femmes enceintes infectées par le VIH ont été recrutées pour participer à l'étude et 6 d'entre elles ont participé à des entretiens individuels semi-structurés.

#### 3.3.4 Définition de l'implication des hommes dans la PTME

Pour OMS (2010), l'implication des hommes dans la PTME se définit par la présence de l'homme au conseil et au dépistage prénatal du VIH de sa femme et par les résultats comportementaux et sanitaires qui y sont associés (par ex. l'utilisation du préservatif, l'acceptation du dépistage du VIH pendant la grossesse et la participation des hommes dans le plan de préparation à l'accouchement)<sup>6</sup>. Dans le cadre de notre travail, un partenaire est considéré impliqué dans les services de PTME si celui-ci partage au moins une expression suivante: (i) accompagne sa partenaire dans les visites prénatales ; (ii) connaît les rendez-vous prénatals de sa partenaire ; (iii) discute des interventions prénatales avec sa partenaire ; (iv) a pris le temps de discuter de ce qui se passe dans les consultations prénatales ; (v) participe au financement du suivi de la prise en charge de sa femme en soins pendant la période prénatale et postnatale ; et (vi) utilise un préservatif lors des rapports sexuels avec sa partenaire lors de la grossesse<sup>19</sup>. Le niveau d'implication masculine dans la PTME a été déterminé à l'aide d'un indice de participation masculine. Cet indice a été préalablement utilisé dans deux études menées, en Ouganda<sup>10</sup> et en Éthiopie<sup>20</sup>. Pour être considéré impliqué ou non, les variables de l'indice étaient comptées selon un score de poids égal. Une cote de 0 est attribuée à toute réponse « Non » = pas d'implication et une cote de 1 à toute réponse « Oui » = implication. Un score total de 4 à 6 était considéré comme un score d'implication masculine « élevée » et de 0 à 3 comme un score « d'implication faible ».

#### 3.3.5 Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de mai à juin 2018 selon deux volets. Pour le volet quantitatif, les femmes enceintes recrutées dans l'étude ont été soumises à un questionnaire structuré et administré par les infirmières chargées de soins PTME. Le questionnaire a subi un prétest et a été utilisé pour recueillir les informations sociodémographiques de leurs partenaires (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, profession, niveau d'éducation,) et leurs antécédents de dépistage au VIH (statut VIH du partenaire, partage de statut entre partenaires). Le format de réponse établi était soit dichotomique de type oui/non soit au choix selon plusieurs propositions de réponses. Le questionnaire a été administré aux femmes enceintes par les infirmières site manager et la durée moyenne de remplissage était de 10 minutes.



Ensuite, les femmes enceintes étaient invitées à partager les raisons qui pourraient inciter ou non leur partenaire à s'impliquer dans les services prénataux. Tous les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide semi-structuré. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes.

### 3.3.6 Analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies sur un tableur Excel 2010 puis analysées avec le logiciel R Project for Statistical Computing version 3.5.1. Les caractéristiques sociodémographiques du partenaire ainsi que les expressions de l'implication masculine ont fait l'objet d'une analyse univariée. Une analyse bivariable a été effectuée en utilisant des tests statistiques de proportion (Chi-carré test) pour comparer les deux groupes ayant un score d'implication masculine faible et élevé. La présence d'une association entre les variables a été évaluée en utilisant une valeur de  $p < 0,05$ . Tous les résultats ont été présentés sous la forme de tableaux. Les données qualitatives issues des entretiens ont été retranscrites, codées selon les thèmes retenus grâce à une analyse de contenu. Le logiciel N'vivo version 12 a permis de réaliser l'analyse des entretiens.

### 3.3.7 Considérations éthiques

Le protocole du projet d'intervention a été validé par l'Université Laval au Canada. Il a été ensuite approuvé par PNLS en Haïti. Nous avons eu également l'accord de la direction exécutive des deux institutions sanitaires impliquées dans l'étude. Les participants ont été invités à prendre part au projet sur une base volontaire. Tous les participants ont donné leur consentement verbal après avoir pris connaissance de l'objet, la nature de l'étude ainsi que de l'importance de leur participation.

## 3.4 Principaux Résultats

### 3.4.1 Résultats quantitatifs

Sur les cent vingt-huit (128) femmes enceintes vivant avec le VIH approchées pour participer dans l'étude lors des CPN, cent deux (102) d'entre elles ont donné leur consentement et ont été interrogées dans les deux sites de l'étude. Ceci donne un taux de participation de 79,68%.

#### 3.4.1.1 Profil sociodémographique des partenaires rapporté par les femmes enceintes

Le profil sociodémographique des partenaires masculins a été rapporté par les femmes enceintes. L'âge moyen des partenaires masculins était de 35,5 ans (IQR: 30-41). En majorité, ils étaient de religion protestante (51%), suivie de ceux qui sont catholiques et n'ayant aucune religion (21,57%). Comme pour les femmes enceintes, une plus grande proportion des partenaires masculins demeurait en milieu rural (61,77%).

La majorité, soit 62% des partenaires vivaient en union libre. Plus de 55% d'entre eux ont suivi des études secondaires alors que 35% avaient un niveau primaire. En rapport à l'occupation, 42% des partenaires masculins occupaient un petit commerce et le reste était partagé entre ceux qui détenaient un petit boulot (25%) et ceux qui travaillaient dans le secteur agricole (16,67%) (Tableau 1, 2).

#### 3.4.1.2 Niveau d'implication des partenaires masculins dans le programme de PTME et facteurs associés à l'implication

Le niveau d'implication des partenaires masculins à la PTME a été calculé à l'aide de six variables (Tableau 3). L'analyse de l'index d'implication des partenaires masculins dans le programme de PTME a montré que 48 (47%) partenaires avaient un niveau élevé d'implication masculine au programme de PTME. En rapport aux dimensions de l'implication, les femmes enceintes ont rapporté dans leur majorité (90%) que leurs partenaires les supportaient financièrement pour l'achat de médicaments ou pour le paiement des frais de transport pour se rendre aux CPN. Elles ont révélé que 82,35% de leurs partenaires connaissaient la date de rendez-vous de leur CPN. Une grande proportion (72%) des partenaires savaient discuter également du suivi de la grossesse avec leur partenaire féminin tel le lieu d'accouchement. En outre, 60% des partenaires avaient pris la peine de savoir ce qui s'est passé pendant les CPN. En revanche, le quart des partenaires masculins (25%) accompagnait leurs femmes aux CPN et une proportion encore plus faible (18%) utilisait de manière routinière un préservatif lors des rapports sexuels au cours de la grossesse. Par ailleurs, les résultats de l'analyse bivariable ont montré qu'aucune variable sociodémographique et liée aux antécédents de dépistage du VIH des partenaires n'était associée à l'implication masculine au programme de PTME en lien avec une valeur de  $p < 0,05$  (Tableau 4, 5).

### 3.4.2 Principaux résultats qualitatifs

Au total, 6 femmes enceintes et 2 infirmières chargées de soins PTME ont participé aux entretiens semi-dirigés. Plusieurs facteurs susceptibles de faciliter ou d'empêcher les partenaires des femmes enceintes de participer au programme de PTME ont été évoqués par les répondantes. Ces multiples raisons étaient liées aux partenaires, aux rapports de genre existant entre les hommes et les femmes, aux croyances culturelles, et aux facteurs liés à l'organisation des soins et services de PTME.



### 3.4.2.1 Barrières à l'implication masculine dans la PTME

**Barrières liées aux partenaires.** Lorsque les femmes enceintes devaient partager leurs opinions sur les raisons pouvant empêcher leurs partenaires de leur accompagner lors des CPN, le manque de temps des hommes pour venir aux CPN a été la principale raison identifiée.

Puisque les partenaires sont contraints de travailler pour répondre aux besoins de la famille, ils n'ont pas le temps d'assister aux CPN. De plus, les horaires d'ouverture des centres de santé sont incompatibles avec les horaires de travail des hommes, tel qu'illustré dans cet extrait :

*« Mon mari travaille pendant 6 jours par semaine et dans la grande majorité des cas ils partent des 6H00 du matin et retournent tard dans la soirée [...]. Les services de PTME sont fermés au cours des week-ends et à 16 h durant la semaine. Mon mari se rend au travail au lieu de venir à l'hôpital » FE 02.*

**Barrières liées aux rapports de genre entre les hommes et les femmes.** Un autre obstacle rapporté par les répondantes est que les hommes considèrent traditionnellement les services de santé maternelle comme étant une affaire de femmes et non pas d'hommes. Les partenaires sont rarement invités à prendre part aux CPN puisque certains professionnels de santé persistent à exclure le partenaire des soins et services offerts aux femmes enceintes.

*« Pour mon mari, un homme ne doit pas se mêler des affaires des femmes. La santé maternelle est l'affaire de femmes. Si sa femme a un problème, il n'aura aucun problème de l'accompagner dans le cas contraire, on peut laisser la femme gérer sa grossesse » FE 03.*

**Barrières liées aux croyances culturelles.** La peur des hommes haïtiens de se rendre à l'hôpital constituait un obstacle non négligeable à l'implication masculine dans la PTME. Selon, les répondantes, les hommes se rendent à l'hôpital uniquement lorsqu'ils sont malades. Dans la majorité des cas, ils sont animés d'un sentiment de stoïcisme à l'égard de la maladie. Donc, se rendre à l'hôpital sur demande de sa partenaire révèle presque illusoire pour l'homme.

*« Habituellement, mon partenaire se rend à l'hôpital lorsqu'il est malade. S'il n'est pas malade, il n'a aucune obligation de se rendre à l'hôpital » FE 01.*

**Barrières liées à l'organisation des services prénataux.** Les partenaires masculins n'étaient pas satisfaits des services fournis pendant les visites prénatales. Selon la majorité des répondantes (5), les hommes se sentaient ostracisés ou mal accueillis dans les établissements de santé.

Les services de soins représentaient selon ces dernières un cadre inadapté aux attentes des hommes pour d'autres motifs, notamment liés aux horaires de service, en contradiction avec leurs activités quotidiennes normales et aux longues périodes d'attente en CPN.

Ces informations ont été corroborées auprès des infirmières site manager pour constituer des freins à leur implication dans les services de PTME.

*« Selon mon partenaire, les temps d'attentes sont inacceptables. Pour lui c'est une perte de temps » FE 03*

*« Les centres de santé sont inadaptés pour recevoir les hommes. En particulier, les médecins ne sont pas accueillants » FE 05*

### 3.4.3 Pistes de solution pour promouvoir l'implication des hommes

Les suggestions sur la manière dont des améliorations pourraient être apportées provenaient en premier lieu des infirmières site manager. Pour elles, il fallait : 1) organiser des séances d'IEC dans les sites et réaliser des campagnes de promotion sur l'importance de l'implication des hommes dans la santé maternelle et 2) encourager le partage des résultats du test de dépistage du VIH dans le couple par la notification assistée aux partenaires. Du côté des femmes enceintes, leurs recommandations s'appuyaient sur une meilleure organisation des services prénataux. Il s'agit : 1) d'améliorer l'accueil au niveau des centres de santé à l'égard des femmes enceintes et de leurs partenaires ; 2) de réduire le temps d'attente lors de la dispensation des soins aux femmes enceintes et à leurs partenaires ; 3) de rendre l'espace d'accueil plus convivial à l'égard des partenaires ; 4) d'assurer l'ouverture des services de PTME pendant le week-end et 4) d'inviter les partenaires à prendre part dans les services prénataux.

## 3.5 Discussion

Les résultats de cette étude ont révélé que près de la moitié des partenaires masculins (47%) présentaient un niveau élevé d'implication à la PTME. Ce niveau d'implication demeure certes limité, mais il est supérieur à ce qu'ont rapporté d'autres études menées en Afrique. Les résultats d'une étude transversale conduite dans l'est de l'Ouganda ont avancé que 26% des partenaires masculins étaient impliqués à la PTME<sup>10</sup>. Le niveau d'implication était encore plus faible dans l'étude menée dans la ville de Gondar dans le Nord-ouest de l'Éthiopie où les résultats ont montré que l'implication des partenaires masculins à la PTME était de 20%<sup>20</sup>.



