

BULLETIN DE SURVEILLANCE

Epidémiologique VIH/Sida



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population



UCMIT/PNLS
Décembre 2019

LES
ORGANISATIONS
COMMUNAUTAIRES
font la différence

N°20

EDITORIAL

Charlot Jeudy nous a quittés. Ce fut ce matin du lundi 25 novembre 2019 en son domicile. Et dire que la semaine d'avant, le mardi 19 novembre, il était avec nous, à la salle de conférence de l'UCMIT prenant part activement à une importante rencontre du PNLS sur l'offre de la prophylaxie pré exposition chez les jeunes et adolescents. Ses interventions ont été très appréciées en faisant ressortir les aspects juridiques, légaux et les obstacles à contourner afin de fournir des services PrEP de qualité à cette population et les conditions critiques de succès à prendre en compte dans cette démarche.

Cette nouvelle nous renverse et nous permet de mesurer une fois de plus la fragilité non seulement de l'homme mais de tout son environnement.

Charlot était un homme unique en son genre qui a investi toute son énergie dans la lutte contre l'homophobie, la discrimination et la stigmatisation. Il était courageux et déterminé. Son engagement continu a permis de faire avancer la réponse au VIH en facilitant l'accès au dépistage et au traitement des membres de sa communauté.

Le PNLS se fait l'écho des réactions de tous ses partenaires à cette disparition brusque d'un modèle de leadership et d'engagement au sein de la riposte nationale face à l'épidémie à VIH :

Le forum des SR en Haïti et la FOSREF voient en lui un modèle de leadership, de dévouement, d'engagement et de dynamisme.

UNFPA en Haïti écrit la lutte pour les droits et la justice doit continuer.

CDS, POZ, PAHO, saluent le départ d'un grand acteur de la lutte contre le VIH, un défenseur intrépide de la cause des



LGBTI.

ODELPA, FEBS parlent d'une grande perte pour le secteur.

ICC nous invite à la prière en ces moments douloureux.

CDC, GHESKIO, ZL, GIPA NETWORK, CIPPRESS présentent leurs sincères condoléances et sympathies à la famille de Charlot, à ses amis, aux membres et partenaires de KOURAJ.

OHMaSS est persuadée que la relève est déjà assurée.

ACESH signale l'immense héritage qu'il a laissé et aussi un grand chagrin.

En ces moments de grande tristesse, nous nous rappelons de ces vers du Lac d'Alphonse de Lamartine en hommage à Charlot :

« Éternité, néant, passé, sombres abîmes,
Que faites-vous des jours que vous engloutissez ?
Parlez : nous rendrez-vous ces extases sublimes
Que vous nous ravissez ?
Ô lac ! Rochers muets ! Grottes ! Forêt obscure !
Vous, que le temps épargne ou qu'il peut rajeunir,
Gardez de cette nuit, gardez, belle nature,
Au moins le souvenir ! »

Charlot, le PNLS et tous ses partenaires garderont le souvenir de tes actions qui ont contribué à la mise en œuvre de la prévention combinée au niveau des populations clés.

Charlot tu emportes avec toi tes connaissances, tes idées, ta fougue et ta détermination. Mais, sois assuré que ton passage n'a pas été vain, car tu as semé des germes qui sont en train de se développer et de grandir.

Va en paix !

Que la terre te soit légère !

Joelle Deas Van Onacker
Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice du PNLS



JOURNÉE
MONDIALE
DU SIDA

1^{er} Décembre 2019

Table des matières

Liste des abréviations & acronymes	3
1. Maintenir l'élan vers la fin du sida en Haïti : Bilan et perspectives	4
1.1 Accélération de la riposte.....	4
1.2 Paramètres de transition épidémique du VIH-sida	5
1.3 Considérations sur les aspects de risque et de vulnérabilité de la population à l'égard du VIH.....	6
1.4 Conclusion	7
2. Suivi de la performance des institutions sanitaires dans la prise en charge des patients VIH à Haïti à partir des données de la base i-sante	9
2.1 Contexte	9
2.2 Méthodes	9
2.3 Résultats.....	11
2.4 Conclusion	13
2.5 Annexe.....	13
3. Implication des hommes dans les services de prévention et transmission du VIH de PTME dans deux institutions sanitaires à Saint-Marc, Haïti : Une étude pilote interventionnelle mixte	14
3.1 Résumé.....	14
3.2 Introduction	14
3.3 Méthodologie.....	15
3.4 Résultats.....	19
3.5 Discussions	21
3.6 Forces et Limites de l'étude	23
3.7 Conclusion	23
4. ZANMI LASANTE un partenaire sur du MSPP dans la lutte contre le VIH en Haïti.....	25
3.1 Plus de 30 ans au service des communautés en Haïti	25
3.2 Principales interventions de zanmi lasante en Haïti	26
3.3 Système d'informations sanitaires de Zanmi Lasante en Haïti	28
3.4 Témoignages / Histoires à succès.....	29
3.5 Défis et Perspectives	31
5. SOLUTIONS SA une entreprise haïtienne avant-gardiste en gestion de données dans le milieu de la santé.....	32
5.1 Une équipe engagée et expérimentée.....	32
5.2 Champ d'action de SOLUTIONS.....	32
5.3 Empreintes de solutions dans le secteur de la santé	33
5.4 Perspectives et regard sur le monde.....	34
6. Prototypage d'un bon Gestionnaire de données en VIH/SIDA pour l'année 2019	34
6.1. Reconnaissance des efforts.....	34
6.2. Intégration et principales tâches de M. Joseph au sein du Centre Médical Bethesda de Vaudreuil	34
6.3. Description d'une journée de travail de M. Joseph	35
6.4. Wilken JOSPEH, un Gestionnaire de données toujours ferme au poste	35
6.5. Continuité de la récompense de l'effort et de la persévérance.....	35
7. Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation ou le mérite de l'adaptation au changement.....	36
7.1 Désignation du PPSESE 2019.....	36
7.2 Historique du programme VIH à HUP	36
Le sida en chiffres (Haïti 2010)	44



Liste des abréviations & acronymes

ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine
ASCP	Agents de Santé Communautaire Polyvalents
CD	Counseling et Dépistage
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDS	Centre pour le Développement et la Santé
CPN	Clinique Pré Natale
DAC	Distribution ARV Communautaire
DOT	Directed Observed Therapy
DSF	Direction de la santé de la Famille
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
FM	Fonds Mondial
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
HUM	Hôpital Universitaire de Mirebalais
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training Education Center for Health
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MMS	Multi Month Scripting
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	National Alliance State Territorial AIDS Director
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
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/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante
PLR	Patient Linkages and Retention
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PrEP	Prophylaxie Pré Exposition
PPS	Point de Prestation de Service
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SAFE	Surveillance Active de la Femme Enceinte
SALVH	Surveillance Active Longitudinale du VIH en Haïti
SEFIS	Société d'Etudes et de Formation en Information Stratégique
SIDA	Syndrome de l'Immunodépression Humaine
SIS	Système d'Informations Sanitaires
SSPE	Service de Santé de Premier Echelon
TAR	Traitement Antirétroviral
TME	Transmission Mère Enfant
UGP	Unité de Gestion de Projet
USAID	United State Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodépression Humaine



1. Maintenir l'élan vers la fin du sida en Haïti : Bilan et perspectives¹

1.1 Accélération de la riposte

Les énormes progrès réalisés ces 15 dernières années ont suscité un engagement mondial pour finir avec l'épidémie du sida d'ici à 2030. Ces avancées sont particulièrement caractérisées par les possibilités d'atteinte de l'objectif intermédiaire de la cible des trois 90 par certains pays en particulier à l'horizon 2020. En raison des progrès réalisés, Haïti en collaboration avec tous ses partenaires financiers et techniques et ses partenaires d'implémentation, a décidé de s'engager dans la voie dite accélérée de la riposte mondiale tel que promue par ONUSIDA (95-95-95).

A la lumière des données programmatiques et les estimations révisées en 2019, les efforts conjugués des intervenants ont permis au PNLS d'atteindre cette cible à hauteur de 77-64-57 au milieu de l'année 2019.

Les statistiques globales du VIH publiées par l'ONUSIDA indiquent que dans le monde:

24.5 millions [21.6 millions–25.5 millions] personnes avaient accès aux antirétroviraux (30 juin 2019)

37.9 millions [de 32.7 à 44.0 millions] vivaient avec le VIH (fin 2018);

1.7 million [de 1.4 à 2.3 millions] de personnes ont contracté le VIH (janvier-décembre 2018)

770 000 [570 000–1.1 million] personnes sont décédées d'une maladie liée au sida (janvier-décembre 2018)

Tandis qu'en Haïti, les récentes estimations relatives à l'épidémie du sida révèlent que:

103 400 PVVIH avaient accès au traitement au 30 juin 2019

160 000 [140 000 180 000] personnes vivaient avec le VIH (fin 2018)

7 300 [5 400 11 000] personnes ont contracté le VIH (janvier-décembre 2018)

2 700 [2 200 3 600] personnes sont décédées d'une maladie liée au sida (janvier-décembre 2018)

LES PROGRES D'HAÏTI VERS LES CIBLES 95-95-95

Haïti s'est engagé à atteindre les cibles mondiales de dépistage et de traitement du VIH d'ici 2020

95%

des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées

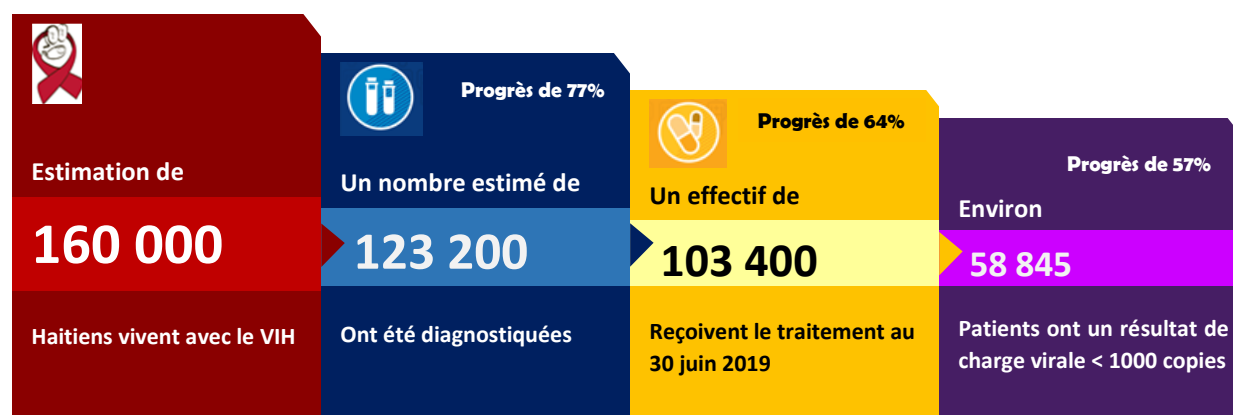
95%

des personnes diagnostiquées sous traitement

95%

des personnes traitées avec suppression virale

Selon la résolution des Nations Unies, l'atteinte de ces cibles mettrait fin au sida comme menace de santé publique d'ici 2030. La figure ci-dessous indique le niveau des progrès atteints au 30 juin 2019.



¹ Emmanuel Pierre, PNLS



Entre 2015 et 2019, le pourcentage de PVVIH connaissant leur statut sérologique a gagné 16 points de pourcentage, passant de 61% à 77%. Au regard des résultats publiés récemment par le MSPP suivant lesquels 42% d'hommes et 62% de femmes âgés de 15-49 ans ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH à un moment donné². Ces proportions ont connu une amélioration significative entre 2012 et 2017. L'impact de la redynamisation des activités de dépistage du VIH, du test pratiqué dans la catégorie de personnes contact des patients index et l'amélioration de l'accueil au niveau de la plupart des centres offrant les services de diagnostic du VIH ont permis au Programme National de réaliser cette performance.

La couverture du traitement qui s'apparente au 2^e 95% s'établit à 64% pour un nombre de patients actifs de l'ordre de 103,400 au 30 juin 2019.

Selon les données affichées sur la base de données nationales www.mesi.ht, le PNLS avait déjà atteint le cap des 103 mille actifs sous ARV avant octobre 2018. Cependant, l'aggravation des conditions sociopolitiques marquée par des manifestations contre le pouvoir en place et des épisodes de pays lock ont occasionné des pertes massives de patients. De plus, la nouvelle considération relative au statut de patient actif sous ARV selon laquelle un patient qui ne s'approvisionne pas après 30 jours suivant la date du dernier rendez-vous prend le statut de patient perdu de vue. En conséquence, le nombre de patients actifs sous ARV est tombé à 91 500 à la fin de 2018.

Le MSPP, avec l'appui de ses partenaires, a adressé le problème de manière sérieuse et urgente. Les dispositions suivantes ont facilité le retour d'un nombre important de patients (plus de 12 mille) au niveau des postes de prestation de services:

- Formation et motivation des prestataires;
- Intensification des visites de coaching au niveau des régions;
- Motivation des agents de santé; Tracking des patients;
- Intensification de la distribution communautaire de médicaments;

Pour le 3^e élément, les analyses antérieures avaient déjà fait mention que le niveau de suppression virale atteint en 2019 est assez faible. Selon les données affichées sur la base de données nationale, près de 59 mille PVVIH ont une charge virale en dessous de mille copies.

Beaucoup de sites développent et renforcent des stratégies multidimensionnelles telles : Club des patients ayant un résultat de charge virale détectables, projets de qualité, appels téléphoniques et autres pour s'assurer que les PVVIH respectent leur rendez-vous pour le contrôle de la charge virale.

Avec l'introduction de la nouvelle molécule, le DOLUTEGRAVIR, dans la gamme des ARV qui est assez puissant et qui a déjà fait ses preuves dans d'autres pays, nous espérons que la suppression virale sera nettement en hausse l'année prochaine.

1.2 Paramètres de transition épidémique du VIH-sida

Le tableau de bord présenté ci-dessous met en relation les estimations relatives à la prévalence aux nouvelles infections et aux décès de personnes vivant avec le VIH en tenant compte des cibles liées à la perspective de fin de l'épidémie du VIH en Haïti à l'horizon 2030. En effet, les efforts déployés jusqu'ici indiquent une nette tendance à la baisse des paramètres de l'épidémie en opposition à la rapide progression observée jusqu'à la première moitié des années 2000³.

Telle que l'indique la première figure, le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH connaît une nette diminution au cours des dernières années. On estime que celles-ci ont chuté de 17% passant de 8 800 en 2010 à 7 300 en 2018.

Selon le premier graphe, les interventions devront être suffisamment efficaces pour faire passer le nombre de nouvelles infections à 2 240 à la fin de 2020. Tous les acteurs du système s'accordent à dire que ce résultat est inaccessible étant donné que les projections indiquent un peu plus de 6 000 cas. Cette situation révèle la nécessité de redoubler d'effort au cours de la prochaine décennie en vue de rattraper l'écart de telle sorte que la cible finale s'établissant à moins d'un millier de nouveaux cas soit atteint en 2030.

En ce qui a trait aux décès dus au sida, les progrès sont encore plus impressionnants. Bien qu'on soit encore loin de l'objectif de zéro décès prôné récemment par les Nations Unies, Haïti a contribué à réduire la mortalité des PVVIH de près de la moitié (45%) du niveau atteint en 2010, passant de 4 900 à 2 700 en 2018.

Pour rester dans la lignée de l'élimination de l'épidémie à la fin de la prochaine décennie, les décès devraient atteindre le niveau de 1 270 en 2020. Or nous sommes à plus du double de la fin de 2018.

Malgré que des cibles vraiment ambitieuses aient été introduites dans le modèle Spectrum pour le prochain quinquennat, les chiffres projetés sont de loin supérieurs à la situation idéale qui ramènerait à l'atteinte des objectifs de 2030.

Selon le graphique, les performances doivent être suffisamment élevées pour faciliter l'amélioration de la survie des personnes vivant avec le VIH.

³ Profil des estimations et projections en matière de VIH en Haïti 2010-2015, MSPP-PNLS, janvier 2014.

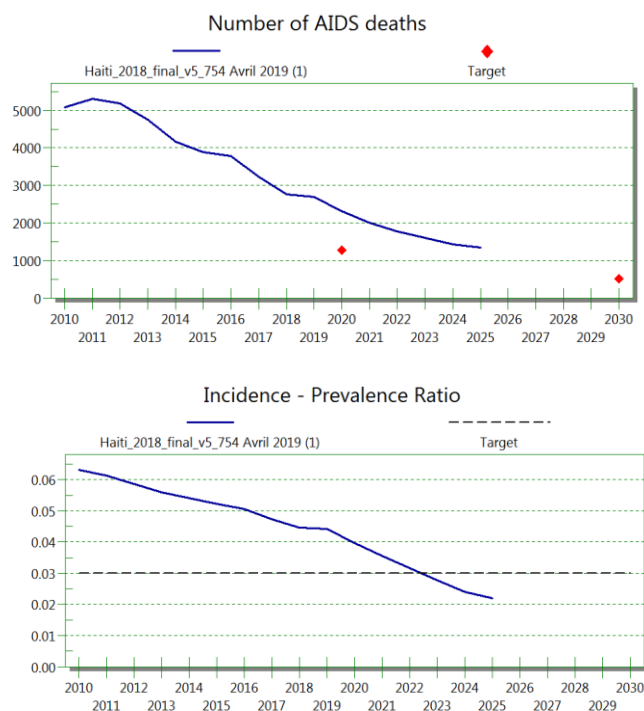
² EMMUS VI



Tableau de bord des paramètres de transition épidémique du VIH en Haïti entre 2010 et 2030⁴, MSPP-PNLS, Haïti, 2019



Pour atteindre la cible de 0.03⁶ qui est le plus bas niveau à atteindre pour réduire l'épidémie au fil du temps, nous devons attendre probablement l'année 2022.



Dans la dynamique démographique, l'accroissement naturel d'une population donnée résulte, presque exclusivement, de la différence entre les naissances et les décès au fil des années. Alors pour atténuer la croissance, il suffit de contrôler la natalité. Dans le domaine du VIH, la natalité fait référence aux nouveaux cas qui doivent être chutés de telle sorte que la valeur se confonde avec celle des décès dus au sida. Le 3e graphique illustre cette situation selon laquelle le ratio de l'incidence-mortalité tend à se rapprocher de l'unité⁵.

En 2018, nous sommes encore loin d'atteindre la ligne en pointillé. La tendance à la baisse de la courbe va se déclencher vers les années 2022-2023 pour atteindre 1.3 en 2025.

La courbe du ratio de l'incidence-prévalence illustrée sur le dernier graphe montre clairement les effets de la réduction des nouvelles infections à plus ou moins long terme dans le cas précis d'Haïti.

On va devoir maintenir le ratio en dessous de la ligne en pointillé, situation qui marquera, selon Peter Ghys⁷, le début du déclin de l'épidémie.

1.3 Considérations sur les aspects de risque et de vulnérabilité de la population à l'égard du VIH

Pour finir avec l'épidémie du VIH, les analyses antérieures laissent croire qu'il est incontournable que le PNLS, à travers ses interventions, contribue à la baisse des nouveaux cas d'infection du VIH. Il est donc indispensable de mettre en lumière les facteurs de risque associés au comportement entre autres.

Le pourcentage d'utilisatrices de condom dans le groupe de femmes à risque a subi une diminution de l'ordre de 7%, passant de 43% en 2012 à 40% 2017. A l'inverse chez les hommes, on a observé une augmentation du pourcentage d'utilisateurs de condom sur la période 2006-2017, passant de 34% à 49% (+30%)⁸.

⁴ Résultats issus du logiciel Spectrum modélisé en 2019 avec les paramètres du VIH-sida par l'unité M&E du PNLS. Pour plus de détails, consulter:

https://www.iapac.org/tasp_prep/presentations/EHESummit18-Th-Ghys.pdf

⁵ Identifié par Peter Ghys comme étant le point où les coûts des soins de santé liés au VIH diminuent.

⁶ La référence a été choisie sur la base de modèles suggérant que l'espérance de vie d'une personne vivant avec le VIH est de 33 ans. Ceci est étroitement lié au concept épidémiologique de base d'incidence = prévalence / durée. L'espérance de vie moyenne d'une PVVIH de 33 ans est basée sur la moyenne de toutes les PVVIH.

⁷ Médecin et Épidémiologiste, Dr Ghys est Directeur du Département Information stratégique et évaluation à l'ONUSIDA.

⁸ Données tirées de EMMUS VI



Ces données indiquent un certain degré d'exposition qui porterait préjudice à des campagnes de réduction des risques dans un contexte de baisse drastique de nouvelles infections du VIH. Parallèlement à cette faiblesse de l'utilisation du condom chez les personnes à haut risque, la baisse consécutive du financement octroyé au volet de prévention⁹ risque d'entraver les acquis. Il serait donc nécessaire de prendre des dispositions en vue d'inciter l'Etat à engager des fonds visant la revitalisation des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

Dans le jargon du VIH, les IST ont toujours constitué une porte d'entrée du VIH chez les sujets porteurs. Selon les résultats des dernières EMMUS, on constate une tendance à l'augmentation de la prévalence déclarée des IST chez les femmes comme chez les hommes : le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des symptômes d'IST ou une IST est passé de 21 % en 2005-2006 à 27 % en 2012 et à 30 % en 2016-2017. Chez les hommes, cette prévalence déclarée est passée, dans la même période, de 8 % à 10 % et à 11 %. Cette situation devait servir d'alerte pour les responsables des programmes de la riposte en vue de prendre les dispositions pour réduire les risques liés à un nouvel élan de propagation qui porterait préjudice aux efforts visant à réduire les nouvelles infections.

Les résultats de l'EMMUS VI relatives à la consommation de l'alcool par une importante proportion des hommes âgés de 35 à 64 ans (77%) contre 30% des femmes peuvent être évoqués comme un facteur de risque pour cette catégorie.

En effet en population générale, les recherches menées en Tanzanie¹⁰ et au Kenya¹¹ ont signalé des taux plus élevés de risque sexuel chez les personnes qui consomment de l'alcool, comparativement à ceux qui n'en consomment pas. Il est une certitude que l'alcool agit physiologiquement sur le système nerveux et peut induire un effet euphorique si une certaine dose est dépassée. Dans ce cas, la consommation de l'alcool peut entraîner la désinhibition de comportements de prévention que la personne peut avoir dans les conditions normales¹²

Un autre volet important de prévention réside dans la prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant.

Selon les données soumises à l'UEP par le PNLS et parues dans l'annuaire statistique du MSPP de 2019, la couverture du dépistage du VIH chez les femmes enceintes est de l'ordre de 88%, soit un peu plus de 241 mille femmes testées¹³ et conseillées sur les 273 mille naissances vivantes¹⁴ estimées en 2018. Ce rapport indique déjà un certain déficit dans la cascade de services destinés aux femmes enceintes.