La différence observée entre les études pourrait être attribuée à des contextes socioculturel, économique divers qui subsistent dans ces pays.

Lorsqu'on s'intéresse de plus près aux différentes dimensions de l'implication masculine, les résultats sont plus mitigés. L'accompagnement des femmes enceintes par les partenaires masculins lors des visites de CPN était faible (25%). Ce résultat est en accord avec d'autres études réalisées, en Ouganda<sup>10</sup> et en Éthiopie<sup>20</sup> où respectivement 5% et 27% des hommes accompagnaient leurs femmes enceintes aux CPN.

L'explication possible de ces résultats serait l'inadéquation des horaires des CPN qui ne sont pas compatibles avec ceux du travail des partenaires. Plusieurs études ont révélé que les longues périodes d'attente, le mauvais accueil dont ils sont victimes constituaient également des barrières à l'accompagnement de leurs conjointes aux CPN<sup>11,20</sup>. Il a été constaté que ces facteurs culturels entravaient la participation des hommes au programme de PTME. Ces données concordent avec les résultats des analyses des entretiens auprès des femmes enceintes dans notre étude rapportant des données similaires.

Dans cette étude, 90% des femmes enceintes ont rapporté qu'elles avaient reçu un support financier de leurs partenaires pour assister aux CPN. Ces résultats étaient comparables à ceux d'autres études réalisées en Ouganda (97,5 %) <sup>10</sup> et en Éthiopie (87,5%)<sup>19</sup>. Ces résultats pourraient être dus à la perception de l'homme comme étant celui qui fournit de l'argent pour la subsistance et les soins médicaux de la famille<sup>14</sup>. À cet égard, les analyses des entretiens ont montré que les hommes préféraient se contenter de leurs obligations financières plutôt que de se soucier de sa présence aux CPN ou au partage des responsabilités dans le couple pendant et après la grossesse.

Par ailleurs, la faible utilisation du préservatif dans le couple dans le cadre de notre travail pourrait représenter une voie de transmission du VIH au partenaire si le couple est sérodiscordant, mais également à l'enfant si le partenaire est infecté par le VIH et ne bénéficie pas d'un TAR. La non-prise en compte du statut sérologique VIH du partenaire des femmes enceintes peut limiter l'effet du TAR pour prévenir la TME et représenter un facteur de risque à une surinfection des femmes enceintes à de virus résistants si leur partenaire vit avec le VIH et que celui-ci ne bénéficie pas du TAR<sup>21</sup>. D'où la nécessité pour les autorités sanitaires d'encourager le dépistage du VIH auprès du ou des partenaires des femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que le partage du statut sérologique VIH entre le couple dans une perspective de contribuer à prévenir la TME en Haïti.

### 3.6 Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude est qu'elle soit la première étude ayant avancé des données sur l'implication des hommes dans la PTME en Haïti ayant utilisé à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives.

Il s'agit de l'une des rares études ayant interrogé uniquement les femmes enceintes infectées par le VIH pour déterminer le niveau d'implication des partenaires masculins à la PTME. Dans la plupart des autres études recensées, la majorité des répondantes était séronégative. Il existe toutefois des faiblesses potentielles dans l'étude. Il est difficile pour nous d'exclure la possibilité du biais de désirabilité sociale qui pourrait pousser les femmes enceintes interrogées à donner des réponses non véridiques. De plus, la faible taille de l'échantillon ne nous permet d'obtenir une puissance statistique adéquate pour détecter une différence dans les deux groupes étudiés.

### 3.7 Conclusion

En conclusion, cette étude a révélé qu'une grande proportion de partenaires masculins avait un indice d'implication élevé à la PTME dans la zone d'étude. La participation des partenaires aux CPN ainsi qu'une meilleure utilisation du préservatif lors des rapports sexuels habituels dans le couple s'avère nécessaire pour atteindre des résultats plus significatifs en lien avec la PTME. Plusieurs obstacles en lien avec les rapports de genre, les croyances culturelles, et avec l'organisation des soins sont susceptibles d'entraver cette implication. D'où la nécessité, pour les autorités sanitaires de mettre en place des stratégies culturellement acceptées et adaptées pour sensibiliser les partenaires des femmes enceintes aux avantages et bénéfices de leur implication dans la réduction de la TME.



### 3.8 Tableaux illustratifs

**Tableau1 : Profil sociodémographique des partenaires rapporté par les femmes**

| Variables                                         | Fréquence    |
|---------------------------------------------------|--------------|
| Age des partenaires masculins (years)             |              |
| Moy (IQR)                                         | 35.5 (30-41) |
| Religion des partenaires masculins (%)            |              |
| Catholique                                        | 22 (21.57)   |
| Protestant                                        | 51 (50)      |
| Vodouisant                                        | 7 (6.86)     |
| Aucune                                            | 22 (21.57)   |
| Total                                             | 102 (100)    |
| Milieu de résidence des partenaires masculins (%) |              |
| Rural                                             | 63 (61.77)   |
| Urbain                                            | 39 (38.23)   |
| Total (%)                                         | 102 (100)    |
| Statut matrimonial des partenaires masculins (%)  |              |
| Marié                                             | 17 (16.67)   |
| Union libre                                       | 63 (61.76)   |
| Célibataire                                       | 22 (21.57)   |
| Total                                             | 102 (100)    |
| Niveau d'étude des partenaires masculins (%)      |              |
| Primaire                                          | 35 (34.31)   |
| Secondaire                                        | 57 (55.89)   |
| Universitaire                                     | 10 (9.80)    |
| Total                                             | 102 (100)    |

**Tableau 2 : Profil des partenaires selon leurs antécédents liés au dépistage du VIH rapporté par les femmes**

| Variables                            | Fréquence  |
|--------------------------------------|------------|
| Le partenaire partage son statut VIH |            |
| Non                                  | 70 (68.62) |
| Oui                                  | 32 (31.38) |
| Total                                | 102 (100)  |
| Statut VIH des partenaires masculins |            |
| Négatif                              | 21 (20.59) |
| Positif                              | 11 (10.78) |
| Ne sais pas                          | 70 (68.63) |

**Tableau 3 : Niveau d'implication des partenaires dans les services de PTME**

| Dumarsais Estimé et SSPE de St-Marc (N=102)                                                                      |                   |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Variables : Dimensions de l'implication masculine dans la PTME                                                   | Réponses (%)      |                   |
|                                                                                                                  | Oui               | Non               |
| Votre partenaire vous accompagne aux CPN passées ou à la CPN d'aujourd'hui                                       | 26 (25.5)         | 76 (74.5)         |
| Votre partenaire vous donne les frais de transport, ou paie vos médicaments                                      | 92 (90.20)        | 10 (9.80)         |
| Votre partenaire discute des interventions prénatales avec vous                                                  | 74 (72.55)        | 28 (27.45)        |
| Votre partenaire a pris la peine de savoir ce qui s'est passé pendant les consultations prénatales               | 62 (60.78)        | 40 (39.22)        |
| Votre partenaire connaissait votre rendez-vous d'aujourd'hui en CPN                                              | 84 (82.35)        | 18 (17.65)        |
| Votre partenaire utilise toujours un préservatif lors des rapports sexuels avec vous au cours de votre grossesse | 19 (18.63)        | 83 (81.37)        |
| Index d'implication des partenaires (%)                                                                          | Elevée<br>48 (47) | Faible<br>54 (53) |

**Tableau 4 : Facteurs associés à l'implication des partenaires dans les services de PTME par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des partenaires**

| Variables                      | Niveau d'implication des partenaires |               | P-value |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------|
|                                | Elevée (N=48)                        | Faible (N=54) |         |
| Age du conjoint                |                                      |               |         |
| 20-29                          | 11                                   | 18            |         |
| 30-39                          | 26                                   | 20            | 0,11    |
| 40 et +                        | 11                                   | 16            | 0,83    |
| Résidence du conjoint          |                                      |               |         |
| Rural                          | 29                                   | 34            |         |
| Urbain                         | 19                                   | 20            | 0,79    |
| Religion du conjoint           |                                      |               |         |
| Aucune                         | 13                                   | 9             |         |
| Catholique                     | 12                                   | 10            | 0,76    |
| Protestant                     | 19                                   | 32            | 0,08    |
| Vodouisant                     | 4                                    | 3             | 0,92    |
| Statut matrimonial du conjoint |                                      |               |         |
| Célibataire                    | 11                                   | 11            |         |
| Marié                          | 11                                   | 6             | 0,36    |
| Union libre                    | 26                                   | 37            | 0,47    |
| Niveau d'étude du conjoint     |                                      |               |         |
| Primaire                       | 18                                   | 17            |         |
| Secondaire                     | 28                                   | 29            | 0,83    |
| Universitaire                  | 2                                    | 9             | 0,09    |
| Occupation du conjoint         |                                      |               |         |
| Agriculture                    | 8                                    | 9             |         |
| Aucune                         | 2                                    | 4             | 0,56    |
| Petit commerce                 | 24                                   | 18            | 0,48    |
| Travailleur non qualifié       | 10                                   | 15            | 0,65    |
| Travailleur qualifié           | 4                                    | 8             | 0,46    |

1<sup>er</sup> Décembre  
Journée mondiale de lutte contre le SIDA



**Tableau 5. Facteurs associés à l'implication des partenaires dans les services de PTME par rapport aux variables liées aux antécédents de dépistage du VIH des partenaires**

| Variables liées aux antécédents de dépistage du VIH des partenaires | Niveau d'implication des partenaires |               | P-value |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------|
|                                                                     | Elevée (N=48)                        | Faible (N=54) |         |
| La femme partage son statut VIH à son partenaire                    |                                      |               |         |
| <b>Non</b>                                                          | 31                                   | 43            |         |
| <b>Oui</b>                                                          | 17                                   | 11            | 0.09    |
| Le conjoint partage son statut VIH à sa femme                       |                                      |               |         |
| <b>Non</b>                                                          | 30                                   | 40            |         |
| <b>Oui</b>                                                          | 18                                   | 14            | 0.21    |
| Statut VIH déclaré du partenaire à sa conjointe                     |                                      |               |         |
| <b>Ne sais pas</b>                                                  | 30                                   | 40            |         |
| <b>Négatif</b>                                                      | 11                                   | 10            | 0.44    |
| <b>Positif</b>                                                      | 7                                    | 4             | 0.20    |

### 3.9 Références bibliographiques

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). En finir avec le sida, progresser vers les cibles 90-90-90. Genève; 2017.
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). Vers un accès universel: Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Genève; 2007.
3. Moodley D, Esterhuizen TM, Pather T, Chetty V, Ngaleka L. High HIV incidence during pregnancy: compelling reason for repeat HIV testing. *Aids*. 2009;23(10):1255-9.
4. Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. The prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi: why do so many women drop out. *Reprod Health Matters*. 2009;17.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS). L'utilisation des antirétroviraux pour le traitement du VIH, *Directives de prise en charge*. Genève; 2016.
6. Organisation mondiale de la santé (OMS). Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Genève; 2010.
7. Mullany BC, Becker S, Hindin MJ (2007) The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health Educ Res* 22: 166–176. PMID: 16855015
8. Farquhar C et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 37:1620–1626.

9. Desgrées-du-Loû A et al. From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Social Science and Medicine*, 2009b, 69:892–899.
10. Byamugisha R, Tumwine JK, Semiyaga N, Tylleskär T. Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Eastern Uganda: a cross-sectional survey. *Reproductive health*. 2010;7(1):12
11. Kalembo FW, Zgambo M, Mulaga AN, Yukai D, Ahmed NI. Association between male partner involvement and the uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) interventions in Mwanza district, Malawi: a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66517.
12. Aluisio A, Richardson BA, Bosire R, John-Stewart G, Mbori-Ngacha D, Farquhar C. Male Antenatal Attendance and HIV Testing Are Associated with Decreased Infant HIV Infection and Increased HIV Free Survival. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2011;56(1):76-82.
13. Msuya SE et al. Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: implications for preventive programs. *AIDS Care*, 2008, 20:700–709.
14. Morfaw F, Mbuagbaw L, Thabane L, Rodrigues C, Wunderlich A-P, Nana P, et al. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. *Systematic Reviews*. 2013;2:5-.
15. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). Résultats préliminaires du rapport de l'Enquête de mortalité, morbidité et utilisation des Services (EMMUS-VI). Haïti; 2016-2017
16. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). Étude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti. 2012.
17. Monitoring, Evaluation et Surveillance Intégrée (MESI). Consulté en décembre 2017.
18. Pierre D, Maitre M, Louis E. Analyse sexospécifique des déterminants socio-culturels de la santé en Haïti. PADESS-MSPP, 2010.
19. Yohannes Abuhay, Lakew Abebe, Fentahun N. Male involvement in prevention of mother to child transmission of HIV and associated factors among males in Addis Ababa, Ethiopia. *American Journal of Health Research*. 2014; 2(6): 338-343.



20. Amano A, Musa A. Male involvement in PMTCT and associated factors among men whom their wives had ANC visit 12 months prior to the study in Gondar town, North west Ethiopia, December, 2014. The Pan African Medical Journal. 2016;24.

21. Suksomboon N, Poolsup N, Ket-aim S. Systematic review of the efficacy of antiretroviral therapies for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2007;32(3):293-311.

### 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

## 4. Vérification à distance des données VIH/sida en Haïti

Joanne Hyppolite Isidor, Rose Dyna Georgie A. Boulay et Blondine Jean Baptiste<sup>6</sup>

### 4.1 Mise en contexte

En Haïti, au moment où cet article est écrit, aucune maladie ne bénéficie d'un pareil niveau en termes de collecte, d'analyse et de disponibilité de données valides et fiables que celle du sida. Grâce à ces données crédibles et actualisées, le pays et les partenaires internationaux du MSPP peuvent planifier et mettre en œuvre des projets bien ficelés pour faire face à l'épidémie du VIH. Ils peuvent se concentrer sur les services dans les endroits et auprès des populations qui en ont le plus besoin, augmentant ainsi l'impact tout en baissant les coûts.

Le Programme National de Lutte contre le Sida, dans le cadre de l'exécution de son mandat régalien, est responsable du contrôle et de la diffusion des informations stratégiques et programmatiques sur l'évolution de l'épidémie de VIH en Haïti. Ces tâches sont assumées avec humilité, élégance, honnêteté et impartialité. Ainsi, pour que l'information soit utile, elle doit être crédible. Et pour être crédible, il faut qu'elle soit recueillie correctement, vérifiée avec soin, et que son exactitude soit avérée.

### 4.2 Justification de la vérification de données au niveau du PNLS

Dans un souci d'assurer un contrôle constant de la qualité des données soumises, PNLS à travers son service Suivi/Evaluation a adopté certaines interventions d'amélioration de la qualité des données et l'une d'entre elles est celle de vérification à distance des données à partir de la base de données nationale MESI en VIH de manière régulière. Sachant que tout système manipulé par l'être humain est sujet à des éventuelles erreurs, il est important de faire un contrôle de vérification de manière fréquente afin de relever les potentiels problèmes d'incohérence, d'erreurs de saisie, d'affichage ou de bug du système.



<sup>6</sup> Mme Joanne Isidor, auteur principal de cet article, Mme Rose Dyna Georgie Boulay et Mme Blondine Jean Baptiste, co-auteurs sont toutes les 3 des employés du PNLS qui accomplissent leurs tâches au sein du service suivi et évaluation avec compétence et efficacité. La lecture approfondie de ce texte permettra au lecteur avisé de comprendre l'importance du mandat du contrôle de la qualité de données effectué par PNLS et en particulier du travail sérieux exécuté au quotidien par ces cadres et par tous les autres gestionnaires de données de ce service.



Parallèlement, PNLS procède également à une validation régulière des données au niveau des sources primaires, afin de vérifier le niveau de concordance, d'exactitude et de fiabilité entre les données publiées sur MESI et la réalité au niveau de la majorité des points de prestation en Haïti qui offrent des services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement du VIH.

Vu que cette démarche nécessite toute une mobilisation de ressources et de temps, le PNLS ainsi que certaines institutions partenaires préconisent la vérification à distance des données dont le but principal consiste à veiller à la qualité des données postées sur le système en ligne [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht) tout en examinant la promptitude des rapports, la complétude des formulaires, la cohérence entre certains indicateurs et en même temps identifier les éventuels problèmes d'affichage (erreurs de saisie, de calcul ...) et de bug de MESI.

L'intégrité des données est également assurée par un suivi constant avec les institutions. Cette stratégie est affinée à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles. En affinant sans cesse le processus de collecte et de validation des données, PNLS fait en sorte que les données qu'elle publie continuent d'être appréciées et respectées par les personnes et les organisations qui œuvrent pour en finir avec le sida d'ici à 2030.

Suivre ces étapes qui suivent vous rendra confiant dans vos démarches de transformation de vos données en informations et vous aideront à vous inscrire dans une dynamique constante d'amélioration continue de la qualité des données.

### 4.3 Processus de vérification de données à distance

#### 4.3.1 Onglets utilisés dans le processus de vérification à distance

Au préalable, il est important que celui qui souhaite faire une vérification à distance sur MESI ait une connaissance approfondie et une expérience avérée du fonctionnement du site Web <https://www.mesi.ht>. En d'autres termes, savoir naviguer et connaître les différentes fonctions de chacun des onglets disponibles et utilisés dans le processus.

Les étapes ci-dessous présentent de manière succincte le rôle des trois principaux onglets utilisés dans la vérification à distance des données sur MESI qui sont :



1. **Monitoring ;**
2. **Rapports et Analyses ;**
3. **Gestion de données.**

#### 4.3.2 Première étape de la vérification à distance sur MESI : connaissance du tableau de monitoring

L'onglet monitoring permet d'abord de vérifier la disponibilité des formulaires de rapports dans le délai établi (promptitude) par une simple visualisation du système, ensuite de vérifier le statut du formulaire de rapport. C'est-à-dire si ce dernier est en cours de saisie, en validation, retourné, publié ou que le formulaire de rapport n'a pas été planifié.

Le tableau de monitoring MESI affiche les données de suivi des rapports. La légende indique les statuts : En Cours(Saisie) (orange), En validation (jaune), Publié (vert), Retourné (bleu), Erreur (rouge), et Questionnaire vierge ou non planifié (gris). Le tableau liste les institutions (Centre de Santé de Port-au-Prince, Centre de Santé de Gonaïves, etc.) et les mois (Octobre 2017, Novembre 2017, etc.).

L'onglet monitoring permet aussi de vérifier le niveau de complétude du formulaire en comparant le nombre de champs rempli par rapport au nombre de champs qui devrait-être rempli pour le formulaire en question.

MESI utilise des couleurs pour décrire le statut d'un formulaire de rapport. Ci-dessous la signification des différentes couleurs utilisées.

En Cours(Saisie) : orange En validation : jaune Publié : vert Retourné : bleu Erreur : rouge Questionnaire vierge ou non planifié : gris

- **En cours de (saisie) :** la couleur orange est utilisée pour un rapport qui est en cours de saisie sur le système, mais non encore soumis par l'institution.
- **En validation :** la couleur jaune est utilisée pour un rapport qui est soumis par l'institution sur MESI, mais non encore validé par l'instance responsable de la validation des données (Le PNLS). À ce niveau le gestionnaire de donnée de l'institution ne peut plus accéder à ce formulaire de rapport.
- **Publié :** La couleur verte est utilisée pour un rapport qui a été validé et publié par l'instance responsable de la validation de données après une visite de terrain.
- **Retourné :** la couleur bleue est utilisée pour un rapport qui a une erreur quelconque (erreur de saisie, erreur de calcul, indicateur mal rapporté, etc.). À ce moment-là, le rapport est retourné pour correction par le gestionnaire de donnée de l'institution.



De ce fait, il peut accéder au formulaire de rapport à nouveau afin de porter les corrections nécessaires.

- **Questionnaire vierge ou non planifié :**  La couleur rouge est utilisée pour un rapport qui n'est pas planifié, soit l'institution en question ne fournit pas ce service (Ex : PTME). Ou cette institution ne soumet plus de données directement sur MESI.

**Avec l'onglet monitoring, on peut faire la vérification de la disponibilité du rapport, de la description du statut et de la complétude du formulaire de rapport sur MESI.**

Pour ce faire, dans la rubrique « **Critères de sélection** » sélectionner d'abord la période, parfois le département et le réseau au besoin puis le type de rapport à visualiser et ensuite cliquez sur « **actualiser le rapport** ». (Voir tableau ci-dessus) En faisant la revue des rapports, plusieurs scénarios sont possibles :

- Le rapport peut ne pas être disponible (**formulaires en cours de saisie par l'institution**) ;
- Le rapport peut être soumis par l'institution, mais non encore validé (**en validation**) ;
- Le rapport est validé et publié (**rapports publiés**) ;
- Le rapport peut se retrouver au niveau des rapports retournés sur MESI (**rapports retournés**) ;
- Le formulaire peut ne pas être planifié (**questionnaire vierge ou non planifié sur MESI**) ;
- Le rapport peut ne pas être complet.

Au cours de cette première étape les démarches suivantes sont conseillées à une meilleure utilisation de l'onglet monitoring.

**Suivi à faire au cas où le rapport ne serait pas disponible.** Bien avant la date butoir pour la disponibilité du rapport sur MESI un rappel par courriel et/ou par téléphone doit être fait entre le 28 et le 1er de chaque mois à toutes les institutions pour le respect du délai de soumission des rapports. Dans le cas où le rapport ne serait pas disponible dans le délai imparti, une correspondance doit être envoyée aux institutions qui n'ont pas encore soumis leurs rapports.

**Suivi à faire si le rapport n'est pas encore validé.** La validation d'un rapport se fait en utilisant les sources primaires de l'institution. Pour le faire, il faut planifier une visite de validation de données au niveau de l'institution concernée.

**Le rapport est validé et publié.** Un rapport publié (en vert) signifie que les données du rapport sont correctes, sont de qualité et peuvent être utilisées par le MSPP dans son ensemble, les partenaires d'implémentation, les donateurs de fonds, les agences onusiennes, les chercheurs et les planificateurs pour la prise de décision judicieuse.

**Suivi à faire si le rapport se trouverait dans la rubrique des rapports retournés.** Lors de la vérification des données sur MESI, si un formulaire n'est pas planifié pour une institution, il est important de vérifier si cette dernière ne fournit pas ce service. A titre d'exemple, les prisons civiles ne fournissent pas de service PTME. Puis à vérifier aussi si cette institution ne soumet plus ces données directement sur MESI, comme c'est le cas du Centre de Santé de Pestel » qui devient un site satellite de l'Hôpital Saint-Antoine de Jérémie.

**Suivi à faire au cas où le rapport ne serait pas complet.** Si le rapport n'est pas complet, il faut ouvrir le formulaire au niveau du monitoring afin de visualiser les champs qui n'ont pas été remplis, ensuite documenter en faisant soit des copies d'écrans ou relever textuellement les indicateurs sur un fichier Word en prenant le soin de mettre le nom de l'institution, le mois du rapport afin de le partager avec les responsables de l'institution.

Une fois le processus de vérification de la disponibilité et la complétude des rapports déterminés, le contrôleur va passer à la deuxième étape qui est celle de la vérification de la cohérence des indicateurs dans le tableau « **Rapports et Analyses** » de MESI.

#### **4.3.3 Deuxième étape de la vérification à distance sur MESI : analyse de la cohérence des indicateurs dans le tableau rapports et analyses**

Cet onglet permet d'avoir une vue globale des analyses qui peuvent être faites sur certains indicateurs clés soumis dans les rapports mensuels par les institutions. Puis à partir de ces analyses, les éventuelles erreurs de saisie, d'incohérence, de calcul, sont facilement identifiables. Donc, en résumé, ce tableau permet de voir sur une période donnée et selon certains critères de sélection, les valeurs quantitatives postées pour un indicateur et les analyses effectuées pour mesurer la performance des institutions sur ces indicateurs.