Un 2e niveau de de perte va être observé dans l'enrôlement de femmes enceintes séropositives et dans la capacité du système à maintenir cette catégorie de personnes sous traitement au cours de la même année. Sur les 4 990 femmes dépistées, un effectif de 4 909, soit 98% de l'ensemble ont reçu des ARV. Alors que le nombre de femmes enceintes ayant besoin des ARV est estimé à 5 900; la couverture s'établit alors à 83%. De plus, le nombre d'enfants exposés enregistrés dans le système (3 750) de soins est révélateur d'un écart considérable dans la cascade. Cet écart risque de s'accroître d'une part avec cette proportion de 6% d'enfants exposés enregistrés qui n'ont pas initié la prophylaxie dans les 72 heures après la naissance, puis à cause du taux élevé d'abandon de la prophylaxie post natale, et ensuite les risques liés à l'allaitement maternel.

Le modèle Spectrum estime à 8,0% [5,6 – 10,1] le taux de transmission verticale du VIH à 6 semaines d'exposition. Cependant, en tenant compte des considérations antérieures, l'outil affiche un taux final de transmission (incluant la période d'allaitement bien évidemment) à 15,2% [10,7 – 16,3].

1.4 Conclusion

Récemment un collaborateur de l'Unité de Suivi-Evaluation de la CT du PNLS a déclaré, lors d'une session de formation à l'intention d'un groupe de prestataires et gestionnaires de données du programme, ce qui suit: " A l'aube de 2020, on n'est plus qu'à minuit moins dix dans l'horloge de l'élimination de l'épidémie du sida". Chaque minute symbolise une année supplémentaire que la nature accorde :

Aux différents secteurs et responsables politiques de ce pays pour s'engager véritablement à combler les lacunes en matière de lois, des protections juridiques, de réglementations et de politiques;

Aux organisations de la société civile incluant les associations de PVVIH pour faire des plaidoyers en vue de l'élimination des inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clé;

A l'Etat Haïtien pour octroyer des fonds supplémentaires en vue de pallier à la baisse progressive du financement de la riposte;

⁹ Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH-sida, MSPP-PNLS, Haïti, Décembre 2016

¹⁰ Urassa W, Moshiri C, Chalamilla G, Mhalu F, Sandstrom E. Risky sexual practices among youth attending a sexually transmitted infection clinic in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Infect Dis. 2008 Nov 19; 8:159.

¹¹ Khasakala AA, Mturi AJ. Factors associated with risky sexual behaviour among out-of-school youth in Kenya. J Biosoc Sci. 2008 Sep;40(5):641-53.

¹² Id 8

¹³ www.mesi.ht

¹⁴ Projections publiées par l'IHSI en 2007



Au MSPP pour la dispensation des soins continus plus rentables, plus efficaces et plus complets par le biais d'une meilleure intégration des services de lutte contre le VIH avec ceux des maladies non transmissibles, des infections sexuellement transmissibles, de la santé sexuelle et reproductive ;

Aux réseaux de soins pour leur assistance technique à l'égard des institutions en matière de planification et de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH ;

Aux Points de prestation de service pour continuer à améliorer la qualité des soins et services offerts à travers un meilleur engagement du personnel et surtout de leur implication soutenue dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;

Aux PVVIH pour mieux adhérer au traitement et pour adopter des attitudes visant à réduire les risques envers les membres de leurs communautés; et leur implication en qualité de pair dans la compliance au traitement des PVVIH non adhérents ;

Et enfin aux trois quart des femmes et des hommes, âgés de 15 à 49 ans, pour cesser d'exprimer des opinions discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH et adopter des attitudes plus responsables en matière de lutte contre les IST-VIH/sida.

Le sida n'est pas terminé, mais son élimination reste possible. Tous les outils nécessaires pour y arriver sont disponibles. La réalisation des cibles de l'accélération d'ici à 2020 exige que tous les pays adoptent des approches innovantes et inclusives : exploiter pleinement les données issues de la surveillance et des programmes et utiliser une approche centrée sur les lieux et les populations pour garantir efficacement que chaque personne qui en a besoin, quels que soient son sexe, son âge, son orientation sexuelle et son niveau de revenu, ait accès aux options multiples de prévention efficace, au test VIH et au traitement, et ait les connaissances et les protections juridiques nécessaires pour utiliser ces services¹⁵.



**NAN BATAY KONT MALADI SIDA, AK KOMINOTE
YO, NAP FE DIFERAN LAN !**



¹⁵Tiré du document: Maintenir l'élan vers la fin du sida dans les pays de la Francophonie, ONUSIDA, 2018



2. Suivi de la performance des institutions sanitaires dans la prise en charge des patients VIH à Haïti à partir des données de la base i-santé

Adrien Allorant, Nancy Puttkammer¹⁶

2.1 Contexte

Un récent rapport de Lancet a mis en avant le fait que la qualité des soins constitue aujourd'hui une plus grande barrière à la réduction de la mortalité que l'accès aux soins¹⁷. Cette observation est particulièrement pertinente dans le cas du traitement du VIH pour lequel la généralisation des ARV dans de nombreux pays a résolu la problématique financière de l'accès aux soins. Dès lors, réduire les disparités dans la qualité des soins dispensés représente le prochain impératif majeur de santé publique. Néanmoins, mesurer la qualité des soins dispensés dans un établissement de santé est problématique. Comment quantifier un processus aussi riche et complexe que la relation nouée entre un patient et des professionnels de santé ? Quels sont les indicateurs pertinents à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins et des traitements ? À la suite du travail pionnier d'Avedis Donabedian^{18,19}, les travaux sur la qualité des soins peuvent être catégorisés en trois groupes ; ceux se concentrant sur les indicateurs de structure, de processus ou de résultats. Les premiers partent de l'hypothèse que la qualité des soins dépend des intrants² (médicaments, lits, docteurs, infirmières, etc.); dès lors, mesurer la disponibilité de ces intrants permet d'avoir une idée de la qualité des soins dispensés au sein de l'établissement. Toutefois, de nombreux travaux ont montré que si la disponibilité des intrants est une condition nécessaire, elle n'est pas une condition suffisante de soins de qualité¹. La seconde approche consiste à étudier de façon systématique les dossiers médicaux d'un établissement afin de vérifier que les pratiques standards (protocoles et procédures) y sont respectées²⁰. Cependant, pour certaines pathologies aucune pratique standard n'est clairement identifiée et où certaines normes peuvent être inapplicables dans certains pays ou régions, laissant une marge de manœuvre importante à la créativité du personnel soignant.

Par ailleurs, le lien entre pratiques standards et résultats n'est pas nécessairement évident¹ ; dès lors, on peut imaginer un établissement respectant à la lettre les pratiques standards, mais présentant un taux anormalement élevé de mortalité. Que penser de la qualité des soins dispensés dans un tel établissement ?

La troisième approche consiste à se concentrer sur les résultats - taux de mortalité, capacité à retenir les patients sous traitement, etc. - l'idée étant que les meilleurs résultats devraient logiquement apparaître dans les établissements où la qualité des soins est la meilleure. Cette approche semble la plus évidente dans la mesure où elle se concentre sur ce qui compte ultimement, c'est-à-dire la santé des patients. Néanmoins, la qualité des soins dans un établissement de santé ne constitue qu'un facteur parmi d'autres - facteurs biologiques ou socio-économiques, influant sur les résultats de santé d'un patient. Par conséquent, juger la qualité des soins d'un établissement uniquement à l'aune des résultats de santé de ses patients peut conduire à pénaliser les établissements qui accueillent des populations plus fragiles, plus démunies, ou plus éloignées des établissements de santé. Nous présentons dans ce travail des méthodes d'évaluation des performances des établissements de santé basées à la fois sur des indicateurs de processus et de résultats, et prenant en compte les différences de profil des patients, la volatilité des indicateurs de mesure de la performance et la variabilité de la qualité des données utilisées. Nous appliquons des méthodes statistiques à l'analyse de données de la base I-santé, afin d'évaluer la qualité de la prise en charge des soins et traitements VIH dispensés dans les établissements sanitaires haïtiens.

2.2 Méthodes

Données utilisées

Nous avons utilisé I-santé²¹, qui contient les données cliniques, pharmaceutiques et biologiques de plus de 70% des patients sous ARV en Haïti. Cette analyse inclut des données portant sur 65.472 patients, répartis dans 90 institutions sanitaires, enregistrées de Juin 2016 à Mars 2018.

Mesure de la qualité des soins

Les objectifs fixés par l'OMS et PEPFAR afin de contrôler l'épidémie du VIH mettent l'accent sur le dépistage du VIH, l'initiation des traitements et l'observance des traitements ARV sur le long-terme des personnes atteintes du virus.

Par conséquent, nous avons sélectionné des indicateurs de mesure de la performance reflétant ces trois objectifs. Nous avons considéré trois indicateurs de processus (ou respect des pratiques standards) et trois indicateurs de résultats. Les premiers consistent en :

1) la mise en place de l'**approche « dépister et traiter »**, qui consiste à initier sous traitement ARV tout patient diagnostiqué avec le VIH dans un délai d'un mois.

¹⁶ ITECH, University of Washington

¹⁷ Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018; **6**: e1196–252

¹⁸ Avedis Donabedian. The Quality of Medical Care. *Science* 1978; **200**: 856–64.

¹⁹ Avedis Donabedian. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

²⁰ Rios-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Palmisano E, et al. Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *Int J Qual Health Care* 2018; published online June 18. DOI:10.1093/intqhc/mzy136.

²¹ deRiel E, Puttkammer N, Hyppolite N, et al. Success factors for implementing and sustaining a mature electronic medical record in a low-resource setting: a case study of iSanté in Haiti. *Health Policy Plan* 2018; **33**: 237–46.



2) la mise en application du **test charge virale**, par lequel on mesure la charge virale d'un patient 6 mois après initiation des traitements ARV, puis tous les douze mois.

3) l'adoption de la **prescription multi-mois**, par laquelle un patient sous ARV jugé stable peut recevoir 2 à 6 mois de médicaments ARV.

Nous avons considéré trois indicateurs de résultats reflétant l'**observance thérapeutique** des patients :

- 4) Est-ce que le patient reçoit ponctuellement ses médicaments ARV à la pharmacie, chaque mois ?
- 5) Est-ce que le patient continue de recevoir régulièrement ses médicaments 6 mois après l'initiation sous ARV ?
- 6) Est-ce que les patientes enceintes continuent de recevoir régulièrement leurs médicaments 6 mois après l'initiation sous ARV ?

Indicateurs

Pour chaque institution sanitaire, on calcule les **indicateurs de processus** : 1) la proportion de patients qui ont été initiés aux ARV dans le mois suivant leur diagnostic VIH ; 2) la proportion de patients sous ARV à jour avec leur test de charge virale ; 3) la proportion de patients pour lesquels la prescription multi-mois a été utilisée de façon appropriée (c'est-à-dire les patients éligibles à une prescription multi-mois qui ont effectivement pu en bénéficier, et les patients non-éligibles à une prescription multi-mois qui ne se sont pas vus prescrire plusieurs mois d'ARV).

Le calcul des **indicateurs de résultats** comporte une étape supplémentaire. En effet, les indicateurs de résultats reflètent en partie la qualité des soins dispensés dans l'établissement, et en partie d'autres facteurs (biologiques ou socio-économiques). Par conséquent, nous avons d'abord calculé pour chaque institution sanitaire la **proportion attendue** de patients éligible au traitement ; cette proportion attendue étant basée uniquement sur les caractéristiques individuelles des patients – âge, sexe, indice de masse corporelle, distance moyenne entre le domicile et le centre de santé, etc.

Cette proportion attendue est, dans un second temps, comparée à la **proportion observée** de patients mis sous traitement. L'idée de ce procédé - appelé *case-mix adjustment* – est que l'écart observé entre la proportion attendue au vu des caractéristiques individuelles des patients et la proportion observée est imputable aux soins reçus dans l'institution sanitaire. Ainsi, si on observe une proportion de patients prenant leur ARV significativement supérieure à la proportion attendue dans un établissement, on considère que ce dernier propose des soins qui facilitent/encouragent la rétention des patients sous ARV. Inversement, une proportion observée largement inférieure à la proportion attendue suggère que la façon dont l'institution sanitaire considérée dispense des soins décourage les patients à poursuivre leur traitement.

Détection statistique de la performance anormale

Une question naturelle lorsque l'on s'intéresse à des mesures de performance est celle du **seuil** ; à partir de quelle valeur-seuil d'un indicateur considère-t-on qu'une performance est **anormale** (faible ou élevée) ?

Par ailleurs, est-il raisonnable d'utiliser un seul et même seuil pour tous les établissements ou doit-on prendre en compte le **nombre d'observations** sur lequel cet indicateur est mesuré ? Ainsi, si une institution sanitaire présente un très faible volume de patients, par exemple un seul, elle affiche une proportion de 0% ou 100% de patients initiés aux ARV dans le mois suivant le diagnostic. Mais, cette proportion est-elle aussi informative de la qualité des soins dispensés qu'une proportion de 0 ou 100% mesurée dans un établissement comptant 100, 1000 ou 10000 patients ? Un plus grand nombre d'observations permet d'avoir une meilleure idée de la variabilité des résultats.

Par conséquent, nous avons eu recours à un test statistique mesurant la déviation d'un indicateur par rapport à un objectif donné, tout en prenant en compte la variabilité de cet indicateur : le **z-score**. La transformation de nos 6 indicateurs initiaux en z-scores est limpide : on a soustrait à chaque indicateur la valeur moyenne nationale (l'objectif choisi dans le cadre de ce travail²²) et divisé par l'écart-type.

Si les institutions sanitaires ont obtenu des performances similaires sur ces 6 indicateurs – c'est-à-dire si la valeur observée de ces indicateurs est proche d'un établissement à l'autre, alors ces z-scores devraient être normalement distribués autour de 0 avec un écart-type de 1. À l'inverse, si on observe des z-scores aux valeurs élevés ou faibles, par exemple supérieurs à 3 ou inférieurs à -3, qui sont des valeurs extrêmement rares pour une distribution normale centrée réduite, alors ceci représente que certaines institutions sanitaires enregistrent des performances qui dévient de la moyenne nationale (significativement meilleures ou pires). Ainsi, transformer nos indicateurs en z-scores nous permet de calculer, pour chaque établissement, en fonction de son **volume** de patients, la **valeur-seuil** à partir de laquelle un **indicateur** observé peut être considéré comme **anormal**.

Une autre propriété intéressante du z-score est qu'il place sur la même échelle des indicateurs mesurés sur des échelles différentes ; ce qui était précisément le cas pour nos indicateurs (1-3 sont des proportions alors que 4-6 sont des ratios de proportion).

²² On a choisi ici pour objectif la moyenne nationale. On aurait pu choisir les objectifs fixés par l'OMS ou PEPFAR pour ces indicateurs. Néanmoins, l'écrasante majorité des institutions sanitaires considérées ici se situent largement en-dessous de ces objectifs. Par conséquent, utiliser ces objectifs aurait conduit notre étude à classer la plupart des institutions sanitaires comme présentant des performances anormales. C'est pourquoi, il nous a semblé plus judicieux d'utiliser comme objectif la moyenne nationale, afin d'identifier seulement les institutions qui ont des performances significativement meilleures ou pires que le reste du pays. Cette stratégie semble plus adaptée à la détection et la réduction des inégalités géographiques dans la prise en charge du VIH à Haïti.



Observer qu'une institution sanitaire atteigne des performances exceptionnelles ou médiocres pour un indicateur précis a un intérêt pratique ; nous allons pouvoir **observer les bonnes pratiques** qui ont conduit à ces bonnes performances ou au contraire mettre en place des **mesures correctives** permettant de résorber ces dysfonctionnements. Néanmoins, d'un point de vue opérationnel, il peut être intéressant de **combiner ces indicateurs** afin d'avoir une mesure globale des performances d'une institution sanitaire. Nous avons utilisé une technique d'agrégation des 6 indicateurs permettant à la fois d'additionner l'information contenue dans chaque indicateur, tout en réduisant l'impact des **informations redondantes**. La moyenne pondérée des 6 z-scores, dont la formule est présentée en **Annexe**, pénalise les indicateurs très corrélés entre eux et augmente le poids associé à un indicateur apportant une information inédite.

Cette moyenne pondérée ou **z-score composite** constitue notre mesure principale de la qualité des soins et traitements dispensés dans une institution sanitaire.

Outil à la visualisation et à la détection de la performance anormale

Le **funnel plot** ou « figure entonnoir » constitue l'équivalent graphique du z-score. En effet, on projette sur l'axe des ordonnées la valeur observée dans chaque institution sanitaire pour un indicateur donné, et en abscisses une mesure de la précision de cet indicateur. On projette également une ligne horizontale (solide) pour représenter l'objectif, ici la moyenne nationale pour cet indicateur.

Enfin, on projette pour chaque niveau de précision (volume de patients ou écart-type) la valeur seuil à partir de laquelle une institution peut être considérée comme présentant des performances anormales sur un indicateur. Ainsi, les institutions à l'intérieur de l'entonnoir, représenté par des lignes pointillées, présentent une variabilité normale, alors que celles en dehors de l'entonnoir présentent une variabilité anormale.

2.3 Résultats

Indicateurs de processus

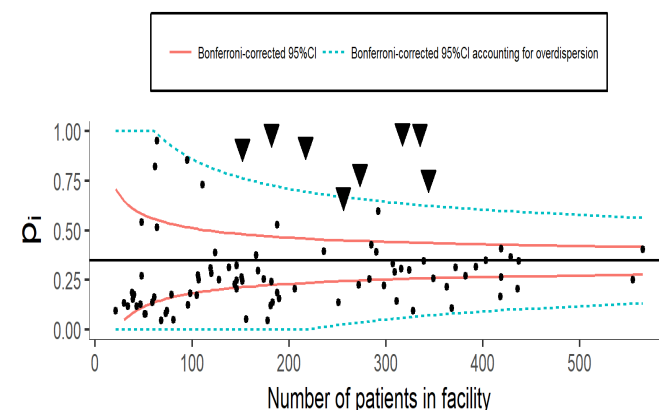
La **figure 1** présente les *funnel plots* pour chacun des indicateurs de processus, avec en abscisses le volume de patients pour lequel l'indicateur a été mesuré, et en ordonnées la proportion d'échec observée pour cet indicateur dans chaque institution sanitaire. La **figure 1.a** révèle ainsi que pour 3 institutions sanitaires la proportion d'échec a été de 100% - ce qui signifie qu'aucun patient n'a été mis sous ARV dans les 30 jours suivants son dépistage VIH. Un tel résultat interroge quant à la formation aux recommandations thérapeutiques dans ces trois établissements. Par ailleurs, on voit que 5 autres institutions se situent également à l'extérieur de l'entonnoir ; ce qui veut dire qu'elles ont, elles aussi, échouées à appliquer le dans des proportions anormalement élevées.

La **figure 1.b** met en évidence le fait que la moyenne nationale d'échec à appliquer les recommandations concernant le test charge virale est élevée ; 6 institutions ont présenté une proportion d'échec significativement supérieure et 3 une proportion significativement inférieure à cette moyenne nationale. A nouveau, avec 4 institutions sanitaires affichant une proportion d'échec de 100%, nos résultats suggèrent que certaines institutions font face à des barrières systématiques dans la mise en place des recommandations concernant le test charge virale (manque de formation/de laboratoires, de capacités de transport des échantillons, de suivi etc.). Enfin, on observe sur la **figure 1.c** que 3 établissements ont affiché une proportion significativement supérieure que la moyenne nationale d'utilisation inappropriée de la prescription multi-mois, tandis que 4 institutions ont présenté un taux d'échec largement inférieur à la moyenne nationale.

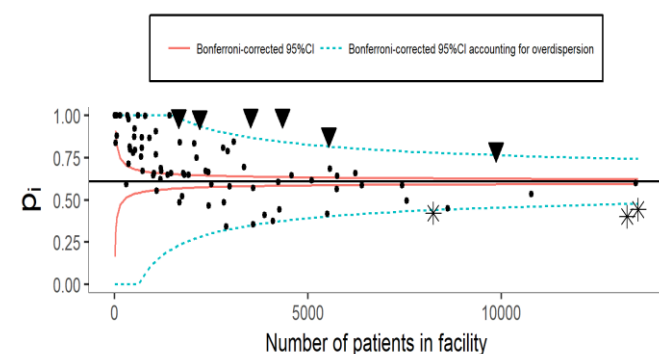
Figure 1: Funnel plots de la proportion de patients, dans chaque institution sanitaire, qui n'ont pas débuté leur traitement ARV dans le mois suivant leur diagnostic VIH (a), qui n'étaient pas à jour avec leur test charge virale (b), qui n'ont pas reçu une prescription multi-mois alors qu'ils n'étaient pas éligibles ou qui ont reçu une prescription multi-mois alors qu'ils n'y étaient pas éligibles (c).

Etablissement à la performance normale (●), et anormalement faible (▼) ou élevée (□)

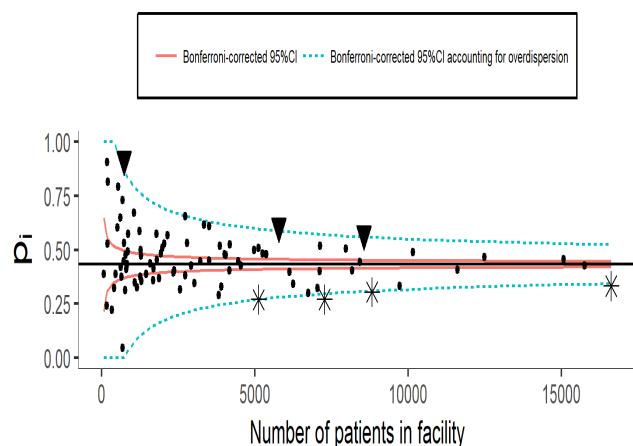
(a)



(b)



(c)

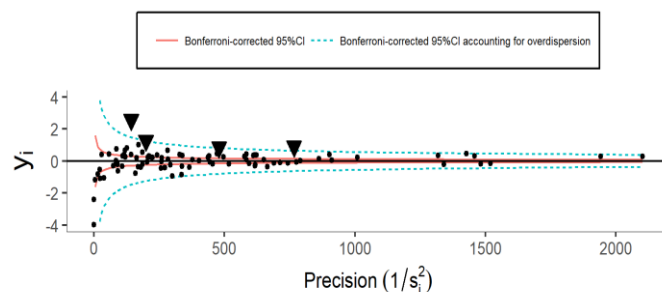


Indicateurs de résultats

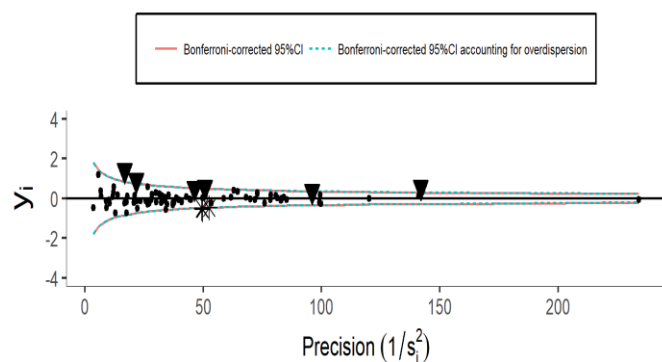
La **figure 2** présente les *funnel* plots pour chacun des indicateurs de *résultats*, avec en ordonnées le ratio de la proportion d'échec observée dans un établissement et de la proportion d'échec attendue au vu des caractéristiques des patients fréquentant cet établissement. En abscisses, la mesure de précision utilisée est l'inverse de l'écart-type de ce ratio. L'effet du volume de patients sur la précision est le même que pour les indicateurs de processus : plus le nombre de patients pour lequel l'indicateur de résultats est observé est élevé, plus l'écart-type du ratio est faible (et donc plus l'inverse de cette quantité est élevé). La **figure 2.a** met en évidence 4 institutions sanitaires pour lesquels la proportion de patients échouant à récupérer ponctuellement leurs ARV chaque mois est significativement plus élevée qu'attendue. La **figure 2.b** illustre la variabilité importante des institutions dans leur capacité à favoriser la prise ponctuelle des ARV, 6 mois après l'initiation des traitements. Ainsi, 6 établissements présentent une proportion observée significativement plus élevée, et 3 institutions affichent une proportion observée significativement inférieure à la proportion attendue d'adultes échouant à être maintenus sous traitement 6 mois après initiation des ARV. L'analyse de ce même indicateur parmi les femmes enceintes ou post-partum sur la **figure 2.c** présente moins de variabilité avec seulement 3 institutions aux performances anormales.

(a)

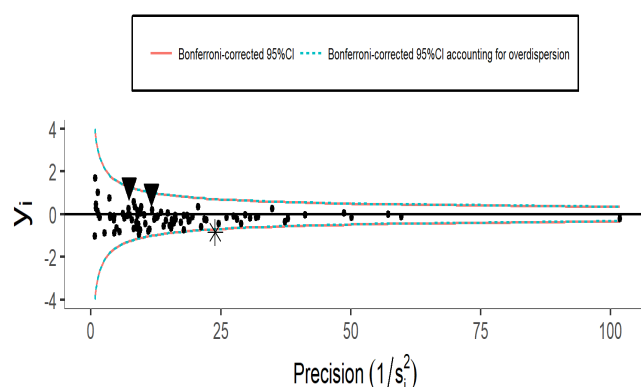
Etablissement à la performance normale (●), et anormalement faible (▼) ou élevée (□)



(b)



(c)



Z-score composite

La **figure 3** présente la distribution des z-scores composites. Les étapes de calcul de cette quantité assurent que notre indicateur composite de la qualité des soins dispensés dans les institutions sanitaires haïtiennes se comporte comme tout z-score – i.e. centré en 0 et avec un écart-type de 1.

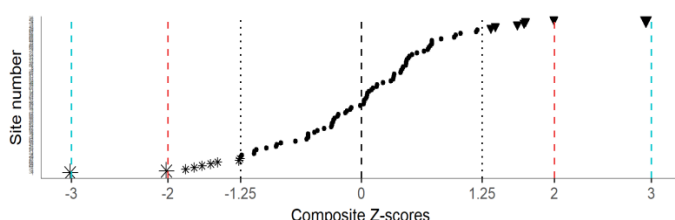


Par conséquent, on s'attendait à ce que la plupart des établissements présente un z-score composite compris entre -1 et 1. 3 établissements affichent des valeurs suggérant des performances anormalement faibles ($Z > 2$) ou élevées ($Z < -2$). Outre ces 3 établissements, plusieurs autres établissements semblent présenter des valeurs significativement différentes de 0, et pourraient à ce titre être considérés comme présentant des performances potentiellement anormales. Il y a un degré inévitable d'arbitraire dans le choix d'un seuil pour classer les établissements – ce seuil dépend de l'objectif et des ressources de l'analyse.

Dans le cadre d'un processus d'inspection conduit dans les hôpitaux au Royaume-Uni, le seuil de ± 1.25 avait été retenu, afin de se focaliser sur les 10% d'établissements présentant les meilleures et les moins bonnes performances sur une série d'indicateurs de mise en œuvre des pratiques standards²³.

Figure 3: Distribution z-score composite de chaque institution sanitaire

Etablissement à la performance normale (●), et anormalement faible (▼) ou élevée (□)



2.4 Conclusion

Notre travail démontre le potentiel de données collectées en routine, comme I-Santé, pour détecter des performances divergentes dans des institutions sanitaires, et ainsi réduire les disparités géographiques dans la qualité de la prise en charge des patients. Nous envisageons plusieurs pistes de poursuite de ce travail : une inspection ciblée des institutions aux performances anormales afin de comprendre les pratiques conduisant à de bons indicateurs, et la mise en place de mesures de soutien éventuelles pour les institutions affichant de moins bons résultats. D'un point de vue opérationnel, des inspections ciblées basées sur une analyse préalable d'indicateurs de performance, plutôt que des inspections aléatoires des établissements de santé, peut permettre de concentrer les ressources sur les institutions qui en ont le plus besoin.

Par ailleurs, cette analyse pourrait être automatisée et intégrée comme un module d'I-Santé, dont les résultats seraient mis à jour régulièrement, afin d'observer l'évolution des performances des institutions sanitaires, et de mesurer l'effet comparé d'interventions visant à améliorer ces performances ; par exemple, en favorisant l'accès à la technologie ou à la formation des personnels de santé des différents établissements.

Enfin, cette approche pourrait être répliquée dans d'autres sphères des soins primaires pour suivre la performance des institutions sanitaires haïtiennes en termes de qualité des soins, par exemple dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

2.5 Annexe

Calcul du z-score composite:

- 1) Pour chaque indicateur $k = 1, 2, 3, 4, 5, 6$, on plafonne les valeurs des z-scores à ± 3 :

$$\tilde{z}_{ik} = (z_{ik}, 3) \times I(z_{ik} > 0) + \max(z_{ik}, -3) \times I(z_{ik} < 0)$$

- 2) On multiplie chaque z-score $\tilde{z}_{ik}$ par un poids ς_k , représentant la pertinence de l'indicateur à la qualité des soins et la qualité des données utilisées pour le calculer:

$$\check{z}_{ik} = \tilde{z}_{ik} \times \varsigma_k, \text{ avec } \varsigma_1 = 1.5, \varsigma_2 = 1, \varsigma_3 = 1.5, \varsigma_4 = 1.5, \varsigma_5 = 0.5, \text{ et } \varsigma_6 = 0.5$$

- 3) On calcule ensuite le z-score composite, noté $Z_i^{composite}$, pour chaque institution $i = 1, \dots, 90$, en utilisant la formule suivante:

$$Z_i^{composite} = \frac{\sum_{k=1}^6 w_k \check{z}_{ik}}{\sqrt{\sum_k \sum_j w_k w_j c_{kj}}}$$

ou c_{kj} sont les corrélations entre les z-scores et $c_{kk} = 1$, et $w_k = \frac{1}{\sum_j c_{kj}}$ pour réduire l'importance des z-scores très corrélés avec d'autres z-scores (et donc qui véhiculent une information partiellement redondante)



²³ Bardsley M, Spiegelhalter DJ, Blunt I, Chitnis X, Roberts A, Bharania S. Using routine intelligence to target inspection of healthcare providers in England. *Qual Saf Health Care* 2009; **18**: 189–94.



3. Implication des hommes dans les services de prévention et transmission du VIH de PTME dans deux institutions sanitaires à Saint-Marc, Haïti : Une étude pilote interventionnelle mixte

Middle Fleurantin²⁴

3.1 Résumé

Objectif.- L'objectif global de cette étude était d'inciter les conjoints des femmes enceintes à utiliser les services de prévention et de transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la période de grossesse de leur conjointe, et de comprendre les perceptions de ces conjoints par rapport aux stratégies d'interventions utilisées visant à promouvoir leur implication à ces services.

Méthode.- De mai à juin 2018, nous avons mené une étude pilote interventionnelle mixte à l'aide d'un devis transversal dans deux centres de santé en Haïti. Les stratégies d'intervention ont été attribuées de manière aléatoire aux sites d'études. Dix-neufs entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès des conjoints des femmes enceintes infectées par le VIH suivies en consultations prénatales. Les conjoints ont été recrutés dans l'étude par le biais des femmes enceintes. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de tests statistiques de comparaison. De plus, tous les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultat.- De manière globale, les résultats de notre étude révèlent que la grande majorité des conjoints a présenté une attitude négative envers les hommes qui fréquentaient les CPN avec leurs femmes. Trois obstacles entravaient la présence des hommes dans les CPN. Il s'agit du conflit entre les heures de fonctionnement des cliniques de soins prénatals et l'horaire de travail des partenaires, le temps d'attente trop élevé dans l'offre de prestation des services aux femmes enceintes et la perception attribuée aux soins maternels comme étant l'affaire des femmes. Dans notre étude, l'invitation écrite a été perçue par la grande majorité des conjoints comme étant une ordonnance médicale révélant un problème de santé chez la femme enceinte. L'analyse des données quantitatives montrent qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les stratégies d'interventions utilisées.

Conclusion.- Les résultats de notre étude ont montré que l'invitation était une méthode efficace pour inciter les conjoints à accompagner leurs épouses à la CPN. Toutefois, l'implication masculine dans la PTME requiert une approche d'intervention multiple auprès des hommes.

Purpose. The overall objective of this study was to encourage spouses of pregnant women to use mother-to-child HIV prevention and transmission services during their spouse's pregnancy, and to understand perceptions of these spouses in relation to the intervention strategies used to promote their involvement in these services.

Method. From May to June 2018, we conducted a mixed interventional pilot study using cross-sectional design in two health centers in Haiti. Intervention strategies were randomly assigned to the study sites. Nineteen semi-structured individual interviews were conducted with spouses of HIV-infected pregnant women followed in prenatal consultations. The spouses were recruited into the study through pregnant women. The quantitative data, for their part, were analyzed using comparative statistical tests. In addition, all the interviews were the subject of a thematic content analysis.

Result. Overall, the results of our study reveal that many spouses had a negative attitude towards men who attended antenatal care (ANC) with their wives. Three obstacles hindered the presence of men in ANC. This is the conflict between ANC clinics operating hours and partners' work schedules, too much waiting time in the provision of services to pregnant women, and perception of maternal care as being the business of women. In our study, the written invitation was perceived by many spouses as being a medical prescription revealing a health problem in pregnant women in our study. The analysis of the quantitative data shows that there is no statistically significant difference between the intervention strategies used.

Conclusion. The results of our study showed that the invitation was an effective method for encouraging spouses to accompany their wives to the ANC. However, male involvement in PMTCT requires a multiple intervention approach to men.

3.2 Introduction

La promotion de l'implication des hommes dans les services de PTME a été identifiée comme une intervention sociale efficace susceptible d'améliorer les programmes de PTME dans les pays à ressources limitées (OMS, 2010).

Plusieurs études menées en Afrique ont révélé que lorsque les conjoints des femmes enceintes sont conseillés et testés pour le VIH pendant les consultations CPN de leurs femmes, une meilleure utilisation des services de santé maternelle a été observée chez les femmes enceintes (Jennings et al., 2014), puis pour celles vivant avec le VIH, l'adhérence au TAR est augmentée (Byamugisha, Tumwine, Semiyaga, & Tylleskär, 2010), et le risque de TME a diminué chez elles (Aluisio et al., 2011). Il a été montré que l'implication masculine en tant qu'approche centrée sur le couple est négligée dans les services de PTME (Morfaw et al., 2013).

²⁴ Cet article a été rédigé dans le cadre de sa maîtrise en Santé publique à l'Université Laval au Québec (Canada). Actuellement, il offre ses services au Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS) à titre de consultant indépendant.



Ce sont aux femmes enceintes à qui l'on propose le dépistage du VIH, et, lorsqu'elles sont séropositives pour le VIH, à qui l'on conseille sur sa prise en charge et celle de l'enfant sans impliquer leurs conjoints.

En Haïti, toutes les femmes enceintes devraient bénéficier d'un test de dépistage du VIH systématique à l'initiation des prestataires au cours des CPN (DSF, 2015). Cet accès précoce au dépistage du VIH constitue un élément clé de la riposte contre la TME (OMS, 2016). En 2015, les statistiques sanitaires ont rapporté que 15% des femmes enceintes venues en CPN n'ont pas bénéficié d'un test de dépistage du VIH, et cela malgré la mise en œuvre de stratégies communautaires et comportementales par le programme auprès du groupe. De plus, les données révèlent également que très peu de conjoints des femmes enceintes fréquentent les services de CPN ou décident de se faire dépister pour le VIH au cours de la période de grossesse (MSPP, 2016). Le fait est que le rôle que peuvent jouer les hommes dans l'amélioration de l'efficacité du programme de PTME reste méconnu dans le milieu des soins. Étant donné que les stratégies visant à accroître l'implication des conjoints au programme de PTME en Haïti n'ont pas été étudiées, il s'avère donc nécessaire de réaliser une étude à ce sujet.

Ainsi, de mai à juin 2018, nous avons mené une étude pilote interventionnelle qui vise à promouvoir l'implication des hommes dans la PTME. L'objectif global de l'étude était de comparer deux stratégies utilisées d'une part pour encourager la présence des conjoints aux CPN et d'autre part pour motiver les conjoints des femmes enceintes infectées par le VIH à se faire dépister pour le VIH durant la période de grossesse.

Nous avons eu recours à deux stratégies d'interventions pour promouvoir la fréquentation des conjoints aux CPN dans le cadre de notre étude. Il s'agit de la notification des conjoints à la PTME par une invitation écrite (lettre d'invitation) et orale (bouche-à-oreille).

De plus, nous avons utilisé deux types d'entretiens semi-dirigés pour motiver les conjoints des femmes enceintes au test de dépistage du VIH pendant la grossesse. Le comportement ciblé dans notre étude était : 1) la présence des conjoints des femmes enceintes aux CPN et 2) le dépistage du VIH des conjoints de ces femmes enceintes au cours de la grossesse.

3.3 Méthodologie

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans deux institutions sanitaires publiques de l'arrondissement de Saint-Marc offrant les soins et services de PTME à la population. Il s'agit des centres de santé de Dumarsais Estimé à Verrettes et le SSPE à Saint-Marc, de mai à juin 2018.

La sélection des deux sites a été effectuée selon un processus aléatoire par le biais d'un tirage sans remise. Les critères de sélection des sites étaient que ces derniers offraient le paquet de soins et de services PTME aux femmes enceintes.

Type d'étude

Un devis transversal de type mixte a été appliqué pour comparer deux stratégies d'interventions juxtaposées visant à promouvoir l'implication masculine dans la PTME, et pour identifier les perceptions des conjoints des femmes enceintes à l'adoption du comportement ciblé.

Population d'étude et échantillonnage

La population à l'étude comprenait toutes les femmes enceintes infectées par le VIH ayant bénéficié des services de soins prénatals et des conjoints qui ont répondu à l'invitation dans les deux sites de l'étude. Un échantillonnage de commodité a été utilisé pour recruter les femmes enceintes à l'étude. Par ailleurs, les conjoints des femmes enceintes ont été recrutés dans l'étude par le biais de leurs conjointes. Un recrutement consécutif au cours de la collecte de données a donc été effectué pour recruter les conjoints des femmes enceintes.

Stratégies d'intervention

Plusieurs études conduites en Afrique ont mis en exergue des stratégies susceptibles d'améliorer l'implication masculine dans la PTME.

Deux stratégies d'intervention juxtaposées ont été mises en œuvre pour promouvoir l'implication masculine dans la PTME dans notre étude. Dans un premier temps, la notification des hommes à la PTME par l'invitation écrite et orale a été utilisée pour favoriser la participation des conjoints des femmes enceintes séropositives dans les services de PTME.

Plusieurs études randomisées ont montré l'effet des lettres d'invitations officielles auprès des conjoints des femmes enceintes dans les services de PTME (Jefferys, Nchimbi, Mbezi, Sewangi, & Theuring, 2015; Kalembo, Zgambo, Mulaga, Yukai, & Ahmed, 2013). Ces études ont rapporté que l'utilisation d'une lettre invitant les conjoints à la clinique prénatale a augmenté la fréquentation de ces derniers aux services prénatals de 10 à 50%. L'utilisation de lettres d'invitation était perçue comme une ordonnance médicale obligeant les conjoints à se présenter dans les services.

De plus, dans ces études le message oral a été présenté comme la stratégie de contrôle pour étudier l'effet de la notification des hommes à la PTME par le biais de lettres d'invitation.



Le choix de la notification des partenaires à la PTME a été guidé par la phase formative de cette étude menée auprès des femmes enceintes dans les deux centres de santé sur les barrières à l'implication des conjoints dans la PTME²⁵.

La lettre d'invitation ainsi que le message oral ont été élaborés en s'appuyant sur les modèles proposés dans les études ci-dessus. En effet, la lettre d'invitation a été rédigée en créole et signée par le directeur médical de l'institution sanitaire. Le contenu de la lettre d'invitation officielle était similaire à celui du message oral. Les informations inscrites dans la lettre et qui sous-tendent le contenu du message oral ont été : l'objectif de l'entretien, les services reçus par la femme enceinte, et l'importance pour l'homme de répondre à l'invitation.

Aussi, d'autres études ont mis en évidence l'importance des entretiens individuels sur le dépistage du VIH prénatal à l'égard des hommes pour inciter les conjoints des femmes enceintes à effectuer le test de dépistage du VIH. Plus de 60% des 313 hommes ayant fréquenté une clinique prénatale à Nairobi (Kenya) ont effectué un test de dépistage prénatal individuel du VIH à la suite d'un entretien individuel mené par les prestataires de soins (Katz et al., 2009).

L'étude a révélé que l'entretien individuel entre les prestataires de soins et les conjoints des femmes enceintes contribuent à dissiper les mythes culturels relatifs à la grossesse et à donner aux hommes la connaissance des avantages potentiels de leur implication dans la PTME.

Phases de l'intervention

Une stratégie d'intervention combinée a été utilisée pour promouvoir l'implication masculine dans la PTME dans cette étude.

Elle comportait deux étapes. La première étape consistait à transmettre aux femmes enceintes infectées par le VIH venues en CPN, ayant accepté de participer à l'étude, une lettre d'invitation ou un message oral destiné à leurs conjoints pour solliciter leur présence dans les prochaines consultations prénatales. L'invitation s'articulait autour d'une discussion au sujet de la grossesse de sa femme et d'une meilleure compréhension des soins et services reçus par sa conjointe à l'institution sanitaire. De plus, aucune mention du VIH n'a été faite dans l'invitation.

La deuxième étape reposait sur la réalisation d'un entretien individuel semi-structuré de type motivationnel selon les enseignements de Miller et Rollnick ou traditionnel type counseling et dépistage du VIH avec les conjoints des femmes enceintes qui se sont présentés à la clinique prénatale²⁶.

En effet, les partenaires qui ont reçu l'invitation devaient, sur une base volontaire, se présenter au centre de santé pour participer à la discussion proposée par le site respectif dans une période allant d'une à deux semaines.

L'intervention était assignée de manière aléatoire à chaque site de l'étude. À ce titre, il y avait deux groupes expérimentaux (figure 1). Le groupe 1 (groupe d'intervention) regroupait les femmes enceintes recevant la lettre d'invitation et les conjoints des femmes enceintes qui se sont présentés en CPN pour bénéficier de l'entretien de type motivationnel. De l'autre côté, le groupe 2 (groupe contrôle) rassemblait les femmes enceintes bénéficiant des invitations orales (de bouche à oreille) et de l'entretien de type CD destiné aux conjoints. Les interventions consistaient donc en : a) la lettre d'invitation + l'entretien de type motivationnel (Groupe 1) et b) le message oral + l'entretien de type CD (Groupe 2).

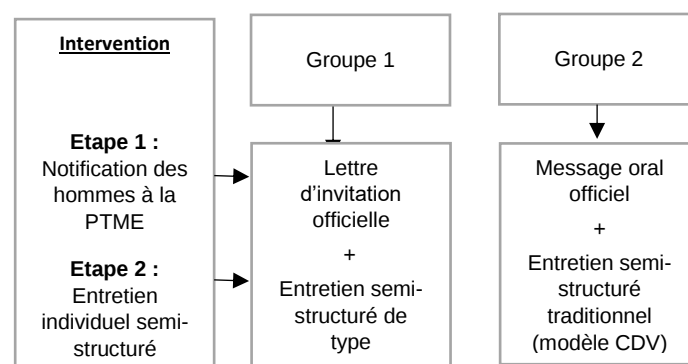


Figure 1. Intervention combinant 2 stratégies d'interventions juxtaposées

Modèle logique de l'intervention

Ainsi, le modèle logique de l'intervention présenté ci-dessous a pour but de fournir une explication schématisée et structurée de l'intervention proposée. Celui-ci a été rédigé sur la base des résultats attendus par le projet d'intervention (figure 2).

Sélection et recrutement des participants

Les femmes enceintes infectées par le VIH étaient éligibles si elles étaient disposées à donner leur consentement éclairé avant de participer à l'étude et si elles reconnaissaient avoir un conjoint à qui elles pouvaient transmettre l'invitation proposée. Ainsi, toutes les femmes enceintes infectées par le VIH ont été approchées par les infirmières chargées de soins en PTME pour participer à l'étude au fur et à mesure qu'elles se présentaient en CPN. Les conjoints ont été recrutés dans l'étude à travers les femmes enceintes (leurs conjointes). Ils étaient donc invités à se présenter dans le site respectif dans une période allant d'une à deux semaines à partir de l'invitation. Ils pouvaient se présenter seuls pendant la période mentionnée dans l'invitation ou se faire accompagner par leur conjointe lors de la prochaine visite mensuelle de CPN. Les conjoints qui ont accepté de participer à l'entretien ont été recrutés pour l'étude.