L'onglet **Rapports et Analyses** une fois sélectionné, il est nécessaire de choisir l'indicateur à vérifier pour un département, un réseau ou une institution (*rubrique critères de sélection*). En raison des mises à jour effectuées à chaque nouvelle période sur MESI concernant les changements opérés au niveau des rapports, il est recommandé surtout de consulter les indicateurs qui contiennent une abréviation. À titre d'exemple : HTS-TST, PMTCT- STAT, TX-NEW, TX-CURR, TX- PVLS etc.



Avant d'analyser les données dans cet onglet, il est important de connaître la définition opérationnelle de cet indicateur, son mode de rapportage et quels sont les indicateurs utilisés par MESI dans le formulaire de rapport mensuel pour afficher ces données dans la rubrique « Rapports et Analyses ».

| CODE INSTITUTION                          | FEMMES ENCEINTEES CONSEILLEES (PRE-NATALE) | FEMMES SOUS ARV DEVENUES ENCEINTEES | TOTAL F.E. AVEC STATUT VIH CONNU | FE PREMIERE VISITE EN CPN | PMTCT_STAT (EN %) |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Centre de Santé de Marmelade              | 388                                        | 1                                   | 389                              | 388                       | 100.26            |
| 511108 Centre de Santé de Raboteau        | 2835                                       | 16                                  | 2851                             | 2878                      | 99.06             |
| 511105 Centre de Santé K-Soleil           | 1309                                       | 17                                  | 1326                             | 1329                      | 99.77             |
| 511208 Centre de Santé Pierre Payen       | 1117                                       | 23                                  | 1140                             | 1165                      | 97.85             |
| Centre de Santé Saint-Michel de l'Atalaye | 1041                                       | 13                                  | 1054                             | 1043                      | 100.67            |

En analysant les données pour un indicateur quelconque, plusieurs hypothèses sont possibles :

- **Rapportage de l'indicateur semble correct, pas d'incohérence, d'in vraisemblance**  
**Pas d'erreur de saisie, de calcul identifié, que faire ?** Si le rapport semble correct, aucun problème n'a été identifié, il faut quand même vérifier le formulaire du rapport afin d'être sûr que tous les indicateurs sont cohérents.
- **Problèmes de données identifiés, l'indicateur présente des incohérences au niveau des pourcentages affichés, erreurs de saisies ou de calculs possibles. Que faire ?**
- Identifier le ou les mois pour lesquels s'affiche un problème pour cet indicateur.

ANALYSE TEMPORELLE FE AVEC STATUT VIH CONNU : PMTCT\_STAT ENTRE OCT 2017 ET SEPT 2018 POUR CENTRE DE SANTÉ DE MARMELADE POUR ARTIBONITE

| PERIODE        | FEMMES ENCEINTEES CONSEILLEES (PRE-NATALE) | FEMMES SOUS ARV DEVENUES ENCEINTEES | TOTAL F.E. AVEC STATUT VIH CONNU | FE PREMIERE VISITE EN CPN | PMTCT_STAT (EN %) |
|----------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Octobre 2017   | 25                                         | 0                                   | 25                               | 25                        | 100.00            |
| Novembre 2017  | 30                                         | 0                                   | 30                               | 30                        | 100.00            |
| Décembre 2017  | 21                                         | 0                                   | 21                               | 21                        | 100.00            |
| Janvier 2018   | 35                                         | 1                                   | 36                               | 35                        | 102.86            |
| Février 2018   | 24                                         | 0                                   | 24                               | 24                        | 100.00            |
| Mars 2018      | 37                                         | 0                                   | 37                               | 37                        | 100.00            |
| Avril 2018     | 34                                         | 0                                   | 34                               | 34                        | 100.00            |
| Mai 2018       | 33                                         | 0                                   | 33                               | 33                        | 100.00            |
| Juin 2018      | 29                                         | 0                                   | 29                               | 29                        | 100.00            |
| Juillet 2018   | 35                                         | 0                                   | 35                               | 35                        | 100.00            |
| Août 2018      | 46                                         | 0                                   | 46                               | 46                        | 100.00            |
| Septembre 2018 | 39                                         | 0                                   | 39                               | 39                        | 100.00            |
| RECAPITULATIF  | CENTRE DE SANTÉ DE MARMELADE               | 388                                 | 1                                | 389                       | 388               |

- Aller à l'onglet gestion de données, ouvrir le formulaire de rapport, vérifier d'abord si l'indicateur reporté au niveau des « rapports et Analyses » présente une erreur de saisie ou de calcul. Documenter le problème identifié en fournissant des explications plausibles basées sur la définition opérationnelle de cet indicateur, accompagner cette documentation avec des copies d'écrans à l'appui afin que le gestionnaire de données soit en mesure de bien appréhender le problème identifié et de porter les corrections nécessaires.

- Problèmes d'affichage identifiés au niveau du tableau « Rapports et Analyses », mais non identifiés au niveau du formulaire de rapport. Que faire?
- Si un problème de donnée a été identifié au niveau de l'affichage des indicateurs du tableau « rapports et Analyses » et ce constat n'a pas été identifié au niveau du rapportage des indicateurs dans le formulaire de rapport mensuel, il faut au préalable vérifier cet indicateur pour plusieurs institutions si le même constat a été documenté pour ces institutions, il faut ensuite rechercher quel indicateur MESI a pu afficher à sa place ? Ou est-ce un problème d'affichage ou d'un bug (en informatique, un **bug** (insecte en anglais) ou **bogue** (au Québec et en France) est un défaut de conception d'un programme informatique à l'origine d'un dysfonctionnement). ? Ensuite ;
- Documenter le problème identifié sur MESI dans le système de communication et d'échange « Helpdesk » mis en place par l'administrateur de Solutions SA, gestionnaire de cette base, permettant aux partenaires impliqués dans la gestion de données d'identifier et de corriger ensemble les différents problèmes sur MESI et avoir une interprétation commune de la définition opérationnelle de ces indicateurs.

Il ne faut pas oublier que les étapes 2 et 3 se font simultanément, celle de la vérification des données directement dans les formulaires de rapports mensuels, pour que le contrôleur puisse comprendre la nature exacte d'une ou des incohérences identifiées. Est-ce des erreurs de saisie ou de calcul ? Est-ce un problème de rapportage par les gestionnaires de données ? Ou un bug sur MESI.

#### 4.3.4 Troisième étape de la vérification à distance sur MESI : vérification du formulaire de rapport

Cette partie consiste à observer dans l'intégralité, le formulaire de rapport soumis afin de vérifier tous les indicateurs qui n'ont pas été sélectionnés dans le tableau « Rapports et Analyses » aux fins d'analyses.

Pour les tableaux « Monitoring » et « Rapport et Analyses » n'importe quelle personne peut accéder à l'interface MESI, par contre pour le menu « Gestion de données », pour y accéder la personne doit avoir un nom d'utilisateur et un mot passe reconnu par le système puis cliquer sur « connexion ».



Ce tableau apparaîtra ainsi :

Il permet d'avoir accès au formulaire de rapport soumis par toutes les institutions. On peut facilement visualiser les valeurs soumises pour l'ensemble des indicateurs, les données manquantes pour un indicateur quelconque (rapport incomplet), les erreurs de saisies et de calcul.

#### 4.3.5 Quatrième et dernière étape de la vérification à distance : partage des investigations avec les sites et autres partenaires

Le tout consiste à envoyer une correspondance sur l'ensemble des problèmes identifiés à l'institution. Il est préférable de documenter les explications et les copies d'écrans sur un fichier Word afin de les soumettre en pièce jointe également pour faciliter la lecture.

**N.B.** Les copies d'écrans doivent être claires, lisibles et compréhensibles.

#### 4.4 Recommandations générales

Ce sont :

Communiquer d'abord par voie téléphonique avec Le prestataire qui est responsable de la gestion de données au niveau de l'institution lorsqu'un problème a été identifié au niveau d'un rapport sur MESI, cela permet au gestionnaire de données de mieux appréhender le problème et faciliter la correction du rapport.

- Il est primordial de documenter un problème de données par courrier électronique après le partage par téléphone afin de laisser une trace pour faire le suivi avec l'institution.

- IL ne faut jamais retourner un rapport sans avertir l'institution au préalable.
- Après avoir retourné un rapport pour correction, il faut faire des suivis téléphoniques jusqu'à ce que le rapport soit soumis à nouveau par l'institution.

Après avoir réalisé toutes ces étapes, le contrôleur planifie des visites de validation de données au niveau des institutions concernées. Lors des visites de validation de données sur le terrain, le contrôleur de concert avec le gestionnaire de données de l'institution effectue le décompte des indicateurs dans les outils de collecte afin de vérifier l'exactitude et la fiabilité des données soumises. Ensuite, le gestionnaire de données de l'institution procède à la correction des rapports s'il y a des écarts entre les données déjà soumises sur MESI et celles obtenues après validation. C'est seulement dans ce cas que les rapports peuvent être « publiés » sur MESI (c.-à-d. revêtir de cette couleur verte dans le tableau Monitoring : 645/645 645/645 644/645 645/645 ). Au niveau de cet exemple, le troisième rapport 644/645 a été publié avec un champ non rempli.

#### 4.5 Conclusion

Le processus de vérification à distance des données sur MESI est dynamique ; ses différents éléments peuvent être modifiés à tout moment en fonction des mises à jour du système. La vérification à distance ne peut remplacer la validation sur le terrain, car un monde de différence peut exister entre les données postées sur MESI et les données validées en utilisant les sources de données primaires de l'institution. Toutefois, il faut affirmer que la vérification à distance des données soumises sur MESI et la validation de données sur le terrain sont complémentaires. L'un ne saurait exister sans l'autre, ils marchent de pair, leur but commun c'est de veiller à la qualité des données postées sur le système en ligne [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht) afin que les utilisateurs de ces informations prennent de bonnes décisions en ce qui a trait à l'élimination de cette maladie d'ici à 2030.



## 5. Catholic Medical Mission Board un fleuron de la lutte contre le VIH en Haïti

### 5.1 Transformation d'un choc émotionnel en un mouvement de solidarité

Catholic Medical Mission Board (CMMB) a pris naissance en Haïti en 1912 et représente le rêve du Dr. Paluel Joseph Flagg, un jeune résident en anesthésiologie de l'hôpital Saint-Vincent à New York. Ce rêve est né d'une tragédie personnelle : la mort de sa fille en bas âge d'une asphyxie néonatale au début de sa première année et la mort de sa femme quelque mois plus tard. Dans son chagrin, le Dr. Flagg a cherché réconfort, et il l'a trouvé en servant les autres.

Le fondateur de CMMB, Dr. Paluel Flagg (1886-1970), est venu en Haïti pour soigner les patients atteints de lèpre au début du XXe siècle. Il a constaté l'immense besoin sanitaire d'Haïti, il a compris qu'il devait en faire plus. Il a recruté d'autres personnes pour le rejoindre, plusieurs organisations confessionnelles se sont engagées avec lui pour travailler volontairement dans les pays en voie de développement.

### 5.2 Interventions et aire de desserte de CMMB

CMMB travaille dans neuf départements géographiques d'Haïti et apporte son support au bon fonctionnement du système de santé haïtien en facilitant l'augmentation de l'accès à des soins de santé de qualité. CMMB intervient dans la santé maternelle et infantile, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les soins et traitement du VIH, le dépistage et le traitement de la tuberculose, la prévention et l'élimination de la malaria, le traitement et l'élimination de la lèpre, la réhabilitation des personnes handicapées.

CMMB s'est employé à améliorer les compétences des prestataires de soins dans différents domaines et également à renforcer les capacités d'institutions locales, pas seulement dans la prestation de services cliniques mais aussi dans l'application des procédures financières, le développement de plan d'affaires, la promotion du sens de leadership et de la bonne gouvernance. CMMB a aussi construit un partenariat solide avec le MSPP, les directions départementales sanitaires, les écoles de médecine et d'infirmières reconnues à travers le pays.