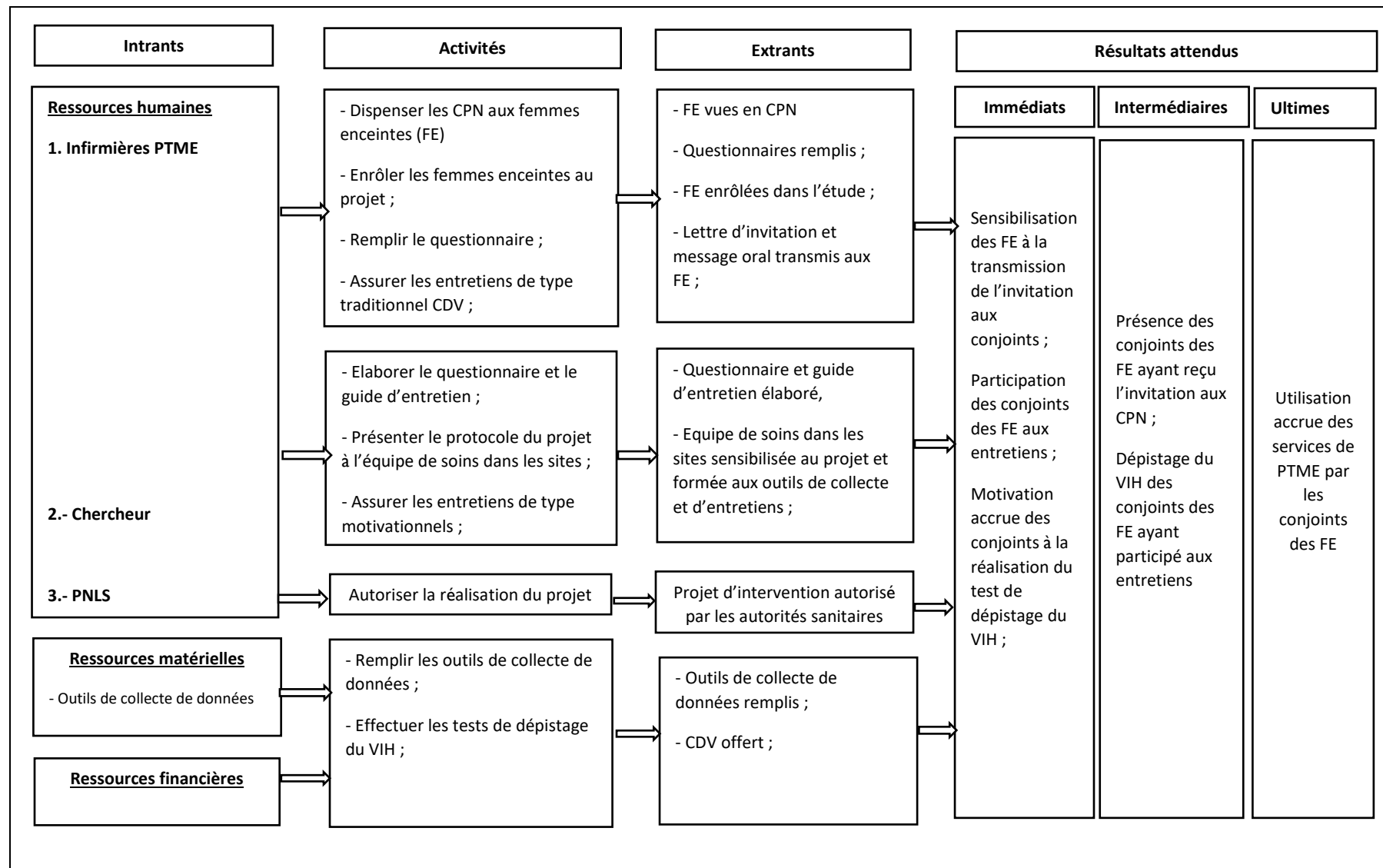
²⁵ Fleurantin Middle (2018). Implication des hommes dans les services de Prévention et transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) dans deux institutions sanitaires à Saint-Marc en Haïti : une étude transversale mixte (article soumis à une revue scientifique)

²⁶ Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. New York : the Guilford Press, 2002;428 p. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Londres : Churchill Livingstone, 1999;225 p.

Miller WR, Rollnick S. Pratiquer l'entretien motivationnel. Paris : Dunod, 2010;241 p.



Figure 2 : Modèle logique de l'intervention



Collecte de données

La collecte de données a été réalisée sur une période de deux mois, de mai à juin 2018. Toute femme enceinte recrutée dans l'étude a été soumise à un questionnaire dont le but était de recueillir les informations sociodémographiques (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, profession, niveau d'éducation,) et les antécédents de dépistage du VIH chez le conjoint (statut VIH, partage de statut entre partenaires, date approximative des tests et résultats des tests). De leur côté, tous les conjoints qui se sont présentés à la clinique prénatale ont bénéficié d'un entretien semi-structuré après avoir rempli un questionnaire d'informations sociodémographiques. Les entretiens de type motivationnel²⁷ ont été réalisés par l'étudiant-chercheur alors que les entretiens traditionnels de type CV ont été effectués par les infirmières de PTME formées à cet effet. Tous les entretiens ont suivi un guide d'entretien semi-structuré et couvraient les thèmes portant sur la perception des partenaires des femmes enceintes infectées par le VIH par rapport à leur implication à la PTME. Ces thèmes regroupaient : les connaissances des conjoints sur le VIH et la PTME, le comportement passé en matière de dépistage du VIH, les facteurs facilitants et obstacles à la fréquentation des partenaires aux CPN, les raisons du recours ou non au test de dépistage du VIH par les partenaires au cours de la période de grossesse de leur conjointe, la perception des partenaires par rapport aux stratégies utilisées pour encourager la fréquentation des partenaires, et le sentiment d'efficacité personnelle à l'adoption du comportement ciblé. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique après consentement des participants. La durée moyenne des entretiens était de 30 à 45 minutes.

Analyse des données

Analyse des données quantitatives

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 données quantitatives proviennent d'informations recueillies auprès des partenaires qui se sont présentés en CPN à l'aide d'un questionnaire et des registres CD des sites.

L'analyse des données a permis de décrire les variables sociodémographiques des partenaires dans chacun des sites, de déterminer le taux de participation des partenaires aux CPN par site et le taux de dépistage du VIH chez les partenaires après les entretiens par site. Ensuite des tests de proportion (chi carré, test de Fischer) ont été utilisés pour comparer les deux groupes de manière à déterminer l'existence de différence entre les stratégies utilisées, à savoir l'invitation orale et écrite, et entre l'entretien de type motivationnel et l'entretien traditionnel type CD. L'existence d'une différence entre les deux groupes a été évaluée en utilisant une valeur de $p < 0,05$. Tous les résultats ont été présentés sous la forme de tableaux.

Analyse des données qualitatives

Une analyse de contenu a permis d'analyser les données qualitatives (Bardin, 2007). Les informations provenant des entretiens ont été transcrites en respectant les formes du discours (le verbatim). Les verbatims ont été codés en utilisant les catégories provenant du modèle théorique pour augmenter la fiabilité du discours. L'analyse thématique a permis de dégager d'autres idées extraites du verbatim en vue d'en appréhender le sens. Les codes avec des significations semblables ont été regroupés au sein d'une sous-catégorie puis dans une catégorie afin de mettre en évidence les caractéristiques et la signification du phénomène analysé. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel N'vivo version 12. Les principaux constats étaient partagés avec l'équipe d'encadrement dans une perspective de validation et d'ajustements.

Les critères de scientificité de Guba et Lincoln ont été appliqués afin de garantir la validité des résultats (Lincoln, 1995). La fidélité des résultats a été déterminée en utilisant la triangulation des sources. La crédibilité a été assurée par le contact étroit qui a été maintenu par l'étudiant-chercheur avec les participants sur le terrain et par le biais des échanges et des discussions avec les infirmières chargées de soins en PTME qui ont participé à la mise en œuvre du projet.

Considérations éthiques

Le protocole du projet d'intervention a été validé par la direction du programme de santé publique de l'Université Laval. Il a été ensuite approuvé par le Programme national de lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS) en Haïti. L'accord de la direction exécutive des deux institutions sanitaires impliquées dans l'étude a également été obtenu. Tous les participants ont donné un consentement verbal après avoir pris connaissance de l'objet, de la nature de l'étude ainsi que de l'importance de leur participation.

Les participants ont été assurés de la confidentialité de leur participation à l'étude, de leur droit à l'anonymat, ainsi que de leur droit de rétractation.

²⁷ Le chercheur détient un diplôme d'université (DU) de cours international sur le VIH et les IST dans les pays à ressources limitées de l'Université Paris 7 au titre de l'année académique 2013-2014. Dans le cadre de cette formation, il a réalisé des séances de counseling et de dépistage du VIH ainsi que des séances d'éducation thérapeutique (ETP) à l'égard des patients atteints de maladies chroniques comme le VIH et le VHC à l'Hôpital Georges Pompidou (Paris). De plus, il a assuré son auto-formation à la réalisation de l'entretien motivationnel à l'aide des manuscrits de Miller et Rollnick sur l'entretien motivationnel et de vidéos produites à ce sujet.



3.4 Résultats

Résultats quantitatifs

Au total, 102 femmes enceintes séropositives ont été recrutées, dont 47 d'entre elles ont reçu l'invitation écrite et les 55 restantes ont reçu l'invitation orale. Après la réception de la lettre d'invitation, 9 conjoints ont fréquenté le centre de santé de Dumarsais Estimé alors que 10 conjoints se sont présentés dans le SSPE de Saint-Marc après le message oral communiqué par leurs conjoints.

Profil épidémiologique des partenaires

Dans les deux sites d'études, l'âge moyen des conjoints était de 32 ans. La majorité des conjoints (58%) vivaient en milieu urbain. Par rapport à la religion, une plus grande proportion des conjoints étaient protestants (58%) suivis de ceux de religion catholique (34%). Le niveau d'éducation des partenaires était soit primaire (42%) soit secondaire (42%). La majorité des conjoints vivaient en union libre (53%), et l'agriculture représentait 32% des sources de revenus des conjoints. Le tableau 5.2.1 et 5.2.2 décrit les caractéristiques des femmes enceintes et de leurs conjoints.

Participation des partenaires aux CPN

Sur les deux sites d'études, le taux de participation était de 18,63% (19/102). L'analyse a montré que les proportions des conjoints ayant assisté aux CPN à la suite des invitations reçues étaient respectivement de 16,36% (9/47) dans le Groupe 1 (invitations écrites) et de 18,18% (10/55) dans le Groupe 2 (invitations orales). La comparaison des proportions des conjoints ayant participé aux CPN à la suite des invitations a révélé que les deux stratégies utilisées sont identiques avec une valeur de $p < 0,05$ (Tableau 5.2.3).

Dépistage du VIH chez les partenaires après les entretiens

À la suite des entretiens individuels semi-structurés 18 conjoints, dont 9 dans chacun des sites ont effectué le test de dépistage du VIH le jour même. Ce qui équivaut à une proportion de 95% des conjoints ayant accepté de se faire dépister après les entretiens. L'analyse des données a montré que les stratégies utilisées pour inciter les conjoints à effectuer le dépistage prénatal du VIH sont identiques avec une valeur de $p < 0,05$ (Tableau 4). De plus, parmi les résultats obtenus, 15 conjoints ont eu un résultat sérologique négatif pour le VIH et les 3 conjoints restants ont été séropositifs pour le VIH. Les 3 cas positifs pour le VIH ont été pris en charge par le service de prise en charge des IST/VIH du site selon les directives définies (Tableau 5.2.4).

Résultats qualitatifs

Connaissances des conjoints sur le VIH et la PTME

Cette section présente les connaissances antérieures des conjoints sur le VIH et la PTME, les modes de transmission et de prévention du VIH, les conséquences probables du VIH sur le bébé. Les résultats révèlent que de manière globale, le niveau de connaissances en VIH/sida est élevé chez les conjoints. Plus de la moitié (53%) des participants a présenté une définition assez claire du VIH.

« C'est quand le sang d'une personne est infecté par le VIH et que cette personne rentre en contact sexuel avec une autre personne qui n'a pas le VIH. Cette personne qui n'a pas le VIH sera infectée du coup par le VIH » DE Pt 03²⁸.

Deux principaux modes de transmission du VIH ont été mentionnés par l'ensemble des conjoints (100%), les relations sexuelles et le contact par du sang contaminé par le VIH lors des transfusions sanguines ou des blessures occasionnelles. Neuf (9) conjoints ont évoqué l'infection du bébé au VIH par une mère vivant avec le VIH comme étant un mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant : *« Après les relations sexuelles, la personne peut être infectée par le sang contaminé par le VIH et un bébé peut être infecté par sa mère aussi si la mère est infectée par le VIH »* SSPE Pt 10²⁹.

Lorsque les conjoints ont eu à répondre à quel moment et comment le bébé pourrait être contaminé par le VIH, la grande majorité des conjoints (84%) ont mentionné lorsque celui-ci est dans le ventre de sa mère. S'agissant des conséquences du VIH sur la vie future du bébé, la majorité des conjoints (90%) ont évoqué le décès du bébé dans un délai ne dépassant pas deux années après sa naissance). La malnutrition, la diarrhée, la fièvre et les visites hospitalières récurrentes ont été également avancées par les conjoints comme les conséquences probables du VIH sur la vie future du bébé. *« C'est sûr que le bébé va être malade. Je connaissais un couple qui avait le VIH, il avait des enfants, le couple a perdu ces deux enfants à la suite de diarrhée à répétition »* SSPE Pt 9.

« Eh...Eh la malnutrition, le décès. Et encore la diarrhée, je pense que la diarrhée est la plus fréquente... » DE Pt 06.

Comportement passé en matière de dépistage du VIH

En lien avec le comportement passé en matière de dépistage du VIH. La majorité des conjoints (74%) ont déclaré qu'ils ont effectué un test de dépistage du VIH dans le passé.

²⁸ DE Pt 03 : Dumarsais Estimé Patient 03

²⁹ SSPE Pt 10: Service de santé de premier échelon, Patient 10



La proposition du test de dépistage du VIH par un personnel de santé reflétait le motif sous-jacent le plus avancé par les répondants (37%) à la réalisation du test de dépistage du VIH dans le passé. D'autre part, la peur du résultat positif, le mauvais accueil à l'hôpital, la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes avec un résultat VIH positif et la faible confidentialité des conjoints en lien avec le résultat positif du VIH, représentaient les principales raisons avancées par les participants pour ne pas effectuer le test du dépistage du VIH.

Perceptions des conjoints par rapport à leur implication dans la PTME

Les perceptions des conjoints par rapport à leur implication dans la PTME ont fait l'objet d'analyses par le biais de trois questions. La première question consistait à demander au participant s'il pensait avoir un rôle à jouer pour prévenir l'infection du bébé par le VIH au cours de la période de grossesse. Plus de 80% des conjoints ont répondu par l'affirmative. Lorsqu'il s'agissait de définir ce rôle dans le cadre de la prévention de la TME, les réflexions divergent. Cinq (5) participants ont signalé que le rôle du conjoint est d'adopter un comportement sexuel responsable au cours de la grossesse pour éviter de contracter le VIH.

« C'est éviter les comportements sexuels à risque au cours de cette période, car très souvent beaucoup de femmes ne sont pas intéressées à faire des relations sexuelles à cette période. En raison de cela, certains hommes profitent de trouver une petite amie » SSPE Pt 03.

Il a été demandé aux conjoints qu'elles étaient leurs perceptions à l'égard de leur présence en CPN. À cette question, la grande majorité des répondants a évoqué une attitude négative envers les hommes qui fréquentent les CPN avec leurs femmes. Cette perception négative semblait être la résultante des normes culturelles installées dans le milieu. Certains perçoivent les cliniques prénatales comme un espace réservé aux femmes.

« Lorsque tu conduis ta femme dans les rendez-vous au centre de santé, certains de vos amis pensent que vous êtes sous la domination de votre conjointe » SSPE Pt 08.

Selon un (1) conjoint, les hommes se présentent dans la plupart du temps en CPN lorsque la femme est sur le point d'accoucher ou elle présente des complications liées à la grossesse.

« Les soins maternels sont considérés comme l'affaire des femmes. Nous ne sommes pas interpellés dans le suivi des femmes enceintes sauf en cas de problèmes majeurs » DE Pt 07

En outre, les conjoints étaient interrogés sur l'importance de connaître leur statut VIH durant la période de grossesse de leur conjointe. Les participants ont déclaré dans leur grande majorité (63%) qu'il était important pour un homme d'effectuer un test de dépistage du VIH au moment de la période de grossesse de sa conjointe. Neuf d'entre eux attribuaient un score de 10 lorsqu'ils s'agissaient d'estimer l'importance à partir d'une échelle de 0 à 10. Cependant, quand ils devaient répondre pourquoi ils se sont situés à ce niveau, huit participants ont affirmé que la connaissance de son statut VIH pourrait l'aider à adopter un comportement sexuel à moindre risque :

« Bon à force de connaître son statut VIH on aura davantage l'envie de se protéger et maintenir son statut VIH si le résultat du test est négatif dans le cas contraire ... » SSPE Pt 03.

« Parce que je pense, on peut avoir un comportement sexuel responsable si on connaît son statut VIH » DE Pt 02.

Perception des conjoints par rapport aux stratégies utilisées pour encourager la fréquentation des partenaires dans les CPN

Les conjoints ont été interrogés à propos de leurs réactions à la réception de l'invitation et les raisons sous-jacentes capables d'influencer leur réponse aux stratégies utilisées. L'invitation écrite a été perçue par 30% des conjoints comme étant une ordonnance médicale révélant un problème de santé chez la femme enceinte. Cette perception entourant la lettre d'invitation était également partagée par l'autre groupe qui a reçu l'invitation orale. Cependant, les conjoints paraissaient plus perplexes, et troublés à la réception de la lettre d'invitation que l'invitation orale selon les propos avancés par les conjoints.

« À la réception de la lettre d'invitation officielle, j'ai demandé à ma conjointe pourquoi le centre de santé m'envoie une lettre d'invitation. Malgré les explications qu'elle m'a données, je pense qu'elle souffre d'une maladie que seule l'infirmière peut m'en informer. Donc, cela sous-entend que ce serait peut-être une maladie grave ... » DE Pt 06.

Facteurs influençant la participation des conjoints aux CPN

Les conjoints ont relaté au cours des entretiens diverses raisons qui influencent leur présence dans les CPN. Certaines d'entre elles ont été présentées comme étant des barrières alors que d'autres ont été avancées comme des facteurs facilitants. Les barrières tournaient dans la grande majorité des cas (42%) autour du conflit existant entre les heures de fonctionnement des cliniques de soins prénatals et l'horaire de travail des partenaires.



« Mes horaires de travail sont incompatibles à celles de prestation des services PTME au niveau des centres de santé Les services de PTME au niveau des centres de santé sont fermés après 16 h durant la semaine et au cours des week-ends » SSPE Pt 04.

De plus, le temps d'attente trop élevé dans l'offre de prestation des services aux femmes enceintes et la perception attribuée aux soins maternels comme étant l'affaire des femmes sont autant de barrières avancées par les conjoints. Néanmoins, les conjoints ont affirmé qu'une réduction du temps d'attente dans l'offre de services à l'hôpital, un espace de soins plus accueillant pour les conjoints ainsi qu'un horaire de prestations de services dans les sites adapté à leurs besoins représentaient les principaux facteurs facilitants pouvant encourager leur présence dans les CPN.

« Je pourrais accompagner ma femme enceinte dans les CPN si les soins accordés à ma femme étaient plus rapides. ... Je ne peux pas perdre mon temps... » DE Pt 04

Facteurs influençant le recours au dépistage du VIH des conjoints durant la période de grossesse de leur conjointe (motivation intrinsèque)

Les conjoints des femmes enceintes étaient invités à énumérer les facteurs qui pourraient faciliter ou entraver leur volonté d'effectuer le test de dépistage du VIH au moment de la grossesse de leur partenaire. Les raisons évoquées par les conjoints au non-recours du test de dépistage du VIH au cours de la période de grossesse sont multiples. La peur du résultat séropositif (73%) du test de dépistage ressort comme étant la barrière la plus importante au refus du test de dépistage du VIH des conjoints au cours de la grossesse. Elle a été suivie par la crainte d'être stigmatisé et discriminé (47%). « La peur du sida quand on voit comment meurent les gens qui ont le sida. Tout le monde a peur de cette maladie, et les gens qui sont infectés sont stigmatisés et discriminés. Tout le monde va te fuir. Tu sais cela Doc... » DE Pt 05.

D'autres participants laissent présager dans leurs réflexions une volonté de rester davantage dans l'ignorance de leur statut sérologique VIH, car le sida est qualifié de maladie de la honte, résultante du vagabondage sexuel.

« Le sida est une maladie de la honte. Mieux vaut mourir dans l'ignorance que de savoir qu'on souffre de cette maladie Beaucoup de monde ne croit pas jusqu'à présent qu'il existe des médicaments pour traiter le sida... » SSPE Pt 01.

Les conjoints ont rapporté plusieurs facteurs facilitant la réalisation du test de dépistage du VIH au moment de la période de grossesse selon les conjoints.

Six (6) conjoints ont estimé que le principal facteur facilitant tourne autour du renforcement de l'information sur l'importance d'effectuer le test de dépistage au moment de la grossesse chez les conjoints. Pour certains, ce rôle d'information devrait être attribué aux institutions sanitaires par le biais des campagnes de promotion de la santé au niveau de la communauté touchant à la fois, les hommes et les femmes.

« Si les centres de santé informent la communauté, les femmes enceintes et les hommes de l'intérêt de faire le test VIH, cela pourrait faciliter la réalisation du test chez ces derniers » SSPE Pt 05.

Pour d'autres conjoints, la connaissance de la séronégativité de leur conjointe, la fidélité perçue de leur conjointe, l'absence de comportement sexuel à risque et la protection du bébé sont des raisons évoquées capables de leur inciter à effectuer un test de dépistage du VIH au moment de la grossesse de leur conjointe.

« Quand on est fidèle avec sa femme, on n'a pas peur de faire ce test... » DE Pt 03.

« Si cela peut protéger la santé du bébé, je n'ai aucun problème de le faire » SSPE Pt 05.

Sentiment d'efficacité personnelle

En dernier lieu, nous avons interrogé les conjoints sur les questions en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle, un déterminant important pour évaluer la motivation d'un individu. Il s'agissait de savoir s'ils se sentiraient capables d'effectuer le test de dépistage du VIH durant la période de grossesse de leur conjointe, même s'ils ont peur de recevoir un résultat positif et malgré la crainte de stigmatisation /discrimination en cas de résultat positif. À partir d'une échelle de 0 à 10, 68% des conjoints ont affirmé qu'ils ne percevaient aucun inconvénient à effectuer un test de dépistage du VIH dans la période de grossesse de leur conjoint puisqu'ils ont déjà effectué un test de dépistage du VIH dans le passé.

3.5 Discussions

Cette étude a exploré les perceptions des conjoints des femmes enceintes infectées par le VIH par rapport aux stratégies utilisées pour encourager les hommes à fréquenter les CPN et à se faire dépister pour le VIH au cours de la période de grossesse. De manière globale, les résultats de notre étude révèlent que le niveau de connaissances en VIH/sida est élevé chez les conjoints. Les résultats de l'étude de Coly (2016) ne sont pas différents des nôtres (Coly, 2016). L'étude a examiné les perceptions, les attitudes et les croyances envers l'implication des conjoints dans les soins maternels et infantiles au Burundi.



Elle a montré que plus de 90% des hommes interrogés ont répondu adéquatement aux questions provenant des critères pour étudier le niveau de connaissance en VIH/sida et en PTME des participants dans l'étude.

Globalement, les conjoints croient qu'ils ont un rôle important à jouer dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Lorsqu'il s'agissait de définir ce rôle, la grande majorité des partenaires avait de la difficulté pour exprimer ce rôle. Cette difficulté d'exprimer ce rôle a été révélée dans une étude qui rapportaient les perceptions des prestataires de soins sur les facteurs influant la participation des hommes à la PTME à Blantyre, au Malawi (Nyondo, Choko, Chimwaza, & Muula, 2015). Dans notre étude, la grande majorité des répondants a présenté une attitude négative envers les hommes qui fréquentaient les CPN avec leurs femmes. Ces résultats sont en conformité avec une revue systématique parue en 2013 qui s'est intéressée aux barrières et facteurs facilitants à l'implication masculine dans la PTME (Morfaw et al., 2013). Cette revue a rapporté que dans 9 études, la perception selon laquelle les soins prénatals étaient une activité féminine entravait la participation des hommes aux soins prénatals.

En ce qui a trait aux éléments qui entravent la fréquentation des conjoints dans les CPN, nous en avons dégagé trois dans notre étude. Il s'agit du conflit existant entre les heures de fonctionnement des cliniques de soins prénatals et l'horaire de travail des conjoints, le temps d'attente trop élevé dans l'offre de prestation des services aux femmes enceintes et la perception attribuée aux soins maternels comme étant l'affaire des femmes. Ces résultats sont en accord avec les résultats des études de Katz et al. (2009) et Nkuoh et al. (2010), respectivement réalisées au Kenya et au Cameroun, qui ont rapporté que le calendrier des activités de PTME était en conflit avec les activités quotidiennes normales des hommes (Katz et al., 2009; Nkuoh, Meyer, Tih, & Nkfusai, 2010). Les hommes n'avaient tout simplement pas le temps de participer aux CPN et de recevoir les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies de PTME. Des prestataires de soins dans une étude menée au Malawi sur leurs perceptions des facteurs susceptibles d'influer l'implication des partenaires dans la PTME, ont rapporté que les hommes ne participent pas aux services de PTME en raison d'obligations professionnelles (Nyondo et al., 2015). Ils estimaient qu'il était plus important de supporter financièrement les coûts des soins de santé liés à la grossesse de leurs partenaires plutôt que d'être présent lors des visites à la clinique.

Les résultats de notre étude ont montré également une faible participation des conjoints aux CPN à la suite des invitations reçues. Nos résultats concordent avec ceux observés dans les travaux de Byamugisha et al. (2011), Nyondo et al. (2015) évaluant les invitations écrites par rapport aux invitations orales (Byamugisha et al., 2011; Nyondo et al., 2015).

Par exemple, la fréquentation des hommes aux CPN après les lettres d'invitation reçues pour promouvoir leur présence et le test du dépistage du VIH dans les CPN étaient de 16% en Ouganda, et de 26% au Malawi. Dans ces mêmes études, où les femmes étaient encouragées à inviter verbalement leur conjoint, la présence des hommes dans les CPN était inférieure respectivement de 14.2% en Ouganda et de 19% au Malawi.

Toutefois, en ce qui concerne les perceptions des conjoints par rapport aux stratégies utilisées pour encourager la présence des partenaires dans les CPN, la lettre d'invitation officielle a été perçue par plusieurs conjoints comme étant une décision médicale révélant un problème de santé chez la femme enceinte dans notre étude. Ces résultats sont similaires à des études menées en Afrique où l'utilisation de lettres d'invitation était perçue comme une ordonnance médicale obligeant les époux à se présenter aux CPN (Jefferys et al., 2015; Nyondo et al., 2015). Des évidences anecdotiques ont indiqué que ces lettres pouvaient engendrer de mauvaises réactions de la part des conjoints voire la violence conjugale. Le fait est que les institutions sanitaires utilisent les invitations écrites pour informer les familles de la présence d'une maladie grave ou d'une urgence.

Notre étude a révélé que les raisons déclarées par les conjoints au non-recours du test de dépistage du VIH durant la période de grossesse ne sont pas différentes aux raisons avancées par ces derniers au refus du test de dépistage du VIH dans le passé. La peur du résultat du test séropositif, la crainte d'être stigmatisé et discriminé, les croyances culturelles qui qualifient le VIH/sida comme maladie de la honte résultant du vagabondage sexuel sont les principaux obstacles avancés par les conjoints. Ces résultats sont conformes à d'autres études qui ont documenté les rapports que les hommes entretenaient avec le dépistage du VIH. C'est ce qui ressort en effet des conclusions des travaux de Ba Mamadou, 2012 à travers des études menées auprès des immigrants africains au Québec (Bâ, 2012).

De surcroît, les deux types d'entretiens utilisés pour collecter les données auprès des conjoints n'ont pas mis en évidence de différences statistiquement significatives entre les proportions des conjoints qui ont effectué le test de dépistage du VIH à la suite des entretiens.

Cependant, l'analyse des entretiens nous a permis de comprendre que l'entretien motivationnel paraît faciliter une meilleure compréhension du rôle et de l'importance de l'implication des partenaires dans la PTME en raison du matériel visuel utilisé comme les affiches, les échelles de notation que l'entretien traditionnel effectué dans le cadre normal du conseil et dépistage du VIH par les sites. D'autres études sont donc nécessaires pour étayer cette assertion.



3.6 Forces et Limites de l'étude

Forces

De manière significative, la principale force est d'être la première étude du genre en Haïti, suivie de l'utilisation d'un devis mixte, appuyé sur des données probantes ayant utilisé une intervention efficace (lettre d'invitation) et d'une approche d'intervention structurée (entretien motivationnel). Un autre point fort de l'étude réside dans l'émergence de la verbalisation des conjoints des femmes enceintes haïtiennes sur leur rôle et l'importance de leur implication dans la PTME durant la période de grossesse. Avant cet entretien, l'invitation faite aux conjoints tournait davantage autour des discussions sur un problème de santé ou sur une urgence par rapport à la situation de grossesse de leur conjointe.

Limites

Certaines limites ont été rencontrées lors de ce travail. Le devis transversal utilisé n'a pas permis d'étudier l'effet réel de l'invitation écrite ou orale auprès des conjoints. Il serait donc plus plausible de recourir à un devis quasi expérimental (Pré + Post intervention avec groupe contrôle) pour évaluer l'effet des stratégies. De surcroît, la taille d'échantillon n'a pas permis d'observer une puissance statistique adéquate pour détecter une différence entre les stratégies. Néanmoins, les proportions sont semblables à ce qui est trouvé dans la littérature, alors la réponse est peut-être que les stratégies utilisées seules sont insuffisantes pour impliquer les conjoints des femmes enceintes infectées dans la PTME.

3.7 Conclusion

Les invitations écrites et orales aux hommes, comme le montre notre étude, ont le potentiel d'encourager les conjoints des femmes enceintes à se présenter en CPN. Par conséquent, il est nécessaire d'évaluer cette intervention simple et peu coûteuse plus loin ailleurs dans le cadre d'études avec des devis quasi-expérimentaux. Néanmoins, il a été montré à travers d'autres études que l'implication masculine dans la PTME requiert des stratégies d'interventions multiples telles que les invitations orales ou écrites précédées d'éducation communautaire et de campagnes médiatiques auprès des hommes pour réaliser l'effet escompté.



Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes N=102

Variables	Groupe 1 N=47	Groupe 2 N=55	Total (102)
Age (years) IQR			
Moy (IQR)	27 (22-31)	27 (23-31)	27 (23-31)
Age gestationnel (semaine)			
Moy (SD)	20.1 (7.34)	21.7 (8.5)	20,94 (8)
CPN suivies			
Moy (SD)	2 (1.13)	2 (1)	2.00 (1.11)
Enfants biologiques			
Moy (SD)	1 (1.46)	1 (1.73)	1 (1.64)
Milieu de résidence (%)			
Rural	29 (46)	34 (54)	63 (100)
Urbain	18 (46)	21 (54)	39 (100)
Religion (%)			
Catholique	8 (44.5)	10 (55.5)	18 (100)
Protestant	29 (50)	29 (50)	58 (100)
Vodouisant	2 (40)	3 (60)	5 (100)
Aucune	8 (38)	13 (62)	21 (100)
Niveau d'étude (%)			
Ne sait pas lire	15 (50)	15 (50)	30 (100)
Primaire	15 (42.9)	17 (53.1)	32 (100)
Secondaire	15 (41.6)	21 (58.4)	36 (100)
Universitaire	2 (50)	2 (50)	4 (100)
Statut matrimonial (%)			
Mariée	6 (35.3)	11 (64.7)	17 (100)
Célibataire	9 (41)	13 (59)	22 (100)
En union libre	32 (50.8)	31 (49.2)	63 (100)
Occupation des femmes enceintes (%)			
Agriculture	6 (75)	2 (25)	8 (100)
Activité informelle	23 (39)	36 (61)	59 (100)
Travailleur qualifié	3 (42.8)	4 (57.2)	7 (100)
Aucune	15 (53.6)	13 (46.4)	28 (100)
La femme partage son statut VIH			
Oui	10 (35.7)	18 (64.3)	28 (100)
Non	37 (50)	37 (50)	74 (100)



Tableau 2. Profil sociodémographique des partenaires N=19

Caractéristiques	Groupe 1 N=9	Groupe 2 N=10	Total (102)
Age (moy) en années	32.11	32.2	32
Milieu de résidence			
Rural	3	4	7
Urbain	6	6	12
Religion			
Catholique	3	1	4
Protestant	3	6	9
Vodouisant		1	1
Aucune	3	2	5
Niveau d'études			
Ne sait pas lire	0	1	1
Primaire	5	3	8
Secondaire	3	5	8
Universitaire	1	1	2
Statut matrimonial			
Union libre	8	2	10
Célibataire	1	3	4
Marié	1	4	5
Sources de revenus			
Activité informelle	5	3	8
Agriculture	3	3	6
Travailleur qualifié	1	3	4
Aucune	1	0	1

Tableau 3. Participation des conjoints aux CPN à la suite des invitations

Fréquentation de la CPN par les partenaires par site	Centre de santé du Dumarsais Estimé Invitation écrite	SSPE de Saint-Marc Invitation orale	Total (%)	Comparaison
Invitation	47 (46)	55 (54)	102 (100)	Test de chi-carré de Pearson p-value = 0.90
Fréquentation	9 (47.4)	10 (52.6)	19 (100)	
Proportion %)	9/47 = 19.14	10/55 = 18.18	18.63	

Tableau 4. Dépistage du VIH des conjoints aux CPN à la suite des entretiens

Dépistage du VIH des partenaires	Centre de santé du Dumarsais Estimé Entretien de type motivationnel	SSPE de Saint-Marc Entretien traditionnel de type CDV	Total (%)	Comparaison
Conjoints participant aux entretiens	10 (47.4)	9 (52.6)	19 (100)	Test de chi-carré de Pearson p-value = 0.33
Conjoints acceptant de se faire dépister aux VIH	9 (50)	9 (50)	18 (100)	
Proportion (%)	90	100	94	

Références

Aluisio, A., Richardson, B. A., Bosire, R., John-Stewart, G., Mbori-Ngacha, D., & Farquhar, C. (2011). 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)*, 56(1), 76-82. doi:10.1097/QAI.0b013e3181fdb4c4

Bâ, M. (2012). *Des hommes et le dépistage du VIH/Sida au Sénégal : les dessous du refus*. (29648 CaQQLA Mémoire (M.Sc.)), Université Laval, Québec. Retrieved from Accès via Archimède <http://www.theses.ulaval.ca/2012/29369>

<http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a2151163>
Available from Bibliothèque de l'Université Laval Ariane database.

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
Byamugisha, R., Åström, A. N., Ndezi, G., Karamagi, C. A., Tylleskär, T., & Tumwine, J. K. (2011). Male partner antenatal attendance and HIV testing in eastern Uganda: a randomized facility-based intervention trial. *J Int AIDS Soc*, 14. doi:10.1186/1758-2652-14-43

Byamugisha, R., Tumwine, J. K., Semiyaga, N., & Tylleskär, T. (2010). Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Eastern Uganda: a cross-sectional survey. *Reprod Health*, 7. doi:10.1186/1742-4755-7-12

Coly. (2016). Facteurs Associés à l'Implication des Partenaires des Femmes Enceintes reçues en Consultation Périnatales au Burundi. Rapport de Recherche et d'Évaluation. *University Research Co., LLC (URC)*. 36.

DSF. (2015). *Rapport Evaluation Elimination de la TME en Haiti 2015* Haiti: MSPP.



Jefferys, L. F., Nchimbi, P., Mbezi, P., Sewangi, J., & Theuring, S. (2015). Official invitation letters to promote male partner attendance and couple voluntary HIV counselling and testing in antenatal care: an implementation study in Mbeya Region, Tanzania. *Reproductive health*, 12(1), 95. doi:10.1186/s12978-015-0084-x

Jennings, L., Na, M., Cherewick, M., Hindin, M., Mullany, B., & Ahmed, S. (2014). Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14. doi:10.1186/1471-2393-14-297

Kalembo, F. W., Zgambo, M., Mulaga, A. N., Yukai, D., & Ahmed, N. I. (2013). 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*, 8(6), e66517.

Katz, D. A., Kiarie, J. N., John-Stewart, G. C., Richardson, B. A., John, F. N., & Farquhar, C. (2009). Male perspectives on incorporating men into antenatal HIV counseling and testing. *PLoS One*, 4.

Lincoln, Y. S. (1995). Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289. doi:10.1177/107780049500100301

Morfaw, F., Mbuagbaw, L., Thabane, L., Rodrigues, C., Wunderlich, A.-P., Nana, P., & Kunda, J. (2013). Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. *Systematic Reviews*, 2, 5-5. doi:10.1186/2046-4053-2-5

MSPP. (2016). *Declaration d'engagement sur le VIH PNLs Haiti Mars 2016*. Haiti: MSPP.

Nkuoh, G. N., Meyer, D. J., Tih, P. M., & Nkfusai, J. (2010). Barriers to Men's Participation in Antenatal and Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Care in Cameroon, Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(4), 363-369.

Nyondo, A. L., Choko, A. T., Chimwaza, A. F., & Muula, A. S. (2015). Invitation Cards during Pregnancy Enhance Male Partner Involvement in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Blantyre, Malawi: A Randomized Controlled Open Label Trial. *PLoS One*, 10(3), e0119273. doi:10.1371/journal.pone.0119273

OMS. (2010). *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Retrieved from Geneva:

OMS. (2016). *L'utilisation des antirétroviraux pour le traitement du VIH-Directives de prise en charge*. Geneva: OMS.

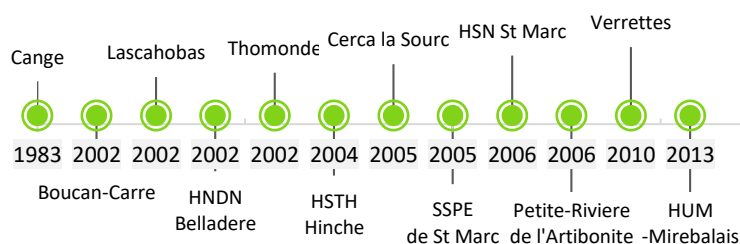
4. ZANMI LASANTE un partenaire sur du MSPP dans la lutte contre le VIH en Haïti

3.1 Plus de 30 ans au service des communautés en Haïti

Zanmi Lasante, appelé aussi Partners In Health, ou tout simplement ZL/PIH, est une organisation médicale de justice sociale et communautaire qui se trouve à Cange depuis les années 80. Le complexe socio-médical de Cange, établi à peu près sur 6 carreaux de terres, héberge l'église, l'école Bon sauveur et l'hôpital Bon sauveur.

L'hôpital Bon Sauveur de Cange a une renommée qui dépasse largement les frontières d'Haïti est et demeure le point central autour duquel le village de Cange a été créé et qui est considéré comme le village des réfugiés du lac de Péligre. En lien avec la mission de ZL qui est de fournir une option préférentielle pour les pauvres aux soins de santé.

ZL travaille en étroite collaboration avec le MSPP et particulièrement avec les coordinations de Programme (PNLS et PNLs) au sein de l'UCMIT, les directions sanitaires départementales (Centre et Artibonite) et des établissements de soins du MSPP au niveau du Centre et du bas Artibonite. L'hôpital universitaire de Mirebalais de niveau tertiaire est le dernier maillon du réseau de soins mis en place par ZL sous le leadership du MSPP.



Les relations solides avec le MSPP émergent de cette vision populationnelle de ZL pour une option préférentielle de dispensation de services et des soins de qualité élevée aux plus démunis grâce au support financier et moral de PIH international, des organisations communautaires de base, des organisations internationales sœurs, de PEPFAR et de FM. Zanmi Lasante s'engage à continuer à :

- Apporter les bénéfices de la science médicale moderne à ceux qui en ont le plus besoin dans son aire de desserte en Haïti, en mobilisant des ressources des institutions médicales et académiques les plus avancées et des leçons de l'expérience vécue des communautés les plus pauvres et les plus malades.
- Fournir le plus haut niveau de soins cliniques possible en allégeant le carcan du poids social économique de la pauvreté qui crée des obstacles à la santé.

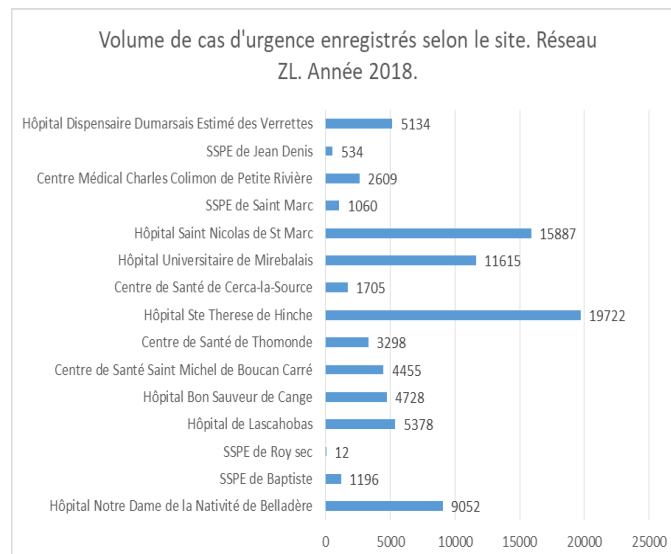
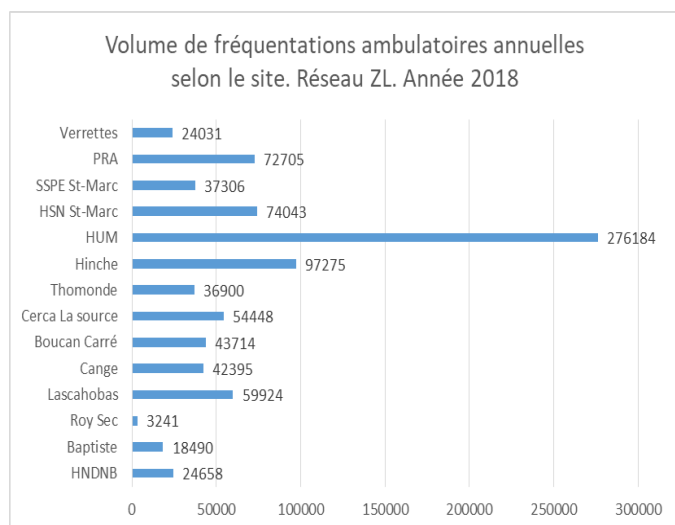


Réalisations de Zanmi Lasante

Zanmi Lasante n'aime pas discourir et préfère garder un profil bas sur ses interventions en Haïti. Mais le bulletin de surveillance épidémiologique rappelle certaines de ses réalisations pour souligner le poids de ce partenaire d'implémentation pour le Programme VIH et Haïti dans son ensemble :

- 1 Hôpital Universitaire à Mirebalais ;
- 12 sites cliniques intégrant les soins primaires avec les hôpitaux de référence ;
- Un des plus gros employeurs en santé en Haïti rural, plus de 6.500 employés, dont plus de 1.400 à HUM et près de 2.500 agents communautaires ;
- 40 écoles publiques supportées par le programme d'éducation – Zanmi Edikasyon – avec plus de 10.000 élèves enrôlés ;
- Plus de 90 tonnes de nourimanba (ready to use therapeutic food) produits en 2018. Les pistaches sont achetées à travers ACESO et des cultivateurs pour la production de nourimanba ;
- Plus de 300 jeunes recevant un support financier à l'université ;
- 6 classes graduées de CFFL (école vocationnelle) en 2019 ;
- 6 promotions de médecins de famille graduées et formées à Hôpital Saint Nicolas de Saint Marc ;
- 6 programmes de formation de spécialistes pour médecins et infirmières à HUM.

En termes de résultats immédiats (soins cliniques ambulatoires et urgences) obtenus dans les sites supportés par ZL, les images ci-dessous montrent l'apport de ce réseau de soins :



Toutes les structures sanitaires supportées par ZL du niveau primaire au niveau tertiaire ont des membres du staff qui sont formés pour mieux répondre de manière adéquate aux situations plus couramment rencontrées dans les urgences avant même de les référer pour des soins plus avancés à HUM ou à Port-au-Prince comme en témoigne le volume des urgences dans la figure ci-dessous où les accidents de la route viennent en 2e position parmi les causes.

3.2 Principales interventions de zanmi lasante en Haïti

Le premier cas de VIH en milieu rural en Haïti a été diagnostiqué dans le Département du Centre en 1986, chez un natif du village revenu de la capitale. Depuis lors, ZL a mis en œuvre un programme de prévention et de traitement contre le VIH/sida. En 1992, ZL a collaboré avec certains partenaires à la constitution d'une table de coordination des activités de prévention et d'IEC dans le plateau central. En 1998, Zanmi Lasante initiait le traitement avec les ARV et publiait les résultats des premiers groupes de patients au Lancet en 2001³⁰. Cette publication avait soulevé beaucoup de curiosité et de critiques bien et a marqué un tournant décisif dans la notion que le traitement du VIH fut possible dans les endroits pauvres. Le coût du programme de ZL, baptisé « Initiative d'Equité VIH » était évalué par l'économiste Américain Jeffrey Sachs et utilisé comme un des tremplins pour appeler à la création du Fonds Mondial contre le VIH, la Tuberculose et la Malaria^{31,32}.