Au mois de Mars 2017, CMMB a inauguré l'Hôpital Bishop Joseph Sullivan (HBJS), un hôpital rural avec une capacité de trente (30) lits situé dans la commune de Côtes-de-Fer, département du Sud-est afin de compenser le manque d'accès aux soins de santé. HBJS est construit sur une propriété offerte en don par la communauté. Cet hôpital dessert actuellement une population de plus de 65.000 personnes et offre des soins de santé de qualité. C'est également aux Côtes-de-Fer que CMMB implémente son programme communautaire intégré de santé (CHAMPS).

C'est un programme avec un engagement de 15 à 20 ans pour l'amélioration du bien-être des femmes, des enfants et de la communauté, qui couvre la santé maternelle et infantile, l'eau et l'assainissement, la nutrition, les activités génératrices de revenu. Tout ceci est implémenté en partenariat avec la communauté.



Image 1. Vue aérienne de l'Hôpital Bishop Joseph Sullivan



Image 2. Une photo de la cérémonie d'inauguration de cet hôpital.

### 5.3 Projets de CMMB dans la lutte contre le VIH en Haïti

Depuis 2003, CMMB-Haïti s'est engagé dans la lutte contre le VIH/sida et a mis en œuvre un programme de prévention et de prise en charge du VIH. Ce programme est supporté techniquement et financièrement par le PEPFAR à travers les CDC. A partir de ce soutien, CMMB travaille avec seize (16) institutions de santé, dont treize (13) confessionnelles et trois (3) publiques, réparties dans cinq (5) départements géographiques : Nord, Artibonite, Ouest, Sud et les Nippes.

ALESIDA<sup>7</sup>, le projet en cours d'exécution, se concentre sur la prévention du VIH ainsi que les soins et traitement des PVVIH, en garantissant la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services. Le projet donne la priorité à l'appropriation par les communautés desservies et le pays, à la coordination, à l'innovation, à la qualité des données et à une expansion ciblée des activités. ALESIDA s'emploie à améliorer la capacité des prestataires de soins pour mettre en œuvre les meilleures pratiques, réduire la non-adhérence et les perdus de vue. ALESIDA fait suite à SIDALE (2011-2016), qui a été implémenté dans huit (8) hôpitaux à foi confessionnelle et un centre de santé publique. SIDALE était l'extension de AIDSRelief (2004-2011). Ci-dessus une image du centre de santé de Port Margot qui a été rénové récemment. ALESIDA, adopte une approche coût-efficacité pour fournir durablement des soins intégrés VIH/sida à partir des institutions du réseau et permet à plus de 12.000 PVVIH de bénéficier de soins et traitement de qualité.



#### 5.4 Stratégies mises en œuvre par CMMB dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti

**Formation continue, un des éléments clés des stratégies mises en œuvre par CMMB.** Avoir une équipe technique compétente, dynamique et motivée au cœur du projet a été essentiel à son succès. L'équipe fournit une assistance technique de proximité soit par :

- Des visites régulières dans les institutions sanitaires ;
- Un mentorat intensif ;
- Et des interactions continues par téléphone ou via Zoom.

Ces activités permettent de mieux encadrer les prestataires en ce qui concerne le suivi et l'évaluation, les finances, le renforcement du système de santé, l'amélioration de la qualité des services et ainsi que les soins et le traitement clinique du VIH.



L'équipe ALESIDA comprend trois sous-groupes : l'équipe clinique, l'équipe d'information stratégique et une équipe de finance et de gestion.

<sup>7</sup> ALESIDA et SIDALE sont des slogans qui signifient en Créole : retire kò w' SIDA, fè m' pa wè w', SIDA retire kò w'.

**Services de qualité centrés sur les besoins du patient.** CMMB, dans le cadre du Projet ALESIDA, fait la promotion d'une approche patient-centrée, où les réalités du patient sont prises en compte. Aussi, CMMB met en œuvre un modèle de soins différenciés, flexibles et adaptés aux besoins des patients.

Les patients adhérents au TAR, avec une charge virale indétectable et consentants sont éligibles pour recevoir leurs médicaments pour une période de plus de trois mois : Multimonth scripting (MMS/PDP) ou encore peuvent recevoir leurs médicaments directement au sein de la communauté (DAC) pour moins de trois (3) mois. Les autres catégories de patients sont encouragées à venir au sein de l'institution pour un suivi clinique et psycho-social régulier.



Image 3. Une session de travail Healthqual sur l'amélioration de la qualité des services fournis

**Multi-Month Scripting, Task Shifting et distribution d'ARV Communautaire.** CMMB, du temps de AIDSRelief, a été l'une des premières institutions à avoir contribué à implémenter le Multimonth Scripting (MMS) en Haïti, maintenant appelé Programme de Dispensation ARV Prolongé (prescription de médicaments pour plusieurs mois) ainsi que le transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières (task shifting), ce qui a grandement permis de réduire le temps d'attente des patients. Dans le souci d'améliorer la rétention en soins des PVVIH, CMMB a initié la distribution d'ARV communautaire en Janvier 2015 à la Clinique Béthel de Fonds des Nègres puis a étendu cette pratique à tous les sites du réseau vu les retombées positives enregistrées. Le modèle de distribution d'ARV communautaire actuellement adopté par le Projet ALESIDA se fait soit dans des points fixes ou à domicile.

**Priorisation de patients à risque de devenir perdus de vu.** Dans l'approche de CMMB pour améliorer la rétention en soins, l'identification des patients à risque élevé d'attrition et de non-adhérence est une priorité.



Les prestataires de soins du réseau de CMMB utilisent un outil, le « Red Flag List », où sont notés les patients à problème. Cette liste est communiquée aux Agents de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) qui réalisent des visites domiciliaires rapprochées pour ces patients, en particulier durant la première année de TAR. De nombreux problèmes de la vie qui affectent les résultats cliniques ne peuvent pas être résolus par les prestataires de soins (par exemple, difficultés socio-économique, nutrition médiocre). Ainsi, CMMB met les patients en relation avec des organisations et des services communautaires pour combler les lacunes.

## 5.5 Principaux résultats obtenus par CMMB dans la lutte contre le VIH en Haïti

Les institutions de CMMB qui offrent des services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement du VIH ont régulièrement obtenu des résultats cliniques supérieurs à la moyenne nationale, avec par exemple un taux de rétention ajusté de 78%, le plus élevé du pays, au cours de l'exercice 2017-2018.

Dans le contexte des trois « 95 », ALESIDA se démarque avec 99,7% des patients testés pour VIH connaissant leur statut (premier des trois 95), 92,6% des patients testés VIH positifs enrôlés sous thérapie antirétrovirale (deuxième 95) et un niveau de suppression virale de 76,7% se situant en tête de liste pour tout le pays quoique non encore optimal pour le troisième 95.

## 5.6 Éléments clés du système d'informations de CMMB en VIH/sida

CMMB s'appuie sur le contrôle continu de la qualité et veille à la soumission de données valides et fiables dans les délais. La gestion de la performance des sites est faite à partir des données mensuelles et trimestrielles qui permettent la mise en œuvre d'interventions ciblées et l'implémentation de stratégies basées sur les évidences dans le cadre de l'assistance technique fournie aux différentes institutions.



A CMMB, leur sens de la culture institutionnelle axée sur la gestion factuelle (evidence-based) et leur approche d'équipe axée sur les solutions permettent de transformer les contraintes et défis rencontrés au niveau des institutions en opportunités d'amélioration. Différents projets d'amélioration continue de la qualité des services sont conduits régulièrement au niveau des seize (16) institutions et permettent d'adresser les problèmes identifiés et de relever le niveau des soins offerts aux patients.

ALESIDA a travaillé avec les sites pour mettre en place ou maintenir des plateformes d'informations stratégiques dynamiques et des systèmes de rétro alimentation. Le système national de dossiers électroniques médicaux en VIH/sida, I-santé, constitue la base de la collecte de données. Les outils de projet développés comme IQSolutions (IQTools, IQFacility, IQReports, IQSMS, IQTrain), sont complémentaires à I-santé et facilitent la validation, l'analyse et le rapportage des données.

## 5.7 Meilleures pratiques au sein du réseau CMMB en VIH/sida

**Participation des hommes aux soins de santé.** Mobiliser les leaders masculins des communautés à supporter les femmes pour les visites prénatales, la vaccination ; engager les hommes en général à se faire dépister pour le VIH s'est révélé très efficace. En Zambie, (12/01/2006–01/31/2011), dans le cadre du projet « Men Taking Action / MTA » la fréquentation dans les cliniques de PTME, soins et traitement du VIH/sida et les visites prénatales sont passés de 60 à 92%. CMMB a commencé avec l'idée que la santé de la famille est de la responsabilité de l'homme également et a recherché le soutien des leaders communautaires masculins respectés, tels que les tradipraticiens, puis ces hommes ont été formés à promouvoir les messages sur la santé au sein de leur communauté. Un réseau de référence a été établi par la majorité des institutions du réseau CMMB via les tradipraticiens formés pour identifier les clients malades, « suspects de VIH », ceci depuis mars 2017. L'approche MTA a été adoptée en Haïti pour les projets VIH de CMMB et d'autres programmes avec beaucoup de succès.



Image 4. Une réunion de conseil de couples au sein d'une des communautés desservies par une institution du réseau CMMB.



Image 5. Une photo de famille regroupant différents prestataires des sites du réseau CMMB lors de la réalisation d'une communauté de pratique.

**Souci constant d'amélioration des pratiques.** Le succès d'ALESIDA réside dans la recherche et la mise en œuvre continue de stratégies innovantes adaptées à la réalité d'Haïti en tant que pays à ressources très limitées ainsi que la promotion des bonnes pratiques. Par exemple, la « Communauté de Pratiques » est un espace d'échanges entre les sites du Projet ALESIDA réalisé au moins une fois par an permettant le partage d'expériences et de bonnes pratiques sur la base des résultats ainsi que l'appropriation de stratégies innovantes et à succès. Elle représente un atout pour la pérennité et l'autonomie du site.

Outre la « Communauté de Pratiques », CMMB organise différents ateliers et rencontres dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés au sein des institutions comme :

- Des réunions de performance trimestrielles avec les responsables de site pour discuter des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs, identifier les défis et proposer des solutions ;
- Un atelier HealthQual où sont représentés tous les sites pour discuter des problèmes de qualité et concevoir des réponses pour les adresser ;
- Une retraite annuelle du projet ALESIDA où tous les membres de l'équipe technique identifient les défis globaux relatifs au projet, réalisent des séances de brainstorming et élaborent des plans de redressement ;
- Le forum clinique, espace d'échanges et de discussions pour les cliniciens sur la prise en charge de cas à problème ;
- Une réunion annuelle des partenaires à laquelle participent le coordonnateur de site, les directeurs exécutifs des sites partenaires pour présenter les résultats et discuter de la prochaine année du projet. Ci-contre, une image d'une réunion annuelle de partenaires.

La collaboration, le mentorat et les relations de confiance établis au fil du temps avec les prestataires au niveau des sites continuent de générer des améliorations significatives de la capacité clinique des prestataires pour la prise en charge des patients. A CMMB, l'apprentissage est facilité par une culture d'amélioration continue de la qualité qui prend en compte les commentaires du PNLS et de CDC. CMMB, pour obtenir une amélioration durable et plus équitable des services de santé, accorde une attention à toutes les autres composantes du système de santé, par exemple : information stratégique, leadership et gouvernance, ressources humaines, chaînes d'approvisionnement et finance.

## 5.8 CMMB toujours plus haut toujours plus loin

A CMMB, la quête continue de l'excellence est la base de leur travail. Cette vision se concrétise à travers les multiples innovations basées sur l'utilisation des données de qualité, le dynamisme du staff technique, l'esprit d'équipe et les relations de collaboration privilégiées et rapprochées entretenues avec les différentes institutions du réseau dans le respect mutuel, la fertilisation croisée et l'offre de service centrée sur le patient

Dans la perspective du contrôle et de l'inversion des tendances de l'épidémie de VIH en Haïti, CMMB mettra l'emphasis sur :

- L'identification des lacunes (gaps) dans les différents points de service - tout en priorisant les facteurs affectant l'atteinte des trois « 95 » ainsi que la qualité des soins offerts au sein de nos différentes institutions ;
- L'élaboration et l'implémentation d'outils adaptés pour un meilleur monitoring et suivi ;

- La recherche et la mise en œuvre de stratégies adaptées, innovantes, basées sur les données de qualité et ciblées, de manière à répondre au besoin de chaque institution. Elles se feront en relation avec :
  - 1er « 95 » : cartographie des zones à forte prévalence de VIH, dépistage ciblé, dépistage des partenaires... ;
  - 2ème « 95 » : application du « dépister et traiter », système d'escorte, tracking des perdus de vue, support psycho-social des patients en déni... ;
  - 3ème « 95 » : classe de charge virale détectable, counseling renforce à l'adhérence adapté au patient, counseling à distance, registre électronique de charge virale élevée, comité d'adhérence/thérapeutique, plan de charge Virale indétectable ... ;
  - Qualité des soins : surveillance et analyse des causes de décès, gestion des Infections opportunistes ;
  - Suivi des recommandations faites lors des visites d'assistance techniques antérieures
  - Encadrement des prestataires à travers un coaching rapproché et la formation continue
  - Renforcement des capacités institutionnels et des liens inter-institutions
  - Documentation des leçons apprises et des histoires à succès.

PNLS encourage CMMB à maintenir ce haut niveau d'excellence à se questionner, à partager et à viser plus loin. La lutte contre le VIH a besoin ce genre d'organisation qui manifeste un ancrage communautaire fort, un besoin constant de l'amélioration de la qualité des services et la quête permanente de la satisfaction des besoins de sa clientèle. C'est à ce prix que le Programme National de Lutte contre le Sida et tous ses partenaires pourront obtenir les trois 95 et gagner la bataille contre le VIH au bénéfice d'Haïti et de toute sa population d'ici à 2030.

**CMMB, toujours plus haut, encore plus loin !**



## 6. Portrait d'un employé-modèle en gestion de données VIH/sida de l'année 2018

Jean Etienne Toussaint et Jéthro Guerrier

### 6.1 La gratitude est la clé du bonheur

Maintenir un haut niveau de performance individuelle n'est pas une chose aisée. Différents facteurs institutionnel, familial, environnement sociopolitique et économique peuvent influencer le rendement d'un employé. Or, pour arriver à l'élimination de l'épidémie à VIH d'ici à 2030, nous devons compter sur l'apport de tous les prestataires qui travaillent avec acharnement pour offrir des services de qualité à la population haïtienne, en particulier les gestionnaires de données des 177 sites du pays qui offrent des services de prévention, diagnostiques, de soins et traitement en VIH/sida.

Depuis tantôt 2 années, PNLS a inscrit dans son agenda et à travers les nombreuses interactions entre les employés de son service suivi et évaluation et les gestionnaires de données au niveau des 177 sites du pays en VIH d'identifier un gestionnaire de données d'un site pour l'encourager de manière publique, valoriser son travail et soutenir la motivation de tous à maintenir un haut niveau de professionnalisme et de la qualité de leurs prestations.

Cette reconnaissance publique servira également de stimulant pour nous tous qui travaillons au sein de la Riposte nationale. Car, comme a dit Ben Stein :

*« L'importance de la gratitude tient à sa capacité d'enrichir la vie humaine.*

*Elle élève l'esprit, donne de l'énergie, inspire, transforme.*

*Elle procure du sens en mettant l'existence en valeur comme un présent dans son écrin.*

*Sans elle, la vie peut être solitaire, déprimante, appauvrie.*

*La gratitude est la clé du bonheur »<sup>8</sup>.*

Fort de cette vision, le PNLS avait introduit depuis l'année 2013 une rubrique dans le numéro du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti publiée à l'occasion des JMS : « **Le Point de Prestation des Services Excellents en Suivi et Evaluation** ». Les deux plus récentes institutions appréciées sont : Alliance Santé de Borgne en 2016<sup>9</sup> et l'Hôpital La Providence des Gonaïves<sup>10</sup> en 2017).

<sup>8</sup> <https://www.evolution-101.com/pensees-sur-la-gratitude/>

<sup>9</sup> Bulletin de Surveillance épidémiologique du Sida du PNLS # 13.

<sup>10</sup> Bulletin de Surveillance épidémiologique du Sida du PNLS # 16.



Autre qu'honorer un point de prestation de service qui a une bonne pratique en Suivi et Evaluation, depuis l'année dernière le PNLS se propose de présenter au grand public le portrait d'un personnel en Suivi et Evaluation qui, dans son travail, a des caractéristiques exemplaires.

Cette année, le PNLS présente à ses lecteurs un gestionnaire de données qui par la qualité de son travail a su retenir l'attention et mériter la plaque de « **Meilleur Gestionnaire de données** » de l'année. Il est important de souligner que ce choix du PNLS est effectué selon des critères rigoureux et un processus participatif impliquant l'ensemble des cadres de son service en suivi et évaluation. Le choix a identifié **Blaise Victorin Régine Pierrot** de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot comme le meilleur gestionnaire de données à honorer au cours de la JMS 2018.

## 6.2 Parcours de Mme Blaise Victorin Régine Pierrot

Régine s'est toujours distinguée par son professionnalisme, son savoir-faire et son esprit de discipline. Elle a intégré le système à l'hôpital Sacré-Cœur de Milot en Août 2008 comme **DATA CLERK & CLERC STATISTICIENNE** avec les principales tâches suivantes :

- Collecter journallement les données des services et valider ces données sous une base régulière sur l-santé (EMR) ;
- S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données dans les dossiers en les comparant avec celles des formulaires et en informant le personnel concerné au besoin ;
- Poster à temps les rapports sur la plateforme MESI ;

Un an plus tard, (soit août 2009) à la suite du départ du responsable principale de données, son aptitude, son sens de responsabilités et de discipline lui ont valu d'être promue comme **DISEASE REPORTING OFFICER (DRO)/HEAD STATISTICIAN**, avec les responsabilités suivantes :

- Réaliser chaque jour le décompte des données des variables choisies pour le monitoring et l'évaluation des activités ;
- S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données ;
- Travailler en étroite collaboration avec les services des soins ambulatoires et de pharmacie ;
- Valider et contrôler la qualité des données par des procédures de vérification des données ;
- Utiliser les données pour la prise de décisions ;
- Réaliser d'autres tâches connexes en rapport avec le travail.



En dépit de certaines difficultés, Mme Pierrot a toujours fait montre de ses compétences et réalise ses fonctions à la satisfaction de ses supérieurs hiérarchiques.

En 2012, elle a été choisie comme membre du comité d'audit des décès. Et, depuis, elle prête ses services comme statisticienne à l'hôpital et fait partie du comité qualité de l'institution.

## 6.3 Description d'une journée de travail de Mme Pierrot

Généralement la journée de travail de Mme Pierrot



commence à 8 heures du matin, avec la signature de la feuille de présence. Tout de suite, elle s'assure que tous les prestataires ont les outils disponibles pour travailler. Puis, elle prépare la liste de patients pour

lesquels un suivi doit être fait en matière de contrôle de la qualité. Au milieu de la journée, elle supervise les différents points de services de dépistage pour s'assurer que les outils de travail sont bien remplis mais aussi pour apporter son aide en remplissant les registres CD et de PTME quand les prestataires sont surchargés.

Pour ses collègues, Mme Pierrot est une bonne collaboratrice et son évaluation annuelle se résume toujours ainsi : très bonne collaboration, bonne compétence technique, très active sur les activités de terrain et doté d'un esprit d'initiative. Et, son sens de créativité lui a permis d'élaborer un outil en 2016 permettant de bien gérer les résultats de charge virale. Cet outil est maintenant en utilisation dans toutes les institutions du VIH dans le Nord sur demande de la Direction Départementale Sanitaire du Nord. En outre, en septembre 2018, elle a reçu un certificat d'appréciation comme « **MEILLEUR GESTIONNAIRE DE DONNEES** » avec la mention **TOP5**, décerné par le réseau CMMB.

## 6.4 Réactions de certains lecteurs du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti

Le PNLS croit que cette initiative peut contribuer à créer un modèle d'encouragement entre les gestionnaires et les cadres des institutions, ce qui contribuera à augmenter leur performance.

Les réactions sur cet élan d'encouragement sont positives dirait-on que toutes vont dans le même sens. Pour Docteur Nadjy Joseph de NASTAD :

« Le fait de valoriser et de montrer à travers le bulletin de surveillance épidémiologique le travail d'un DRO est une très bonne initiative et que cette pratique devrait perdurer. Nous savons que bien des fois des problèmes peuvent surgir au niveau d'un site et que certaines fois c'est grâce à l'esprit d'initiative des gestionnaires de données que la solution a été proposée. Je pense que le PNLS devrait perdurer cette bonne pratique et ceci pourrait susciter un engouement et même l'esprit de mieux faire auprès des gestionnaires de données dans le but d'améliorer la prise en charge des patients séropositifs ».

D'autres lecteurs arrivent même à dire que cette initiative est inestimable et le PNLS devrait non seulement pérenniser cet acquis mais aussi il faudrait penser à honorer beaucoup plus de cadres.

### 6.5 Continuez à maintenir le sourire

Pour finir, s'il est important d'encourager l'excellence et il est d'autant plus important de féliciter les efforts déployés pour l'atteindre. Meticuleuse et rigoureuse sur les chiffres, tels sont les mots exacts qui peuvent décrire les dix (10) années déjà passées à l'hôpital Sacré-Cœur de Milot. Nous pensons qu'avec ce coup de projecteur, tous les acteurs vont essayer de s'informer sur ce modèle, mais nous vous assurons que le programme national va continuer à suivre de près l'expansion de vos progrès dans le système. Et, nous en profitons pour dire à ceux qui travaillent dans le système, à quelque niveau que ce soit que les acteurs voient ce qu'ils font. Alors cultivez toujours le sens du professionnalisme.



Cette distinction qui est octroyée cette année à Mme Pierrot n'est pas le fruit du hasard mais de préférence le résultat des 10 années d'expériences. Toute l'équipe du PNLS se joigne pour dire à Mme Pierrot à l'instar d'Antoine de Saint-Exupéry : « Un sourire est souvent l'essentiel. On est payé par un sourire. On est récompensé par un sourire ».

**Félicitation, continuez à garder votre sourire et pérennisez les bonnes pratiques**

**Amélioration continue !!!**



## 7. Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation ou le mérite de l'adaptation au changement

Jéthro Guerrier, Toussaint Jean Etienne et Guerline Pierre

### 7.1 Potentiel d'adaptation du sous système national d'information en VIH/sida en direction de 2030

Tout au cours de l'année fiscale 2017-2018 des changements importants ont eu lieu dans les outils du sous système national d'information en VIH/sida, dans les définitions opérationnelles de certains indicateurs clés du programme ou tout simplement dans le format même des rapports avec l'introduction de nouveaux indicateurs dans les formats des rapports au milieu de l'année. Ces modifications ont rendu la tâche plus ardue pour le personnel des sites VIH. Pour tenir compte de ces changements, les institutions œuvrant dans la lutte contre le sida en Haïti ont dû réadapter leur organisation de travail, motiver le staff, consacrer des heures de dure labeur à maintenir le standard de qualité des rapports mensuels de CD/PTME/ARV. Toutes les institutions ont eu cette volonté de soumettre dans les délais des données de qualité, certaines n'ont pas pu s'adapter, certaines autres ont plus ou moins eu le dessus et un nombre très restreint ont pu se distinguer. Cet état de fait, nous a permis de voir que l'adaptation au changement n'est pas toujours une tâche aisée. Ainsi cette année, nous autres, du PNLS voulons valoriser cette capacité à continuer à bien faire en dépit d'un contexte intensément dynamique du programme VIH en Haïti qui vise à mettre fin à l'épidémie à 2030. D'ici là, beaucoup de modifications sont attendues jusqu'à cet horizon. Encourager l'adaptation au changement voilà l'objectif du prix de PPSESE de 2018 car *le changement en soi n'est pas négatif, si c'est dans la bonne direction (Wilson Churchill)*.