³⁰ Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS, Claude M, Nevil P, Smith-Fawzi MC, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet. 2001;358(9279):404-9.

³¹ Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L, Kim JY. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). Bull World Health Organ. 2001;79(12):1145-51

³² Mukherjee JS. HIV-1 care in resource-poor settings: a view from Haiti. Lancet. 2003;362(9388):994-5.



Renforcement du système de soins primaires de santé dans le plateau central et le bas Artibonite.

Les interventions de renforcement du système de santé mis en œuvre de concert avec les autorités sanitaires départementales incluaient : a) le paiement d'un salaire intéressant et une augmentation en qualité et en quantité du staff du secteur public de santé, b) la mise à niveau des infrastructures physiques et paramédicales incluant un système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et de laboratoire, un système d'information et de communication dans les facilités sanitaires, c) la réduction des barrières aux soins avec un support à la transportation, la fourniture d'une ration alimentaire, et la réduction des forfaits à la consultation, d) le recrutement, la formation, et la rémunération des agents de santé communautaires pour aider à identifier et supporter les patients avec VIH et les tuberculeux. Cette stratégie a permis une augmentation de l'utilisation des services fournis par les institutions de santé (vaccination, services de maternité), y compris les opportunités pour tester pour le VIH. Les prestataires de santé initiaient le test VIH pour toute personne consentante se présentant à la clinique³³.

L'impact de cette approche sur le système de santé et particulièrement au niveau des centres de santé de Thomonde, de Lascahobas et de Boucan Carré ayant l'Hôpital Bon Sauveur de Cange comme Hôpital de Référence, fut vite constaté et mesuré dès le début à Lascahobas à travers les résultats de fréquentation jamais atteints et des taux record de dispensation et de couverture de services. ZL a exploité cette occasion afin d'implémenter la délégation de tâches, la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité dans la dispensation des soins complets aux PVVIH dans son réseau^{34,35}.

Modèle de soins à base communautaire étendu à la prise en charge du VIH/sida. Dès le début de la prise en charge thérapeutique du VIH, ZL a introduit un autre modèle de soins à base communautaire par l'accompagnement du patient incluant le traitement directement observé par les agents de santé communautaires et où les accompagnateurs sont rémunérés.

Zanmi Lasante dès sa naissance avait expérimenté avec les agents de santé communautaire le modèle d'accompagnement qui fournit aux villageois le support médico- psychosocial face aux pathologies chroniques, particulièrement la tuberculose.

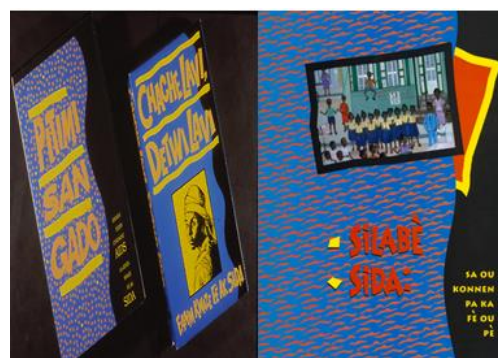
Sur plus de 15 ans, ZL a fait l'expansion de ce modèle de soins globaux en Pédiatrie, Obstétrique-Gynécologie, Médecine Interne et Chirurgie en collaboration avec le MSSP dans les régions du bas Artibonite et du plateau Central. ZL a ainsi démontré qu'en fournissant des soins primaires de haute qualité, la revitalisation et la remise en fonction des services de ces structures sanitaires jadis abandonnées étaient possibles.⁴ Les agents de santé communautaires furent regroupés en plusieurs groupes sous des appellations différentes en vue d'adresser le poids spécifique des problématiques de santé. C'est ainsi que furent déterminés les « Ajan Fanm » adressant les problématiques de la santé de la reproduction incluant la planification familiale et la mortalité materno-infantile, le groupe de « moniteurs adolescents » qui étaient les paires éducateurs sur les problématiques de santé en général des jeunes et de la santé sexuelle en particulier que confrontaient les jeunes à une époque où le VIH/sida faisait rage. Les résultats aujourd'hui de ce modèle sont tangibles à travers la stabilisation de la prévalence du VIH dans le Plateau Central autour de 1,2 % comparé à la moyenne nationale 2,2% et la mise à la disposition de la thérapie antirétrovirale à tous les patients attendus avec VIH à Mirebalais, à Lascahobas et à Boucan Carré.

Sensibilisation sur le VIH/sida à travers les médias et dans les communautés.

Les activités de prévention ont été réalisées à travers la création des outils audio visuels développés par ZL et utilisés à la Télévision Nationale d'Haïti à la fin des années 90. « Silabè SIDA », « Chache lavi detwi lavi » qui ont été développés avec les agents de santé communautaires de cette période, et « Pitimi san gadò », un autre documentaire visant les jeunes des haïtiens dans la diaspora. L'équipe de santé communautaire constituée d'une équipe de jeunes agents de santé allaient dans toutes les localités les plus reculées pour apporter le message de prévention contre le VIH/sida et les autres IST et faire la promotion de l'utilisation du condom au niveau des églises, les rassemblements communautaires et les écoles.

Prévention transmission mère-enfant. En 1993, le taux de

séropositivité était de 6,2% chez nos femmes enceintes testées en cliniques prénatales, la plus élevée en dehors du continent Africain.



³³ Walton DA, Farmer PE, Lambert W, Leandre F, Koenig SP, Mukherjee JS. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. J Public Health Policy. 2004;25(2):137-58.

³⁴ Jerome G, Ivers LC. Community health workers in health systems strengthening: a qualitative evaluation from rural Haiti. AIDS. 2010;24 Suppl 1:S67-72.

³⁵ Ivers LC, Jerome JG, Cullen KA, Lambert W, Celletti F, Samb B. Task-shifting in HIV care: a case study of nurse-centered community-based care in Rural Haiti. PLoS One. 2011;6(5):e19276.



En 1995, ZL a commencé la monothérapie à l'AZT chez les femmes enceintes séropositives et en 1999, en collaboration avec GHESKIO et PNLS/MSPP, ZL a mis en œuvre un projet pilote visant à réduire le taux de transmission mère-enfant du VIH. Par la suite avec la disponibilité de la trithérapie, le taux de transmission mère-enfant du VIH a considérablement diminué en passant en 2003 de 27% à 13,2%. En outre, il y a eu une augmentation du nombre de femmes enceintes testées avec le support du FM et PEPFAR pour l'extension des services de PTME incluant les ARV et la prise en charge des partenaires. Ainsi à ZL la cascade de TME montre que cette problématique reste une priorité pour son réseau de soins avec un taux de TME de 4% pour les années 2016 à 2018 soient 64 nourrissons confirmés VIH positifs par PCR1 sur 1.596 tests effectués entre 0 et 12 mois ; tandis que dans les années 2014 et 2015 sur 1.089 nourrissons testés, aucun n'était révélé positif au PCR1 pour le VIH. Au cours des années 1994 à 2009 quand ZL préconisait et subventionnait les articles et produits pour l'allaitement artificiel exclusif en PTME, le taux de TME était moins de 3,5%³⁶.

Prise en charge du VIH/sida chez les enfants. Depuis 1999, des soins pour les enfants exposés et infectés au VIH ont été prodigués à ZL et GHESKIO et étendus par la suite à travers le pays. ZL a plus de 3 décennies d'interventions dans ce domaine en adoptant d'abord les mesures/activités de contrôle et de prévention prises par le MSPP dans le contrôle du sang et les campagnes de prévention et de promotion à travers tout le pays pour des comportements à moindre risque. Les protocoles et algorithmes de prise en charge des IST ont été développés par GHESKIO en collaboration avec le PNLS/MSPP, ce qui a permis une standardisation de l'offre de soins pédiatriques en VIH de qualité dans tout le pays. Une étude de GHESKIO a démontré que le taux de mortalité après 6 mois d'âge a diminué, mais qu'il reste encore une grande préoccupation³⁷.

Du DOT-HAART à la stratégie dépister et traiter. Grâce à l'appui technique et financier de tous les partenaires du MSPP, Haïti est l'un des premiers pays à ressources limitées à mettre en œuvre la stratégie « dépister et traiter ».

Il est bon de rappeler, en 1995, lorsque les études avaient montré qu'AZT pourrait prévenir la transmission verticale du VIH, ZL avait pris la décision de commencer à l'offrir, en collaboration avec le PNLS/MSPP, à toutes les femmes enceintes séropositives pour le VIH.

Utilisant le modèle d'accompagnement DOT du traitement de la Tuberculose en 1996, ZL a étendu le DOT-HAART³⁸ pour la thérapie aux ARV. Ceci fut l'un des premiers programmes réussis de traitement VIH dans les endroits à faible ressource et qui fut répliqué dans beaucoup d'endroits dans le monde comme le montrent les résultats des études conduites à l'époque^{39,40,41,42,43}.

3.3 Système d'informations sanitaires de Zanmi Lasante en Haïti

Le système d'information du VIH de Zanmi Lasante suit le modèle national de gestion d'information. Partenaire du MSPP, Zanmi Lasante interagit aux niveaux intermédiaire et local du SIS en intégrant la gestion, le suivi et le partage des données de routine du programme VIH dans les 10 sites qu'elle supporte. La production et la gestion des informations sanitaires s'opèrent à travers des dispositifs (électronique et papier) et font intervenir un ensemble d'acteurs, d'outils, et des méthodes (processus), afin de produire des données de qualité directement utilisables par les sites, PNLS, les partenaires et le MSPP pour la prise de décision judicieuse.

Circuit de collecte et de rapportage de données au niveau des sites du réseau Zanmi Lasante



Niveau Local (sites) : Chaque site fonctionne comme une sous-unité de suivi-évaluation où les prestataires de soins : médecins, infirmières, pharmaciens et travailleurs sociaux assurent la collecte des données primaires à partir de dossiers médicaux papiers qui sont retranscrits sur un dossier médical électronique (DME) par un officier de données. Les données primaires sont compilées dans des registres et agrégées en rapport mensuel. Les rapports mensuels sont saisis sur la plateforme MESI et transmis au gestionnaire de données du niveau central de Zanmi Lasante.

³⁸ Culnane, M., et al. "Evaluation for late effects of In Utero (IU) ZDV exposure among uninfected infants born to HIV+ women enrolled in ACTG 076 & 219." *Clinical Infectious Diseases* 25.2 (1997).

³⁹ Ivers LC, Mukherjee JS, Leandre FR, Rigodon J, Cullen KA, Furin J. South-south collaboration in scale-up of HIV care: building human capacity for care. *AIDS*. 2010;24 Suppl 1:S73-8.

⁴⁰ Koenig SP, Leandre F, Farmer PE. Scaling-up HIV treatment programmes in resource-limited settings: the rural Haiti experience. *AIDS*. 2004;18 Suppl 3:S21-5.

⁴¹ Peck R, Fitzgerald DW, Liautaud B, Deschamps MM, Verdier RI, Beaulieu ME, et al. The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing: evaluation of a 15-year experience in Haiti, 1985-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33(4):470-5.

⁴² Farmer PE, Nutt CT, Wagner CM, Sekabaraga C, Nuthulaganti T, Weigel JL, et al. Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success. *BMJ*. 2013;346:f65.

⁴³ Behrouz HL, Farmer PE, Mukherjee JS. From directly observed therapy to accompaniers: enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston. *Clin Infect Dis*. 2004;38 Suppl 5:S429-36.

³⁶ Ivers LC, Appleton SC, Wang B, Jerome JG, Cullen KA, Smith Fawzi MC. HIV-free survival and morbidity among formula-fed infants in a prevention of mother-to-child transmission of HIV program in rural Haiti. *AIDS Res Ther*. 2011;8(1):37.

³⁷ Jean SS, Pape JW, Verdier RI, Reed GW, Hutto C, Johnson WD, Jr., et al. The natural history of human immunodeficiency virus 1 infection in Haitian infants. *Pediatr Infect Dis J*. 1999;18(1):58-63.



Un premier niveau de contrôle de qualité des données s'effectue à ce niveau en termes de complétude et de cohérence des indicateurs à rapporter.

Niveau Intermédiaire : A ce niveau s'opère le développement des outils et des méthodes de collecte de données et d'information adaptés aux besoins des utilisateurs d'une part mais aussi l'exploitation des données. Ce niveau est constitué de l'unité centrale de la Direction d'Information Stratégique (DIS) et des cadres managériaux du programme.

La DIS est représentée par les gestionnaires de données qui encadrent, supervisent les sous-unités de suivi et évaluation et assurent un deuxième niveau de contrôle de qualité des données rapportées. Ils participent au renforcement de capacité du staff des sites par la formation sur la collecte, l'agrégation et l'utilisation des données. Les gestionnaires de suivi et évaluation et l'analyste de données assurent le stockage, l'analyse des données et le partage d'informations aux cadres programmatiques. Ils élaborent les outils de collecte et de compilation de données. La gestion des applications cliniques est assurée par l'équipe informatique médicale, qui a développé et mis en place le dossier médical électronique (DME) dédié à la gestion du VIH et de la tuberculose.

Niveau central de Zanmi Lasante : Les coordonnateurs et les gestionnaires du programme constituent les premiers utilisateurs des informations produites pour la prise de décision et élaboration de nouvelles stratégies. Ils rétroagissent avec la DIS en alimentant les besoins d'informations. Ils produisent les rapports finaux qui sont transmis au Leadership de Zanmi Lasante, au PNLS/MSPP et aux bailleurs.

3.4 Témoignages / Histoires à succès

Kelkeswa sa w' jwenn nan, manje l' pou ka pran medikaman w', pa di w' pa genyen vyann, domi a lè. Madame Ena est l'une des patientes dont l'histoire sociale et clinique faite de viols à répétition depuis son adolescence.



Elle vit dans l'aire du marché de la croix des Bossales. Son histoire a été décrite dans le Lancet de 2001⁴⁴ parmi les patients pionniers mis sous ARV en Haïti. Une équipe de ZL l'a visitée chez elle et elle nous raconte sa bataille pour rester adhérente à la trithérapie et les secrets de sa motivation à rester en vie, malgré le niveau de pauvreté dans laquelle elle vit⁴⁵.

ZL partage un extrait de ce dialogue tenu le Vendredi 6 septembre 2019 avec le lectorat du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti du PNLS.

Situation sociale actuelle ? « Pas de Job, pas de commerce, seulement les médicaments que je suis en train de prendre ». Les voleurs m'ont encore dérobé tout l'argent emprunté à intérêt élevé pour le petit commerce que je faisais. En outre, je dois m'occuper des enfants et petits-enfants étant le gagne-pain du foyer. Les enfants ne vont plus à l'école, certains sont arrivés en philo et aimeraient bien apprendre



un métier mais je n'ai pas les moyens pour les supporter dans leur désir ; l'une des filles qui a 22 ans entretemps s'est tombée enceinte et reste sous ma responsabilité, car son partenaire s'est enfui. Le garçon que le programme supportait est arrivé en philo et n'avait pas réussi. Il est obligé d'aller en République Dominicaine. La maison est délabrée, la toiture succombée retenue par une tige en bois, la pluie y passe comme si on est à l'extérieur. Je n'ai plus de lits pour me coucher, car j'ai dû le vendre pour répondre aux besoins de nourriture qui devient très difficile pour la famille. Mon partenaire ne peut plus rien récolter de la terre qui n'est plus rentable en plus qu'il vieillit. Le consentement verbal a été obtenu pour publier ses photos, sa chambre à coucher vide, soutenue par une tige en bois.

⁴⁴ Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS, Claude M, Nevil P, Smith-Fawzi MC, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet. 2001;358(9279):404-9.

⁴⁵ Farmer P, Robin S, Ramilus SL, Kim JY. Tuberculosis, poverty, and "compliance": lessons from rural Haiti. Semin Respir Infect. 1991;6(4):254-60.



Elle a rappelé que cette année elle va avoir 21 ans depuis qu'elle reçoit les ARV. Elle a démarré son traitement lors de la grossesse de sa fille de 21 ans parce qu'elle a été dépistée positive pour le VIH à la clinique Bon Sauveur de Cange.

Elle se souvient d'autres patients de la zone qu'elle a cités nommément qui ont déjà quitté ce monde parce qu'ils prenaient irrégulièrement leur médicament ou se disaient qu'ils n'étaient plus malades. Elle se rappelle des conseils prodigués à la clinique pour se nourrir et prendre ses médicaments. Quelque catastrophe puisse être sa situation socio-économique, elle a toujours pris ses médicaments : « **Kelkeswa sa w' jwenn nan, manje l' pou ka pran medikaman w', pa di w' pa genyen vyann, domi a lè** ». Puis, elle a invité l'équipe à rentrer pour photographier l'état de son domicile jadis rénové par le programme et qui devient très abîmé par la nature au fil des temps.

Malgré la précarité de sa vie et son niveau de misère, cette pionnière dans l'histoire de la prise des ARV demeure un modèle pour les nouveaux patients enrôlés dans ce programme où elle a donné naissance, sans le virus du VIH dans leur sang, à sa fille 21 ans et est en train de jouer maintenant de son petit-fils de 2 ans.

Ann fè lekti pawòl yon pasyan ekri Zanmi Lasante. « Onè



ak Respè » pou nou tout kap li pawòl mwen yo. Mwen se Senatus Pierre Gaston, yon pasyan kap swiv nan sèvis paviyon Tom. J. White nan Kanj. Mwen chwazi ekri pito ke mwen pale paske pawòl lan ekri pou nou, sa map pale yo kap ale, men sa map ekri yo ap rete.

Jodia, nan moman w'ap li mwen, se yon temwayaj ak konsèy m'ap pote sitou pou frè m' ak sè m' yo kap viv ak mikwòb VIH nan san yo.

Se te nan lane 2003, lè medsen dekouvri mwen gen mikwòb VIH nan san mwen. Apre depistaj mwen ki te fèt lakay mwen nan St- Marc nan FEBS, plis FOSREF, mwen deside aksepte nouvèl estati sante mwen. Apre sa mwen vini gen kontak ak Zanmi Lasante ki nan kanj epi mwen deside swiv konsèy ekip Zanmi Lasante ki sipòte e ki akompaye m nan tout sans.

Jodia mwen gen anpil konsèy pou m' pote pou frè m' ak sè m' kap viv ak viris maladi sida nan san yo, san mwen pa bliye sila yo ki pa genyen li.



Jodia ! maladi sida pa touye moun ! se si w' deside touye tèt ou w'ap jwenn ak lanmò w', paske règ jwèt lan se respekte adersans ou answit pwoteje frè w' ak sè w' ki bo kote w' yo. Pa kite pou yon ti monnen ou ka pataje ak sila a ki nan nesesite yo pou lage yon pongongon nan fyèl li, lèw aji konsa lanati ap pete fyèl ou avan lèw.

Se 3 woch dife ki pou jere la sante lakay chak moun kap viv fas ak maladi VIH/sida anba syèl ble sa. Se **Abstinans – Fidelite – Proteksyon**. Gen chemen lèw mete pye w' ladann, san kontwòl, li ap lakòz ou soufri pou tout rès vi w'.

Ou menn, sitou lajenès, gen bagay ou dwe evite yo. Tankou Alkòl ak dwòg. Kit sete mariwana sa yo rele dwòg dous la. Poutan, nan eksperyans pa m' pa gen dwòg ki dous, se yonn ki antrene yon lòt. Mariwana si'w pa goumen ak lespri w lap menen w nan kokayin epi nou konnen rès la.

Sete nan lane 1989 mwen te mete lespri m an kontak ak dwòg. Lè sa, mwen te yon ti jèn gason ak tout sante m sou mwen, lavi ya bèl anpil e mwen kwè tout bagay te posib.

Lè sa yo te gen anpil lòbi politik lakay pa nou an Ayiti, men chak fwa politik nan gouvènman an ap fè aktyalite nan radyo ak televizyon ou pa tandè pale de maladi VIH/sida. Men kou tansyon an desann, radyo yo ak televizyon ap pale de VIH/sida. Pou mwen, se te divètisman leta ap cache bay pèp lan.

Men fòk mwen di nou tou, lè wap konsome dwòg ak gwòg gen yon levèl ou rive ou pa wè menm tèt ou. Ale wè pou ou ta pwoteje. Gen pafwa, gen yon kantite dwòg kòw konsome, menm ak fanmi ki pi pwòch pafwa nan travay ou, ou afiche yon move konpòtman.

Mwen te konn di « ki radòt kapòt w'ap pale m lan. Eske kapòt te voye mal koze pou m' oblije mete l' devan nan relasyon fanm ak gason ». Alkòl ak dwòg kòw anpil nan frè m' ak sè m' al jwe sou kèk teren ki pyeje aprè yon tan ou jwenn yon rezilta negatif nan nivo sante w'. Mwen te konn fè bagay san m' pa pwoteje tèt mwen pandan anpil lane. Mwen pase plis pase 26 lane map pran dwòg, pliske mwen pat gen kontwòl tèt mwen, mwen rive atrape mikwòb VIH la.

Answit kòm malè pa genyen klaksòn, si w' viktim anba VIH/sida panse Bon Dye mete nan peyi Ayiti Zami la Sante, yon enstitisyon ki bay tèt li misyon pou bay sèvis ak tout sila yo ki plis nan nesesite yo. Yo gen yon ekip plen kap travay positivan pou pèp ayisyen, men nan tèt li gen yon imen ki rele Doktè Pòl Edwa Famer ak yon pakèt lòt ke mwen pa deside site non yo ki merite ankouraje.

Mwen swete ke donatè ak sipòtè pwogram VIH/sida nan peyi Ayiti kontinye sipòte leta peyi ki fèb nan zafè swen sante pou moun ki ap viv ak maladi VIH/sida kotinye jwen bon jan laswenyaj ak sipò sosyal ak ekonomik.



Nan lespwa ke Leta peyi m' nan ap ka pran dispozisyon pou mete lajan nan bidjè nasyonal lan pou pwogram sa yo, ke yo pa fèmen lè ke bayè entènasyonal yo koupe sipò finansye yap ban nou depi plis pase 20 lane.

3.5 Défis et Perspectives

L'impact du programme du VIH et les bénéfices transversaux liés au renforcement du système de santé sont appréciables. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Comme la charge virale a été étendue à tout le pays, il devient évident que même avec les agents de santé communautaire et autre support à l'adhérence, beaucoup de patients nécessiteront de passer sur les régimes thérapeutiques de 2^e ligne ou même de 3^e ligne. Sans la disponibilité du test de résistance, l'évaluation et le support à l'adhérence pour 3 mois – refaire la charge virale va retarder le délai pour changer un patient pour un meilleur régime de traitement. L'information sur le type et l'étendue de la résistance est importante pour les cliniciens et les changements de normes et protocoles de prise en charge.