### 7.2 Bref rappel de la méthodologie

Les critères de pondération du PPSESE de 2018 se sont portés sur la promptitude, la complétude des rapports postés, la validité, la fiabilité des données, la routine de validation interne des rapports avant la soumission, le niveau de prise en compte des recommandations faites lors des visites de supervision et de contrôle de la qualité des données. Tout cela en tenant compte des changements importants effectués au sein du Programme au cours de l'année. Cette année, les Gestionnaires Adjoints de Données du PNLS ont joué un rôle très important dans l'analyse des scores de chacune des institutions. Ensuite, le comité d'expert comme à chaque année s'est réuni pour analyser et attribuer les pondérations de chaque institution et procéder au classement définitif.



### 7.3 Situation géographique du PPSESE 2018

Sur la pointe nord de la péninsule de Tiburon, à près de 300 kilomètres de [Port-au-Prince](#), une ville plutôt paisible et assez peu connue des touristes malgré la beauté du paysage qui l'entoure accueille des habitants d'une convivialité à nulle autre pareille.

Mais, grâce à son climat elle est entourée de plantations d'arbres fruitiers, d'une végétation tropicale luxuriante qui fait défaut à la capitale, et on y admire des paysages merveilleux qui ont inspiré les plus grands poètes de ce pays.

Elle a été fondée en 1756 par les français sur l'extrémité de la Péninsule du Sud connue aussi sous le nom de Péninsule de Tiburon. Auparavant, le site était occupé par une commune du nom de « Vieux Bourg de la Grande Anse », mais elle fut ravagée par un cyclone et l'attaque de pirates anglais. Les français décidèrent de reconstruire la cité près de la maison d'un vieux pêcheur français et lui donnèrent son nom.

Cette ville a vu naître en 1762 Thomas Alexandre Davy de la Pailleterie, plus connu sous le nom de Général Dumas, père d'Alexandre Dumas et grand-père d'Alexandre Dumas fils, deux des plus grands écrivains de la littérature française.

Elle est surnommée la cité des poètes et ce surnom, elle le doit à quelques-uns des plus grands écrivains haïtiens originaires de cette ville comme Edmond la Forest, Emile Roumer, René Philoctète et Jean-Richard Laforest et le fameux Etzer Vilaire.

La berceuse du PPSESE 2018 est la ville de Jérémie !

#### Lieux à visiter à Jérémie<sup>11</sup> et ses environs :

- C'est autour de la Place Dumas que l'on découvrira le centre historique de Jérémie avec la **Cathédrale Saint-Louis** construite à partir de 1877, ses maisons en bois de style colonial, ou l'Ecole des Frères construite en 1929.
- A 12 kilomètres au sud de Jérémie on ira sur les traces des Trois Dumas pour découvrir les lieux où se dressaient jadis l'Habitation Latibolière où naquit le Général Dumas.
- La Cathédrale Saint-Louis-Roi-de-France est l'édifice le plus remarquable de la ville de Jérémie. Terminée en 1901 ce n'est qu'en 1972 qu'elle fut consacrée cathédrale suite à la création du diocèse de Jérémie qui dépendait jusque-là de celui des Cayes. Sa porte d'entrée est orientée en direction du Golfe de La Gonâve, faisant face à la grande Place Dumas où se trouvent la belle fontaine Ti-Amélie et le buste du Général Dumas.
- On découvrira aussi les vestiges de **Fort Marfranc**, une forteresse construite en 1804 et qui domine la ville de Jérémie dans le but de la défendre contre un retour éventuel des français après l'indépendance du pays. C'est sur l'emplacement d'une maison ayant appartenu au capitaine de gendarmerie français Marfranc que cette forteresse fut bâtie, près du village de Marfranc situé sur la route qui mène à Dame-Marie.

C'est dans l'enceinte de Fort Marfranc que se trouve la tombe de Laurent Férou qui avait cosigné l'acte d'indépendance d'Haïti avec de nombreux autres chefs militaires, avant de pousser la ville de Jérémie à se rebeller contre Jean-Jacques Dessalines en 1806.



Avec ses mornes recouvertes par la végétation tropicale, ses belles plages et ses petits villages de pêcheurs, la région de Jérémie offre un cadre enchanteur à ses visiteurs. L'une de ses plus belles plages est **Anse d'Azur** située à seulement 10 kilomètres à l'ouest de la ville. Mais vous en découvrirez bien d'autres comme Gommier, Anse du Clerc ou Trou Bonbon.

L'Anse d'Azur est une très belle plage de sable blanc où l'eau de la mer est pure et transparente, très peu agitée par la houle et située à une dizaine de kilomètres de Jérémie.

L'Anse du Clerc est également une magnifique plage située seulement à quelques kilomètres de Jérémie. Recouverte d'un sable à la blancheur éblouissante, elle est considérée par beaucoup de Haïtiens comme un paradis terrestre qui invite à l'écriture et à l'amour, à l'ombre des cocotiers.

### 7.4 Désignation du PPSESE 2018

Le PPS d'excellence en Suivi et Evaluation pour l'année 2018 est un centre de santé sans lit appartenant à la Haitian Health Foundation, organisation à but non lucratif fondée en 1987 par le Dr Jeremiah Lowney et présidée par un conseil d'administration dont le siège social se trouve à Norwich Connecticut. En Haïti, une Directrice nationale assistée d'un conseil de Directeurs assure la gestion de l'organisation et ses différents programmes.

Cette institution dispense des soins préventifs et curatifs suivant le Paquet Essentiel de Services préconisé par le MSPP. Cet espace loge le foyer maternel d'une capacité de 40 lits pour l'accueil des femmes enceintes à haut risque provenant du milieu rural ainsi que le service de vaccination, pré et post-natal, PTME, nutrition et planification familiale. Le PPSESE de 2018 est la Klinik Pèp Bondye et comporte les structures suivantes:

- Une salle d'attente
- Une salle pour les urgences
- un service d'imagerie : sonographie et radiographie
- 14 salles de consultation
- Un laboratoire

<sup>11</sup><http://www.americas-fr.com/voyages/villes/jeremie.html>



- Une pharmacie pour la livraison des médicaments et une pharmacie climatisée pour le stockage des intrants et médicaments.
- Une salle d'odontologie
- Une cafeteria
- Deux salles de conférences/rencontres
- Un foyer maternel
- Une résidence
- Des bureaux administratifs

## 7.5 Présentation du staff de la Klinik Pèp Bondye

Un personnel motivé, soucieux et dynamique s'engage activement dans l'offre des soins et services de qualité aux personnes infectées et affectées par le VIH/sida.



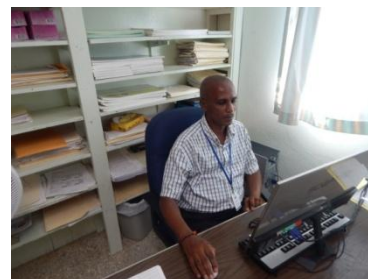
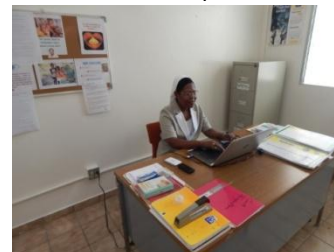
1ere rangée de la droite vers la gauche : Fabienne Anty (travailleuse sociale), Loty Chéry, (dispensateur), Marie Elcie Calas (case manager), Joseph Calixte (médecin en soins), Marie Florence Charles (infirmière en soins), Marie Ninoche Emile (Site Manager),

2eme rangée : Rosmanel Roumer (DRO), Marie Myrlande Jean (technicienne de laboratoire), Jackson Jocelyn (agent de terrain), Royneld Bourdeau (Directeur médical), Marie Olyne Jean (agent de terrain), Alain Victor (psychologue), Adlerson César (Coordonnateur de site).

## 7.6 Présentation du personnel clé en Suivi et Evaluation

**Dr Adlerson César**, Coordonnateur du site depuis 2009, spécialiste en médecine familiale et en épidémiologie, réalise son travail avec attention et selon les normes. Il maintient l'harmonie et la cohésion au sein de l'équipe pour une plus grande performance et la satisfaction des patients. En bonne collaboration avec Dr Joseph Calixte, médecin en soins, il s'efforce à ce que chaque patient ait les soins et services correspondant à ses besoins.

**Sœur Marie Ninoche Emile**, infirmière spécialiste en santé communautaire et en gestion des services de santé, est le site Manager depuis 2015. Soucieuse de la qualité des services, sa priorité est le bien-être du patient et la performance sans cesse croissante de l'Institution. Elle veille à ce que les normes soient appliquées et à une gestion rationnelle et efficace des ressources allouées au programme.

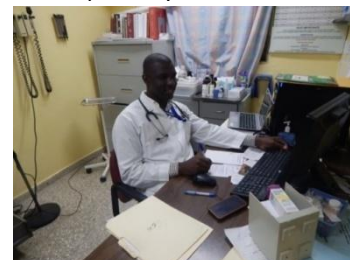


Méticuleux, discret et vigilant, **Rosmanel Roumer**, est employé à la HHF depuis 2002, et travaille comme DRO depuis 2010. Il supervise tous les registres au jour le jour, spécialement le

registre CD, il rédige les rapports mensuels, et participe à la validation des données ARV. Il fait l'actualisation des registres transitoires, ARV, PTME et de notification des cas. Il participe dans les prises de décisions, surtout l'enrôlement des patients aux ARVs. Il attire toujours l'attention du coordonnateur, Site manager, de l'infirmière en soins, de la case manager, sur la qualité des données et l'enrôlement des nouveaux patients VIH + en soins ARV. Il surveille la saisie des données sur la charge virale, le suivi des patients. La complétude et la promptitude des rapports demeurent ses points d'honneur.

## 7.7 Processus de relance des perdus de vue à Klinik Pèp Bondye

La relance des patients perdus de vue demeure une priorité pour le staff de Klinik Pèp Bondye. Elle se déroule ainsi. La site manager dresse la liste des perdus et vie et l'imprime. Elle partage la liste avec l'équipe psychosociale. La travailleuse sociale place les appels auprès des PDV. S'il est retrouvé : un rendez-vous est pris pour la visite institutionnelle avec désignation de la personne à demander au cours de la visite pour réduire le temps d'attente.



Lorsque le PDV se présente au rendez-vous, il est accueilli et il rencontre l'équipe psychosociale qui s'informe des raisons de son absence. L'équipe vérifie les services à offrir : charge virale, approvisionnement en médicaments, examens complémentaire: (hémogramme, dépistage TB etc....) et ensuite, le rendez-vous pour la prochaine dispensation est fixé.

Si le patient ne vient pas au rendez-vous : un deuxième et troisième appel sont effectués. Le patient n'est pas retrouvé ou ne vient pas, une visite domiciliaire est programmée et réalisée pour continuer la recherche. S'il n'est pas retrouvé à la première visite deux autres sont programmées si l'on est informé que le PDV habite toujours vivant et habite la zone.

## 7.8 Contrôle de l'identification biométrique des patients

Sur les 238 patients actifs dans le programme à Klinik Pèp Bondye, 200 ont leur identification biométrique soit 84%. Avant de prendre l'empreinte digitale du patient, on donne des explications sur la procédure et on sollicite son approbation. Puis, le dossier médical du patient est ouvert sur I-Santé et l'on procède à l'enregistrement de l'empreinte. Le patient est finalement remercié pour sa coopération. Klinik Pèp est attentif à prendre les empreintes des nouveaux patients et à surveiller ceux qui n'ont pas encore d'empreinte dans le système afin de réaliser la procédure pour eux.