Un autre gap important est la réduction du support social aux patients qui a un effet important sur la santé des patients et la rétention en soins et aussi sur le moral du staff exposé aux plaintes socio-économiques de ces patients. Il y a grand besoin de beaucoup plus de ressources. En outre, pour les adolescents à travers le monde les résultats des traitements ARV sont peu satisfaisants. La combinaison de régimes faiblement ajustés chez un enfant grandissant, le processus de dévoilement inadéquat de statut sérologique des parents à l'enfant et les défis d'ajustement des régimes chez l'adolescent, ont résulté en des charges virales élevées dans beaucoup de cohortes d'adolescents. Ce groupe nécessite du support spécial incluant : support scolaire, thérapie de groupe et des services de soins spécifiques pour les adolescents. Les services de soins spécifiques restent un grand besoin aussi pour les populations clés LGBT où la séroprévalence est très élevée par rapport à la population générale. Enfin, et pas des moindres, l'extrême pauvreté, la migration pour la recherche de travail, les transactions de sexe demeureront des facteurs de risque sans une politique d'emplois et des programmes de support scolaire et alimentaire^{46,47,48}.

Ajoutée à tout cela, l'instabilité politique chronique doublée d'un phénomène d'insécurité venant de gangs armées installées dans certaines des aires de desserte de Zanmi Lasante, et de situations aiguës de protestations de plus en plus violentes dans les rues tant du milieu urbain que du milieu rural sont en train de mettre en péril les acquis des 2 dernières décennies de la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

En 2013 PIH/ZL et le MSPP ont ouvert le premier hôpital publique universitaire dans le milieu rural en Haïti, avec plus de 300 lits, 6 salles d'opérations et une large variété de programmes médicaux et infirmiers, incluant les résidences dans des spécialités diverses. PIH/ZL est le plus gros employeur dans le milieu rural en Haïti, de staff médical et fournit des soins médicaux et chirurgicaux de niveau tertiaire. Cependant la rétention de staff demeure un défi majeur pour les pays à faible revenu comme Haïti. Les instabilités politiques chroniques ajoutées à une violente insécurité et à un manque d'opportunités économiques poussent le staff médical et paramédical à quitter le pays. D'où l'impérieuse nécessité de continuer la délégation de tâches parmi les équipes de programme et d'adopter une certaine démedicalisation à travers la multidisciplinarité pour une prise en charge globale et communautaire du VIH.

U = U

(undetectable = untransmittable)



⁴⁶ Farmer P, Robin S, Ramilus SL, Kim JY. Tuberculosis, poverty, and "compliance": lessons from rural Haiti. *Semin Respir Infect.* 1991;6(4):254-60.

⁴⁷ Ivers LC, Chang Y, Gregory Jerome J, Freedberg KA. Food assistance is associated with improved body mass index, food security and attendance at clinic in an HIV program in central Haiti: a prospective observational cohort study. *AIDS Res Ther.* 2010;7:33.

⁴⁸ Behforouz HL, Farmer PE, Mukherjee JS. From directly observed therapy to accompagnateurs: enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston. *Clin Infect Dis.* 2004;38 Suppl 5:S429-36.



5. SOLUTIONS SA une entreprise haïtienne avant-gardiste en gestion de données dans le milieu de la santé

5.1 Une équipe engagée et expérimentée

SOLUTIONS est une société Haïtienne de services et d'ingénierie informatique fondée en 2001 spécialisée dans la conception et la mise en œuvre de logiciels et de bases de données sur mesure. L'entreprise compte, en 2019, plus de 50 collaborateurs à plein temps. Elle appuie sa croissance d'une part sur la formation continue et la certification de son équipe et d'autre part sur la recherche de solutions innovantes, adaptées aux défis qui se posent dans des pays en développement en matière de systèmes d'information pour la santé publique, la gestion de chaînes de valeurs agricoles, la gestion des désastres et la gestion des villes.



SOLUTIONS a été distinguée à plusieurs reprises notamment avec le prix de Pionnier de la Prospérité⁴⁹ en 2009 pour Haïti et la Caraïbe et en 2012, le prix Digicel Entrepreneur de l'Année⁵⁰ dans la catégorie des services.

5.2 Champ d'action de SOLUTIONS

L'entreprise mise sur la diversité de ses produits et le développement en son sein de la culture d'exécution. Soutenant la gestion axée sur les résultats, l'équipe de SOLUTIONS voit en Haïti un environnement plein de défis et d'opportunités pour le développement et la recherche de compétences, d'expériences et d'outils informatiques nécessaires pour transformer les communautés. L'entreprise tend aussi à se positionner de façon compétitive, à partir de ses succès, sur les marchés équivalents dans les pays en développement.

Cette vision explique la motivation de l'entreprise à se focaliser sur l'impact de ses missions et se traduit dans la réputation qu'elle se construit localement et en dehors de nos frontières.

Pour citer quelques exemples de projets à succès en dehors du secteur de la santé :

Plateforme CIVITAX. La mise en œuvre de cette plateforme à travers le projet LOKAL financé par USAID a permis à la commune de Carrefour d'augmenter ses revenus liés aux impôts locatifs de 5 millions à plus de 80 millions de gourdes en moins de 18 mois. Le système est aujourd'hui utilisé par plus d'une quinzaine de communes en Haïti, notamment à la commune de Delmas depuis 2013. La nouvelle version de l'application en développement doit utiliser l'intelligence artificielle pour évaluer les propriétés bâties à partir d'images collectées par des drones de façon à garantir plus d'équité et de transparence pour les contribuables.

Plateforme AgroTracking. Cette plateforme développée par SOLUTIONS permet de recenser plus de 40.000 producteurs dans la filière de la mangue et de les organiser en 300 cellules ou bases commerciales dans ce secteur d'exportation. Cette plateforme est également utilisée par les usines de Vétiver du pays pour la gestion de leurs activités de certifications internationales.

Plateforme NOULA. La plateforme informatique de gestion des désastres NOULA couplée au centre d'appel 177, lancée avec le Ministère de l'Intérieur et la Direction de Protection Civile quelques semaines après le 12 janvier 2010, a permis de dresser une carte dynamique des besoins de la population pendant la période d'urgence. Au fil des années, les données collectées et traitées sur la plateforme NOULA



Au travail sur NOULA 10 jours après le 12 Janvier 2010, à la belle étoile, à 11h30PM

ont touché des problématiques diverses : épidémies de choléra ; violences faites aux femmes ; préoccupations socio-économiques, infrastructures, protection et sécurité affectant les communautés vulnérables en Haïti.

⁴⁹ <https://lenouvelliste.com/m/public/index.php/article/72373/remise-des-prix-aux-trois-gagnants-du-concours-pioneers-of-prosperity>

⁵⁰ <https://www.haitilibre.com/article-7478-haiti-economie-grands-gagnants-des-prix-d-entreprises-2012.html>



5.3 Empreintes de solutions dans le secteur de la santé

L'expérience de SOLUTIONS dans le domaine du Suivi Évaluation pour le VIH-SIDA commence en 2003 avec l'Institut Haïtien de l'Enfance dans le cadre d'un sous-contrat de consultation du projet PEPFAR. Cette démarche visait à optimiser le circuit de collecte et de traitement des rapports mensuels des institutions impliquées dans la lutte contre le VIH à l'échelle du territoire. A cette époque, le système d'information qui supportait les activités de Suivi Évaluation exigeait un dispositif logistique important et n'était pas en mesure de fournir de rapports de qualité sur les performances des prestataires de soins dans un délai de 3 à 6 mois.

En 2004 avec le lancement de la première version du système de Monitoring, d'Évaluation et de Surveillance Intégré, MESI, le programme VIH s'était lancé un sérieux défi avec le projet de mise en œuvre de la première plateforme 100% web de Suivi Évaluation conçue et déployée à une échelle nationale pour un programme de santé. Le modèle consistait à permettre aux institutions de santé de remplir leurs rapports mensuels en ligne de façon sécurisée. La version électronique des rapports était ensuite utilisée pour suivre le circuit établi par le Ministère qui voulait que ceux-ci soient validés au niveau départemental avant d'être disponibles au niveau central.

Grâce aux efforts du PNLS, de l'IHE et des partenaires du projet PEPFAR pour l'opérationnalisation du nouvel outil, les résultats se sont vite imposés et MESI est devenu un atout important dans l'arsenal des services de Suivi Évaluation dans le cadre de la lutte contre le VIH.

En 2008, MESI subit une transformation pour l'intégration des formes de notification de cas et permet de combiner des flux de données sous la forme d'indicateurs agrégés collectés de façon récurrente, et des fiches de notification de cas. De tels outils permettent déjà de mieux comprendre le profil de l'épidémie et des personnes affectées. Cette période correspond aux premières expériences de mise en place du dossier médical électronique développé par ITECH et ouvre la voie à la mise en place d'une vision intégrée du système d'information sanitaire pour le VIH en Haïti. La centralisation des données de notifications permet déjà en 2009 de mettre en place des algorithmes de déduplication de dossiers en collaboration avec NASTAD.

En 2012, MESI permet de collecter tous les rapports agrégés du programme VIH et sert également de base nationale pour tous les dossiers individuels à travers la base de Surveillance Active Longitudinale du VIH en Haïti.

Cette dernière est alimentée par les systèmes de gestion de dossiers médicaux électroniques utilisés dans les hôpitaux et les centres de santé et par le mécanisme de notifications de cas mis en place en 2008.

La plateforme MESI est adoptée par la Direction d'Epidémiologie de Laboratoire et de Recherche du MSPP pour collecter les données de surveillance épidémiologique indépendamment du programme VIH.

A partir de 2015, sur la base du dispositif mis en place pour la surveillance longitudinale, SOLUTIONS développe la plateforme PLR qui permet à des agents de santé d'utiliser une tablette informatique

pour retracer et organiser leur travail au sein des communautés. Là encore, grâce à la combinaison des efforts du

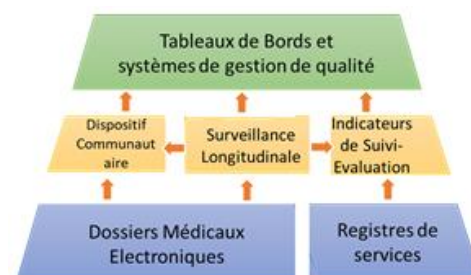


Figure 1 Architecture du système d'information sanitaire du programme VIH

PNLS et des partenaires d'implémentation du projet PEPFAR, le succès ne se fait pas attendre. Plus de 21.400 patients sont touchés dès la première année de mise en œuvre et 10.300 d'entre eux sont à nouveau mis sous traitements grâce à la stratégie établie avec ce nouvel outil. Cette application informatique permet de retracer les patients perdus de vue, les patients en retard sur leurs rendez-vous, et de prendre en charge la distribution de médicaments dans les communautés.

L'extension communautaire du système d'information se poursuit grâce à la mise en place de l'outil de Surveillance Active de la Femmes Enceinte qui permet avec le PNLS et les partenaires PEPFAR d'atteindre plus de 90% de succès dans la prise en charge des femmes enceintes dans le cadre de la PTME. En 2017, avec l'introduction de la plateforme de prise en charge des contacts de patients VIH+, Partner Services, le Programme se dote des moyens de

mener une stratégie de dépistage ciblé qui se traduit par un taux de détection de plus de 40% et d' enrôlement des personnes testées.



Dans le cadre de ses missions SOLUTIONS participe au renforcement des capacités à tous les niveaux de la pyramide de suivi-évaluation des services de santé et aux réflexions sur les opportunités d'évolution des outils pour mieux répondre aux besoins et aux changements de comportement des patients.

5.4 Perspectives et regard sur le monde

Le modèle construit en Haïti séduit aussi à l'étranger : des projets d'adaptation des logiciels utilisés en Haïti sont conduits en République Démocratique du Congo (2011-2013), en Ethiopie (2017-2018) et en Ouganda (2017-2019) à travers des partenaires du projet PEPFAR et des homologues du PNLS dans ces pays.

Dans le cadre de la vision du PNLS et de ses partenaires, le périmètre du système d'information du programme VIH continue à s'élargir et à se renforcer avec le support de l'équipe de SOLUTIONS notamment avec l'intégration des activités de Prévention, de nouvelles stratégies de vulgarisation et d'utilisation de données et une synergie plus efficace avec le Système d'Information Sanitaire National Unique du MSPP.

De nouvelles opportunités sont aussi à saisir dans le domaine de la recherche et de la publication scientifique sur les expériences à succès réalisées en Haïti et sur le capital de données dont le pays dispose dans le cadre de la lutte contre le VIH.

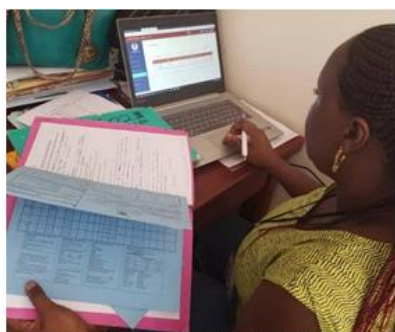


Figure 2 Travailleuse sociale utilisant l'outil PLR en Ouganda



6. Prototype d'un bon Gestionnaire de données en VIH/SIDA pour l'année 2019

Jean Etienne Toussaint

6.1. Reconnaissance des efforts

Pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, Haïti comme tous les autres pays du globe est en train d'expérimenter des stratégies innovantes pour freiner cette pandémie Malgré les efforts consentis pour rendre disponible les intrants et les outils de gestion, l'un des plus grands défis du programme reste et demeure la rétention des patients sous traitement.

Cependant, grâce au dévouement, à l'esprit d'équipe et le sens de responsabilité de plus d'un, des progrès significatifs ont été constatés dans la riposte. Fort de tout cela le programme national met l'emphasis non seulement sur la qualité des données mais ce capitalise également sur tous ceux qui contribuent à l'avancement du programme VIH. Car il sait bien qu'un simple geste de reconnaissance envers un personnel qui se dévoue dans l'exécution de ses tâches peut avoir un impact considérable et une motivation à nulle autre pareille. C'est dans ce sens que depuis 4 ans, l'idée de reconnaître, d'encourager et de distinguer le travail que fait un personnel d'une institution évoluant dans le domaine de Suivi et Evaluation devient de plus en plus une tradition

Selon les critères et la méthodologie préalablement établis pour le choix d'un DRO de l'année, à l'unanimité c'est encore le département du Nord qui est à l'honneur. Il s'agit de **M. Wilken JOSEPH** de la clinique Médicale Bethesda de Vaudreuil qui sera honoré au cours de la commémoration de la journée mondiale du sida.



Espérant que cette distinction augmentera davantage la motivation de **Monsieur Wilkens Joseph** sur la culture de la qualité de données et de la gestion axée sur les résultats. Cette désignation est une responsabilité de pérennisation des acquis et cela malgré l'allure dynamique du programme.

6.2. Intégration et principales taches de M. Joseph au sein du Centre Médical Bethesda de Vaudreuil

M. Jopseh a intégré l'instituion en Janvier 2012 à titre de **DATA CLERCK & CLERC STATISTICIENNE** avec les principales tâches suivantes:

- Participer activement à la réunion de staff
- Collecter et traiter les informations sur les soins et services à partir des dossiers médicaux et différents autres formulaires utilisés pour la collecte de données,
- Participer à la saisie des données.



10 Mois plus tard, soit Octobre 2012, vu l'élargissement du programme au sein de l'institution sa performance et son dynamisme lui ont valu d'être promu comme : **GESTIONNAIRE PRINCIPAL DE DONNEES DRO)/RESPONSABLE DE STATISTICS**, avec les responsabilités suivantes :

- Assurer l'encadrement technique du personnel sur les différents outils du SIS utilisés,
- Superviser le personnel dans l'utilisation des outils du SIS,
- Valider et contrôler la qualité des données produites par des procédures de vérification,
- Tenir informer le personnel sur les différents résultats des activités réalisées,
- Préparer les différents rapports et assurer leurs disponibilités sur la plateforme MESI dans les délais impartis,
- Participer à l'élaboration du plan d'action du programme au niveau de l'institution,
- Travailler en étroite collaboration avec les services des soins ambulatoires et de pharmacie.

Au cours de ses expériences, il a toujours fait montre de son aptitude à entreprendre et à mettre en œuvre des actions efficaces pour la bonne marche du programme.

Et, il travaille toujours avec rigueur et exactitude, avec ou sans supervision. Son esprit d'équipe et son entre genre lui a permis d'entretenir de très bonnes relations avec ses collègues.

6.3. Description d'une journée de travail de M. Joseph

Habituellement la journée de travail de M. Joseph commence à 8 heures du matin par la signature de la feuille de présence. Puis, il participe dans notre quotidienne réunion de prière. Tout de suite, il vérifie son email pour voir s'il y a une nouvelle notification ou une recommandation au regard de son travail. Son travail quotidien se résume comme suite :

- Ouverture de isanté pour:
 - vérifier les patients ayant raté leur rendez-vous afin de faire le suivi avec l'équipe psychosocial ;
 - vérifier la qualité de donnée saisie sur isante et faire le suivi avec les prestataires pour des corrections ou des ajouts si nécessaires;
 - consulter la qualité de soins offerts aux patients
 - mettre à jour les registres ARV
- Ouverture de MESI pour:
 - vérifier s'il n'y a pas de rapport retourné ;
 - analyser les relances sur PLR ;

- vérifier la situation de la notification des cas VIH+ ;
- Mise à jour des fichiers auxiliaires dans le cadre de la préparation des différents rapports (Hebdomadaire et mensuel)
- Vérifier le remplissage de différents registres permettant de faire rapport

Pour donner ce coup de projecteur à M. Wilken, tout le suivi a été réalisé avec le directeur Médical de la dite institution. C'était avec stupéfaction et beaucoup d'enchantement qu'il avait reçu un tel message. Pour lui, Wilken est un modèle, il a toujours fait montre sa courtoisie et son respect à l'endroit de la clientèle. IL influence les autres par son dynamisme, démontre un souci pour le perfectionnement de ses compétences et Il observe strictement le secret professionnel. Pour lui, M. Joseph Wilken a une capacité exceptionnelle à faire face aux changements ou dans les responsabilités liées à son poste de travail.

6.4. Wilken JOSPEH, un Gestionnaire de données toujours ferme au poste

Par rapport aux données postées sur MESI, l'un des indicateur qui montre souvent l'inadéquation qui existe entre les données c'est : le nombre de patients sans statut'' quand cet indicateur a une note négative cela traduit automatiquement que les données ne sont pas bien rapportées ni analysées et en ce sens, l'institution qui a cette note négative doit inéluctablement et réviser et corriger les données. Et, Par rapport à ce problème récurrent, M. Joseph a eu dire un jour lors d'une session de formation que *''Bethesda n'aura jamais une note négative pour cet indicateur tant que je serai toujours à mon poste''*.

6.5. Continuité de la récompense de l'effort et de la persévérance

Souvent la tradition n'est pas toujours facile à maintenir ceci pour dire que cette année l'octroi d'une plaque d'honneur à un cadre gestionnaire de données a été très spécial compte tenu de la situation du pays et du fonctionnement de l'internet.

Quoique nous sommes dans un contexte particulier, toute l'équipe du service Suivi et Evaluation (M&E) de la CT/PNLS a été unanime à admettre que M.Wilken Joseph est un modèle à présenter aux lecteurs. En faisant un rétrospectif sur le choix des différents DRO déjà honoré, l'équipe du PNLS a été surprise de voir que cette année encore le dévolu a été jeté sur un technicien en gestion de données d'un des sites du département du Nord.



A l'aube de ses 8 ans d'expérience dans le système, cette marque d'attention octroyée à M. Joseph cette année à toute sa valeur et, toute l'équipe M&E de la CTPNLS pense que cette distinction va motiver davantage tous les gestionnaires données de l'ensemble du pays notamment ceux du Nord afin qu'ils puissent être stimulés à mieux faire.

Bravo Wilken et amélioration continue !!!



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

7.1 Désignation du PPSESE 2019

Hôpital Universitaire la Paix « HUP » comme son nom l'indique est l'un des hôpitaux Universitaires situés dans le Département de l'Ouest plus précisément dans la commune de Delmas (Delmas 33). Selon les dernières statistiques il desservait une population évaluée à 400,000 habitants. L'Hôpital dispose de 200 lits et offre tous les services de Santé de base incluant 5 services d'hospitalisation: Médecine Interne, Pédiatrie, Gynécologie/Obstétrique, Chirurgie, Orthopédie, un Service d'urgences fonctionnant 24/24, les cliniques externes, la pharmacie, Service de Laboratoire, de Radiologie, d'ECG, de Sonographie qui a été inauguré en février 2004. Les données recueillies annuellement dans le service des Archives montrent l'importance de cette institution dans cette commune. Sa fréquentation se situe entre 20 000 à 30 000 clients qui bénéficient au moins d'un service.

7.2 Historique du programme VIH à HUP

Création de l'Unité de Prise en Charge des Maladies Infectieuses (UPCMI) incluant : une clinique TB et un site de prise en charge du VIH/SIDA a été inauguré en avril 2007 financé par les fonds PEPFAR à travers l'UGP entité du MSPP.

Une Equipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmières (en soins et hygiénistes), auxiliaires-infirmières, travailleurs sociaux, psychologue, agents de terrain, canalisateur, membres de l'accueil, 1 DRO, 2 Data Clerc et des agents administratifs a été déployée pour démarrer avec les activités dans cette unité qui se résume en :

- Dépistage ciblé du VIH pour les adultes et enfants venus en consultation
- Dépistage du VIH et de la syphilis pour toutes les femmes enceintes venues en clinique prénatale
- Prise en charge holistique sous TAR de tous les patients séropositifs pour le VIH+ afin de s'assurer de la suppression de leur charge virale,

Les activités communautaires font partie de leur gamme de soins afin de rester en contact avec les patients. Tout un paquet de soins est offert dans la communauté Il s'agit de :

- Réalisation des groupes de support et des clubs de mères
- Organisation des rencontres avec les OEV.
- Support scolaire à 200 OEV.
- Réalisation des activités d'éducation sur le VIH/SIDA, la planification familiale, le choléra, la tuberculose.



- Activités DREAMS: nouveau programme visant à encadrer les jeunes filles de 10 à 19 ans séronégatives jugées vulnérables afin de garder leur statut séronégatif.
- FMP (Families Mater Program): nouveau programme basé sur le renforcement communication entre parents ayant des enfants de 10 à 19 ans

Avec l'évolution des activités de prise en charge des PVVIH, ce site arrive à enrôler 4126 patients en soins ARV de Janvier 2008 à novembre 2019 dont 2353 sont actifs en soins, 2 027 patients ont réalisé le test de charge virale, 1660 patients sont en suppression virale soit 82%.