## 7.9 Performance satisfaisante sur la qualité des données

PNLS vérifie systématiquement le 11 de chaque mois la promptitude des rapports postés sur MESI et a pu relever que 100% des rapports CD/PTME et ARV de la Klinik Pèp Bondye ont été postés à temps avec un score de validité de 78,7% et de fiabilité de 82,5% ; les rapports montrant l'évidence de la pratique de la validation interne a été démontrée. En ce qui a trait au suivi des recommandations, des équipes différentes du PNLs ayant réalisé des visites à Klinik Pèp Bondye et cela à différents moments de l'année ont pu soulever une application rigoureuse des recommandations antérieures faites au staff par les différents partenaires du programme.

## 7.10 Gestion de la qualité à Klinik Pèp Bondye (HEALTHQUAL)

Klinik Pèp Bondye dispose d'un comité de qualité et d'un plan global de gestion de la qualité. Son programme de lutte contre le VIH/sida a également un comité constitué de 7 membres faisant tous partie de l'équipe de projet. Le projet de qualité 2017-2018 portait sur le dépistage des contacts des patients index. L'objectif de ce projet de qualité était de faire passer de 15 à 40% le taux de dépistage de contact de patients index de février à août 2018.

Pour cet indicateur, il s'agissait de tous les contacts confondus: partenaires sexuels, enfants et contact social. La réalisation de ce projet a permis de constater que la recherche des partenaires sexuels constitue un élément clé dans la lutte contre le VIH. En mars et avril 2018, sur 11 partenaires sexuels référés et dépistés, 10 étaient séropositifs soit 90,9%. Aussi, 7 enfants et adolescents ont été dépistés séropositifs (groupe d'âge 2 à 16 ans).

Pour réaliser ce projet, Klinik Pèp Bondye a bénéficié l'appui technique de EQUIP. L'institution a pu pour renforcer la stratégie de recherche des contacts des patients index, des outils nécessaires ont été développés et fournis. Les fiches sont systématiquement remplies pour tous les patients nouvellement dépistés VIH+ et pour les autres patients déjà enrôlés qui sont éligibles. Ce processus donne de très bons résultats. L'équipe de projet compte reconduire le même projet de qualité tout en mettant l'accent sur le dépistage des partenaires sexuels et en renforçant les recherches sur le terrain.

## 7.11 Conclusion

Le prix d'excellence en Suivi et Evaluation cette année a priorisé cette capacité au changement des institutions. Bouddha eut raison de dire que « *Il n'existe rien de constant si ce n'est le changement* ». En effet, si pour l'année antérieure il y a eu des changements, pour l'année fiscale 2018-2019 ceux effectués dans le système de Suivi et Evaluation sont considérables. Aussi, le personnel des institutions du programme VIH en Haïti vont avoir besoin de cette grande capacité d'adaptation sinon « *les institutions qui survivront ne sont pas les institutions les plus fortes, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements* »<sup>12</sup> (Parodie de Charles Darwin). Ce prix d'excellence est une invitation à toutes les institutions à s'améliorer au fil des ans et est aussi une lourde responsabilité pour le personnel de Klinik Pèp Bondye qui à continuer à s'améliorer.

***Bravo à vous et amélioration continue !!!***



<sup>12</sup>Les espèces qui survivent ne sont pas les espèces les plus fortes, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements.



## Coin des nouvelles

### Co-infection

Les coordinations départementales se sont appropriées les activités de la co-infection. Des progrès ont été constatés au niveau institutionnel. Ces efforts, qui ont amélioré la qualité des soins du patient co-infecté, doivent être maintenus et généralisés à l'ensemble des institutions de prise en charge pour produire l'impact recherché. Au niveau communautaire, les agents assurent l'accompagnement des patients au niveau de leur (sphère) champ de travail: patient TB, VIH ou co-infecté. Ces interventions sont d'un grand apport aux mécanismes communautaires mis en place par les deux (2) programmes pour s'assurer de la prise régulière des médicaments.

Les comités départementaux sur la co-infection sont fonctionnels et la fréquence de réalisation est respectée. Cependant, la non-disponibilité de financement pour les rencontres trimestrielles avec les prestataires des deux programmes, cette année, constitue un handicap pour un suivi de la mise en œuvre des activités de la co-infection. Ces rencontres, en effet représentent un espace pour effectuer la mise à jour des connaissances de ces prestataires, mais également un forum pour discuter des contraintes et défis quotidiens du niveau institutionnel et leur fournir la réponse appropriée et spécifique.

La cellule centrale de la co-infection se réunit sur une base mensuelle, les deux (2) programmes sont représentés, le suivi se fait avec les départements. Les supervisions conjointes planifiées ont pu être exécutées par les coordinations départementales avec le support de l'équipe suivi/évaluation départementale, mais le budget alloué reste insuffisant.

### Prise en charge des populations clés

Au niveau de la prise en charge des populations clés, un officier de projet pour la coordination du travail des partenaires a été recruté. Diverses rencontres ont été effectuées avec les partenaires. Le PNLS a réalisé des sessions de formation sur les droits humains et la sexualité pour le personnel de la coordination du PNLS, et les prestataires de soins de l'HUEH, de Ouanaminthe, de Fort-Liberté. Le Manuel des directives pour l'utilisation du PrEP est finalisé, la liste des cinq (5) institutions retenues pour la première phase d'implémentation est finalisée, les médicaments sont disponibles ...

### Transition au Dolutégravir

Avec l'ajout de la nouvelle molécule de Dolutégravir dans les régimes de traitement en cours, le service a organisé des sessions de formation au bénéfice de l'ensemble des départements: coordinations départementales et prestataires des sites.

L'utilisation de cette molécule est effective depuis le 5 Novembre, un plan d'accompagnement et de supervision est en cours pour renforcer cette transition avec emphase sur la qualité des soins. Environ cinq cents (500) prestataires ont été formés à travers le pays. D'autres sessions de formation sont prévues pour l'année 2019 afin de s'assurer que tous les prestataires sont formés tout en mettant l'emphase sur l'éducation thérapeutique des patients.

Le processus de recrutement du consultant ou de la firme pour réaliser l'enquête sur la rétention est en cours de finalisation.

### Activités de plaidoyer

Une séance de travail est prévue avec les parlementaires avec le support de la PANCAP en vue de les sensibiliser sur la nécessité de s'impliquer davantage dans la riposte au VIH et d'aider dans le plaidoyer pour rendre disponible des fonds domestiques afin de permettre au pays de respecter les engagements auxquels il s'est souscrit.

### Renforcement de la qualité des services et mise en réseau

En collaboration avec le système des Nations Unies, et dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant, le service a coordonné avec la Direction Départementale, des ateliers impliquant les prestataires de la SR, de la Tuberculose et du VIH en vue de faciliter l'accès aux services et de renforcer la qualité des soins. Le même processus est en cours dans le département de la Grand'Anse.

Les Coordinations départementales ont bénéficié d'une session de formation sur la supervision, la stigmatisation et la discrimination. Cette session avait pour objectif de les habiliter à mieux encadrer les prestataires afin d'assurer, selon les normes, la prise en charge des bénéficiaires.

### Prévalence de la Résistance aux ARV

En collaboration avec ses partenaires, La CT du PNLS a mis en œuvre pour la première fois une enquête sur la prévalence de la résistance du VIH aux Antirétroviraux chez les adultes. 20 sites des 7 départements ont participé à l'enquête et un total de 300 patients seront recrutés. Les résultats de l'enquête permettront au pays de connaître le taux prévalence et les tendances de la résistance aux ARV au niveau de la population.

Ce qui aidera à déterminer quel schéma thérapeutique antirétroviral de première ligne qui est susceptible de présenter le plus d'avantages pour les PVVIH.

Bientôt, l'enquête de Prévalence sera réalisée dans la population pédiatrique.

### **Nouvelle version de Monitoring Evaluation and Reporting (MER)**

Pour accélérer à la réalisation des objectifs mondiaux de l'ONUSIDA 95-95-95 qui veulent que **95%** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, **95%** des personnes connaissant leur statut VIH ont accès à un traitement ARV et 95% de ces patients sous ARV ont une charge virale supprimée, la collecte et l'utilisation de données ventilées par groupe d'âge et par Sexe, qui caractérisent les populations desservies tant au niveau institutionnelles qu'au niveau communautaire sont essentielles pour comprendre la performance du programme actuel et faciliter la planification des interventions.

C'est pourquoi, les indicateurs de suivi et d'évaluation du document de référence **Monitoring, Évaluation and Reporting (MER)**, guide des indicateurs de PEPFAR ne cessent d'évoluer. Au cours de cette nouvelle année fiscale (octobre 2018- septembre 2019), des principales mises à jour ont été apportées à la nouvelle version 2.3 du MER 2.0. Les mises à jour mettent en évidence des domaines de programme clés comme les indicateurs liés à la prévention, au dépistage, au traitement et au système de santé. Certains indicateurs ont été modifiés d'autres ont été ajoutés tels que : les personnes appartenant à une Population clé ayant bénéficié de l'offre de service de dépistage du VIH, La prise en charge des contacts des cas index qui devrait être étendues à travers tous les sites, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sous ARV (**CXCA\_SCRN**), les patients recevant actuellement un traitement ARV (**TX-CURR**), les personnes recevant une Prophylaxie aux ARV Pré-exposition (**PrEP**), les patients sous ARV n'ayant eu aucun contact avec le site depuis leur dernier rendez-vous manqué (Tx-ML) et L'amélioration continue de la qualité de soins ((**HEALTHQUAL**)etc..

La nouvelle version 2.3 du MER 2.0 a pour objectif de faire de la surveillance du programme une approche davantage centrée sur le patient. Elle prend aussi compte de :

- La nécessité d'une normalisation plus poussée des désagréments par âge, sexe et population clé à travers les cascades de prévention et cliniques de prise en charge;
- La nécessité de réduire les redondances dans la collecte de données entre les différents indicateurs ;
- La nécessité d'améliorer les écrans de saisie de données dans DATIM afin d'avoir des données de qualité;
- Et aussi la nécessité d'une plus grande participation des parties prenantes de la communauté, des experts techniques, des partenaires de mise en œuvre et du personnel de terrain du PEPFAR aux changements du MER.

Ce document nous permet également de mesurer l'appui direct des services fournis au niveau des sites, qui est primordial pour la mise en œuvre et le suivi du programme.

Les progrès en matière de lutte contre le VIH/sida seront mesurés avec succès, en partie, grâce à un cadre d'information stratégique efficace qui non seulement surveille les produits du programme, mais également les principaux résultats et l'impact des programmes.



## Le sida en chiffres (Haïti 2018)

|                                                                         |        |                   |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH                           | 150000 | [130000 ; 180000] |
| Nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH                              | 7600   | [5900 ; 9800]     |
| Nombre estimé de Nouvelles infections                                   | 7600   | [5800 ; 10000]    |
| Incidence estimée du VIH (pour 1000)                                    | 0,73   | [0,54 ; 0,95]     |
| Nombre estimé de décès dus au sida                                      | 4700   | [3600 ; 6900]     |
| Couverture estimée du traitement ARV des adultes (en %)                 | 65     | [55 ; 79]         |
| Couverture estimée du traitement ARV des femmes >15 ans                 | 74     | [63 ; 90]         |
| Couverture estimée du traitement ARV des enfants                        | 50     | [39; 64]          |
| Couverture estimée du traitement ARV des Femmes enceintes               | 70     | [55 ; 86]         |
| Prévalence du VIH chez les adultes 15-49 ans (en%)                      | 2,0    | [1,7 ;2,3]        |
| Prévalence du VIH chez les HARSAH (2014)                                | 12,9   | [9,6 ;15,6]       |
| Prévalence du VIH chez les Travailleuses de sexe (2014)                 | 8,7    | [6,4 ;10,0]       |
| Nbre d'institutions sanitaires offrant les services de dépistage du VIH | 177    |                   |
| Nombre d'institutions sanitaires offrant le paquet complet de PTME      | 145    |                   |
| Nombre d'institutions sanitaires offrant les ARV                        | 165    |                   |
| Nombre de personnes actives sous ARV au 30 septembre 2018               | 103400 |                   |

**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)**