L'équipe des gestionnaires de données de HUP met en application toutes les nouvelles technologies que disposent le programme en matière du système d'information pour gérer les données de qualité Utilisation de :

- L'iSante pour la prise en charge des patients.
- MESI pour le monitoring des différents rapports sur les activités réalisées.
- PLR pour les activités de relance des patients et distribution communautaire des médicaments.
- PCPI pour la prise en charge des cas contacts des patients index
- SAFE pour la surveillance active des femmes enceintes séropositives.

Tenant compte de l'effort et du dynamisme qui se sont développés au sein de l'équipe de cette institution dans la gestion des données du VIH, l'équipe de Suivi et évaluation de la CTPNLS a procédé par une évaluation à partir des critères bien élaborés, après délibération a jugé bon de braquer le projecteur cette année sur cet hôpital pour sa contribution dans la prise en charge et dans la rétention des PVVIH en soins. Ce choix n'a pas été fait au hasard. Ce site en dépit des difficultés rencontrées par rapport aux récents événements socio-politique qui se dessinent dans notre pays notamment dans cette commune, l'équipe des prestataires malgré les turbulences arrive à maintenir les patients sous traitement. C'est dans ce contexte que le service M&E du PNLS a désigné Hôpital Universitaire la Paix comme PPSE (Point de Prestation de Service d'Excellence) de l'année 2019. Bravo à l'équipe de la paix. Il faut continuer à tenir haut le flambeau de l'excellence pour que vous démontrerez au quotidien votre capacité de leadership Car le combat pour l'éradication du virus se poursuit d'ici à 2030, l'horloge est en marche vers l'atteinte des trois 95%. Poursuivons avec acharnement cet objectif pour mettre fin à ce fléau qui ne fait que nous détruire sur tous les fronts.



Coin des nouvelles...

La PREP une nouvelle stratégie en Haïti contre le VIH/SIDA

La PrEP prophylaxie pré exposition est une méthode de prévention médicamenteuse contre le VIH qui s'adresse à des personnes séronégatives hautement exposées au VIH, c'est-à-dire qui ont plusieurs partenaires et qui n'utilisent pas systématiquement le condom lors de relations sexuelles, ou dont le partenaire séropositif a une charge virale qui n'est pas indétectable, ou qui utilisent des drogues par injection sans prendre toutes les précautions qui s'imposent. Elle consiste à prendre une combinaison de deux molécules d'ARV (TDF-3TC ou TDF-FTC) visant à prévenir l'apparition ou la propagation du VIH en bloquant le cycle de réplication du virus, l'empêchant de se multiplier dans le sang et de contaminer l'organisme. Une prophylaxie bien observée permet de protéger une personne jusqu'à 90% (source : CDC) lors d'un rapport sexuel non protégé avec un partenaire infecté par le VIH. Cette Nouvelle intervention qui a déjà fait ses preuves, est en application aux USA et en Europe depuis 2011.

- En Mars 2019 Haïti a emboîté le pas en implémentant cette méthodologie sur le territoire national à travers 7 sites ARV :
 - CPFO
 - CPOZ
 - GHESKIO INLR Bicentenaire
 - GHESKIO IMIS Tabarre
 - Clinique JC Menard
 - FOSREF Delmas 19
 - Hôpital Grace Children
 - Hôpital Foyer St Camille
- Au 30 Septembre 2019, 112 clients sont actifs sous PrEP. Rappelons que cette option préventive est dirigée vers les individus non infectés au VIH et à risque d'acquérir le VIH surtout chez les groupes sérodiscordants.
- Visite D'ANOVA en Haïti cadre fertilité croisée et assistance technique dans l'implémentation de la PREP.
- Dans le cadre de l'implémentation de la stratégie de la PREP la ANOVA Health Institute basée en Afrique du Sud ayant l'expertise et l'expérience dans l'implémentation de cette nouvelle stratégie a organisé deux missions en Haïti en vue d'accompagner le PNLS/MSPP pour une assistance technique de proximité.



- C'était l'occasion de partager avec l'équipe d'Haïti les expériences et les bonnes pratiques de la PrEP et également d'assister techniquement le programme dans les stratégies de communication relative à la PrEP notamment dans le développement du matériel éducatif qui était en finalisation.

Auto test assisté de dépistage

Auto- test assisté de dépistage (buccal/salivaire) du VIH est un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) qui consiste à tester la salive de l'individu à la recherche du virus HIV : C'est un processus par lequel une personne voulant connaître son statut prélève son propre échantillon de salive, effectue un test rapide pour le VIH, puis interprète ses résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance. En cas de positivité le client est accompagné ou orienté vers un centre pour confirmation du diagnostic et une éventuelle prise en charge. L'incitation au dépistage est aujourd'hui l'un des piliers de la prévention de l'infection au VIH. Le Programme National de Lutte contre les IST-VIH-sida /MSPP a adhéré à l'objectif fixé par l'ONUSIDA visant à diagnostiquer 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2030. Pour combler ses lacunes, Haïti cherche des moyens innovants d'augmenter rapidement l'accès et le recours aux services de dépistage du VIH, en particulier : chez les populations à faible couverture ou l'offre de service n'est pas effectif, et chez les personnes exposées à un risque plus important qui n'effectueraient pas de test de dépistage. Cette stratégie permettra également de rendre le dépistage plus accessible surtout pour les groupes victimes de stigmatisation/discrimination.

En 2016, l'OMS a publié les premières recommandations et orientations mondiales relatives à l'auto-dépistage du VIH qui répond à une nécessité urgente de santé publique. Celui-ci est un outil innovant qui favorise l'autonomisation du client, permet de diagnostiquer davantage de personnes VIH-positives et aide à atteindre la première des cibles des trois 95% prônés par l'ONU sida.

L'auto- test assisté de dépistage du VIH n'est pas recommandé pour les personnes :

1. Ayant un statut VIH positif déjà connu ;
2. VIH+ connaissant son statut et recevant le TAR, car on pourrait obtenir des faux négatifs dus au fait que le taux d'anticorps peut être relativement faible chez un patient sous TAR ;
3. Ayant participé aux essais vaccinaux sur le VIH.
4. Les personnes qui sont intéressées à cette nouvelle intervention doit être préalablement informée des trois contre-indications suscitées pour éviter tout biais.

L'auto- test assisté de dépistage du VIH est rendu disponible comme une approche complémentaire aux services de dépistage du VIH en Haïti. La dernière formation sur l'auto test vient à peine d'être réalisée ce 25 nov2019 dans 7 sites et tient lieu de démarrage.

Charge virale communautaire nouvelle approche

La charge virale constitue le marqueur par excellence du succès du traitement .Avec la distribution des médicaments pour plusieurs mois les clients éligibles pour CV ne reviennent pas toujours à l'institution pour cet examen de contrôle donc la couverture en charge virale est basse de même que la suppression virale. Donc l'atteinte du troisième 95 % reste un défi majeur pour le programme qui a souscrit à l'objectif des trois 95.Voulant rendre la charge virale plus près des patients. Le laboratoire National de concert avec le service de prise en charge a compris la nécessité de développer un algorithme pour faciliter les tests de charge virale dans la communauté afin de faciliter l'accès à tous les patients qui sont dans la communauté. Un pilote se fera avec deux réseaux dans un premier temps et l'extension se fera sur l'ensemble des sites qui n'attendent que le mot d'ordre pour démarrer. Les procédures requises selon le LNSP prendront en compte avec rigueur :

- La Gestion des Échantillons qui sont Prélevés au niveau Communautaires
Le DBS pour Charge Virale par PCR
- La Facilité du DBS
- La Distribution Communautaire d'ARV
- Les Résultats de CV qui doivent être de Qualité
- Les Facilité d'accès aux soins.

Rencontre Binationale

20 au 25 Octobre 2019: Participation du PNLS sur l'invitation de l'OPS/OMS à une réunion Binationale au Chili dans le cadre du partenariat du ministère des deux pays pour le continuum des soins en particulier la prise en charge du VIH des migrants Haïtiens au Chili.

Résolutions prises:

- Partage de la liste et l'adresse des institutions qui prennent en charge les PVVIH a Chili.
- Utilisation des facilitateurs Haïtiens (Psychologue-Travailleurs Sociaux, Infirmières /-Médecins) dans les hôpitaux pour mieux orienter les migrants Haïtiens dans les différents services.
- Module de formation en ligne pour les praticiens chiliens pour une meilleure prise en charge des migrants Haïtiens





Ministerio de Salud Chile

PRO

IMG_2945

Subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza, se reúne con médicos Haitianos.

Fotos: Rodrigo Balladares M. / Minsal

Rencontre entre l'Ambassadeur BIRX et les pays de la sous-région recevant les ressources de PEPFAR à Washington DC

L'équipe Haïtienne travaillant dans le programme du VIH/Sida. Du 8 au 12 Avril 19 une délégation haïtienne composée de la haute Direction du ministère et du Directeur Exécutif de l'UCMIT, et de certains partenaires: Fonds Mondial, ONUSIDA, les représentants du MSPP (DG et DE UCMIT), la société civile, des partenaires d'implémentation (PIH, GHESKIO, CMMB, CARIS, UGP et de certains pays tels : la Dominique, Jamaïque, Guyane, Trinidad & Tobago et la Barbade qui reçoivent le financement bilatéral de PEPFAR ont été invité à une rencontre dans le cadre de la préparation du COP Plan opérationnel pays pour la période d' Oct. 2019 à Déc. 2020. Au cours de cette audience la discussion s'est tournée autour du montant du budget alloué à Haïti.

L'année 2019-2020 sera marquée par une réduction budgétaire de 20 % et ceci causera un impact significatif sur les programmes dans le pays.

La responsable de PEPFAR n'a pas caché son insatisfaction face à la performance d'Haïti qui n'a pas atteint les objectifs fixés par rapport au trois 95-95-95. De plus, la faiblesse de la rétention et les 30000 perdus de vue, ont fait l'objet de grandes discussions.

Face au constat elle a fait plusieurs recommandations :

Par rapport au 1^{er} 95: Haïti devrait assurer la recherche active des cas de manière plus effective et efficiente :

- Mettre l'accent sur le dépistage ciblé, et un focus sur l'Index testing
- Encourager le dépistage chez les hommes en offrant le self-testing aux hommes et aux populations prioritaires

2^e 95:

- Mettre le Focus sur la rétention et l'adhérence des patients
- Renforcer le MMS dispensation (3 à 6 mois)
- Accélérer la Transition au Dolutégravir
- Actualiser les normes de prise en charge du PNLS
- Offrir un meilleur paquet de service pour retenir les nouveaux enrôles
- Faire une campagne pour encourager le retour aux soins des perdus.

3^e 95:

- Améliorer la couverture et la suppression de VL
- Eviter les occasions ratées afin de faire le test pour tous les patients éligibles.
- Maintenir la vigilance des Prestataires.
- Assurer que tout patient actif bénéficie d'un test de charge virale

Dans ce contexte Il faudra du sang neuf, et de nouveaux partenaires. Le MSPP a fait des recommandations et pris des décisions pour la nouvelle année à savoir :

Encourager les sites à donner les médicaments aux patients, les apporter chez eux, utiliser d'autres points pour la récupération des médicaments afin d'éviter d'avoir des patients perdus de vue.

1. Appeler les patients pour des rappels sur leur rendez-vous.
2. Améliorer l'accueil dans les sites tout en leur offrant des services de qualité.
3. Donner des stocks de médicaments pour 3 à 6 mois.
4. Tester l'entourage du patient
5. Accompagner les patients.

Opération de relance : Reboot, Campagne de retour aux soins



Cette campagne a commencé dès le retour de la délégation haïtienne après plusieurs rencontres entre le MSPP, les réseaux, CDC et les Partenaires de la société civile.

Les PDV sont réels et ne sont pas uniquement des doublons.

Après des initiatives multiples et des efforts qui sont déployés par toutes les parties prenantes de la riposte à la recherche des perdus de vue.

Les Résultats après deux mois de recherche active :

- 47% des PDV contacts sont retournés
- Le défi est la rétention des retournés
- 3 Départements cumulent 84% des cas (OUEST, ARTIBONITE, NORD)
- La majorité des cas viennent des cohortes de patients enrôlés récemment (FY15, FY16, FY17, FY18.D ou la nécessité d'encourager le MMS pour les patients.

Nouvelle version du MER2.0 version 2.4

Les progrès en matière de lutte contre les épidémies seront mesurés avec succès, en partie, grâce à un cadre d'information stratégique efficace qui non seulement surveille les produits, mais également les principaux résultats et l'impact des programmes. Compte tenu des progrès accomplis au niveau mondial en matière de VIH au cours de la dernière décennie, la planification, le suivi et l'allocation des ressources doivent avoir lieu aux niveaux institutionnels et communautaires afin d'obtenir un impact maximal.

Nos partenaires entre autre PEPFAR s'associent à la communauté internationale pour accélérer la réalisation des objectifs mondiaux de l'ONUSIDA 95-95-95:

95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 95% des personnes connaissant leur statut VIH ont accès à un traitement et 95% des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV ont une charge virale indétectable.

La collecte et l'utilisation de données désagrégées qui caractérisent les populations (âge, sexe, populations clés ou prioritaires, etc.) sont desservies dans les zones géographiques où les services de lutte contre le VIH sont fournis essentiellement pour comprendre les résultats des programmes actuels et planifier les résultats futurs.

Les objectifs du document d'orientation Monitoring Evaluation and Reporting sont élaborés en vue de rationaliser et de hiérarchiser les indicateurs pour les programmes PEPFAR et aussi de faire de la surveillance du programme une approche davantage centrée sur le patient;

Cependant, des mises à jour et de modifications ont été encore apportées à la version antérieure et une nouvelle version 2.4 du MER 2.0 a vu le jour à la fin du mois de Septembre 2019. Elle met en évidence des domaines bien spécifiques comme les indicateurs liés à la prise en charge globale des populations clés, la dispensation des ARV pour plusieurs mois (MMD), le suivi clinique des patients sous ARV, le contrôle des nouveaux perdus de vue sous ARV et la surveillance des patients perdus de vue ayant repris le traitement ARV au cours de cette nouvelle période (octobre 2019- septembre 2020).

Dès la réception de cette nouvelle version, Le service M&E s'est attelé à travailler ardemment dans l'adaptation de la définition des nouveaux indicateurs, l'actualisation des outils, des lexiques, et à assurer également des ajustements sur l'interface MESI avec l'appui des experts dans le domaine. Dans un souci du savoir-faire, et dans l'optique de développer l'habileté des gestionnaires de données à regarder au quotidien les données générées pour acquérir la culture de l'information, deux ateliers de formation ont été réalisés sur les outils de collecte et de rapportage du programme VIH pour les sites de l'ensemble des réseaux pour s'assurer de la compréhension des définitions opérationnelles des nouveaux indicateurs du MER2.0 version 2.4, afin de faciliter la collecte et le rapportage de ces nouveaux indicateurs.

Les ateliers de formation ciblaient des gestionnaires de données, coordonnateurs /sites manager des sites de plusieurs réseaux de soins.

Résultats de l'enquête de rétention pour les deux cohortes 2016, 2017

Le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), avec le support de ses partenaires techniques et financiers a réalisé cette année encore une étude sur la rétention des patients enrôlés sous TAR pour les cohortes de 2016 et 2017 avec l'expertise de la firme SEFIS. L'objectif de cette étude était de mesurer les taux de rétention à 6 et à 12 mois de ces patients et de documenter les bonnes pratiques de rétention du réseau ALESIDA/CMMB ayant obtenu le plus haut taux de rétention au cours des trois dernières enquêtes de rétention des patients sous thérapie antirétrovirale de PNLS.

Les résultats de ces études permettront de générer des informations qui seront disponibles et prêtes à être exploiter par tous les niveaux décisionnels. Ils serviront également de référence pour améliorer la prise en charge des PVVIH toujours dans un souci d'amélioration de la qualité de soins des PVVIH.



Cette année, l'étude quantitative des deux cohortes 2016, 2017 a été accouplée avec une composante qualitative cette dernière a été réalisée à partir des groupes de discussions et des entretiens individuels.

La collecte de données a duré deux mois, de mai à juillet 2019, dans 56 sites répartis sur les 10 départements du pays à travers tous les réseaux pour les deux cohortes : Les données quantitatives proviennent des registres ARV, des dossiers médicaux électroniques (iSanté) ou papiers. Leur collecte s'est réalisée sous la supervision des gestionnaires de données de la Coordination Technique du PNLS. En revanche, la collecte de données qualitatives a été assurée par SEFIS, au niveau du réseau ALESIDA. Elle a été faite à travers des groupes de discussion avec les patients actifs et anciens perdus de vue retrouvés, les prestataires de soins, à raison d'un prestataire par service, et entrevues semi-structurées avec les sites managers.

L'échantillon de la cohorte 2016 contient 1920 patients. De ces patients, 64% sont des femmes dont 7% étaient enceintes. Plus de la moitié des patients de la cohorte de 2016 habitent en milieu urbain car environ cinq (5) patients sur 10 (55%) y résident. Le taux de rétention ajustée se fixe à 76% à 6 mois de suivi et chute à 69% au bout de 12 mois. La rétention en milieu rural est plus élevée que celle constatée en milieu urbain. En effet, le milieu urbain affiche des taux de rétention de 75% à 6 mois de suivi et de 67% à 12 mois de suivi. Parallèlement, le milieu rural obtient des taux de rétention à 6 et à 12 mois de 78% et de 72% respectivement.

A 6 et à 12 mois de suivi, globalement, la perte de vue explique entre 80 et 84% l'attrition dans cette cohorte. Le décès quant à lui, y occupe une part qui varie entre 14 et 16%. La mortalité vient après la « perte de vue » en pourcentage très faible. La raison « Arrêt » est très peu répandue globalement. La perte de vue reste encore un problème majeur parmi les femmes enceintes. 25% et 31% sont perdues de vue à 6 et à 12 mois de suivi respectivement. L'examen de charge virale n'a été conduit que pour 43% de patients, soit 829. L'examen de charge virale n'a été conduit à temps, c'est-à-dire avant ou à 6 mois de suivi que pour 61% de ces patients. De ces 829 patients 66% (545/829), sont indétectables contre 34 % détectables. Pour ce qui est de l'utilisation des services, l'analyse des données recueillies montre qu'environ 1 patient sur 2 de cette cohorte (54%) aurait été conseillé au moment de l'enrôlement.

60% des patients de la cohorte bénéficient d'actions d'accompagnement ou des rappels pour des rendez-vous, 34 % ont reçu des visites domiciliaires de la part des équipes de santé communautaires et 66 % reçoivent des frais de transport. La ration sèche n'est reçue que par 10% des patients de la cohorte.

Dans la cohorte de 2017, la majorité des 1920 patients sont des femmes. En effet, on y retrouve 59% qui sont de sexe féminin dont 5 % étaient enceintes au moment de l'enrôlement sous TAR. La majorité (57%) des nouveaux enrôlés de la cohorte de 2017 habitent en milieu urbain et 43% en milieu rural. A 6 mois de suivi, le taux de rétention est de 78%, contre 72% à 12 mois. En milieu rural le taux de rétention est de 78% et 72% à 6 et à 12 mois de suivi respectivement. En milieu urbain le taux de rétention est de 79% à 6 mois de suivi et 71% à 12 mois de suivi. A 6 et à 12 mois de suivi la perte de vue occupe entre 76 à 78 % de l'inactivité chez les patients contre les décès qui occupent une part de 21% quelle que soit la période de suivi). Le problème de perte de vue des femmes enceintes est toujours présent dans cette cohorte où 19% des femmes enceintes sont perdues de vue après 6 et 12 mois de suivi. La charge virale a été réalisée pour seulement 50% des patients. Pour 62% de ces patients l'examen a été conduit à temps. Les résultats de l'analyse des données indiquent que 73% de ces patients (713) ont une charge virale indétectable. En termes d'utilisation de service, la fiche de counseling à l'enrôlement a été retrouvée dans le dossier de 57% des patients et 68% des patients reçoivent des frais de transport. Seulement 13% des patients reçoivent une ration sèche.

En ce qui a trait aux bonnes pratiques de rétention dans le réseau CMMB, nous en avons identifié sept (7) :

1. Accueillir les patients avec respect, courtoisie et de l'empathie (Accueil).
2. Retenir les patients le moins longtemps que possible lors d'une visite (Temps d'attente).
3. Dispenser les ARV aux patients en fonction de leur situation (Dispensation).
4. Impliquer les patients dans leur plan de traitement (Gestion des rendez-vous).
5. Supporter chaque patient en fonction de ses besoins spécifiques (Supports).
6. Avoir un service de santé communautaire dynamique et proactif (Service santé communautaire).
7. Avoir un système d'information qui valorise les données de suivi du programme (Système d'information).

Les recommandations portent sur des pistes pour pouvoir diminuer l'attrition chez les patients et ainsi augmenter la rétention. Vu que la perte de vue occupe une part importante de l'attrition, nous préconisons d'instaurer des stratégies de tracking précoce et de maintenir un contact régulier avec le patient dans la communauté. Au niveau des institutions, il faudra créer un climat accueillant pour les patients (patients friendly).



De plus, vu que la rétention varie positivement avec l'âge (plus le patient est âgé plus il a un meilleur taux de rétention) il faudra accorder une attention particulière aux enfants et aux jeunes dans les stratégies de rétention. Pour les femmes enceintes le pourcentage de perdus de vue étant assez élevé il faudrait renforcer les programmes de PTME dans les institutions en vue de mieux adresser les objectifs de réduction de la transmission verticale. L'examen de charge virale doit aussi être conduit pour tous les patients de manière à pouvoir mieux appréhender l'effet du traitement sur leur état de santé et ce, dans les délais recommandés. Pour ce qui est de la qualité des données, il faut veiller à la complétude du dossier du patient et prôner des audits routiniers de qualité de données dans les institutions.

Participation équipe PNLS à l'Atelier Régional

The Caribbean Public Health Agency (CARPHA) sous le leadership de PANCAP (Pan American Partnership against HIV/AIDS) grâce au financement d'un projet : Removing Barriers to accessing HIV and Sexual Reproductive Health Services for Key Population, a organisé son deuxième atelier régional à Trinidad and Tobago sous le thème : Regional Data analysis, Dissémination and Use. Cet atelier fait suite à celui du mois de septembre 2018 qui a été également organisé à Trinidad. Le public visé: les directeurs de programme VIH et les M&E du niveau central de la Caraïbe.

Pays présents à cet atelier : Cuba, Bahamas, Barbade, République Dominicaine, Sainte-Lucie et la Dominique.

Objectifs de l'atelier:

- Renforcer les compétences régionales dans le but d'utiliser les données VIH aux fins de planification et de prise de décision.
- Améliorer le rapportage au niveau de la région à partir de l'outil : Caribbean Régional Strategic Framework pour le VIH (2014-2018).
- Sensibiliser les pays régionaux sur la nécessité de poster les données produites sur la base de CARPHA.

L'atelier a permis de renforcer les échanges avec la région et aussi à l'équipe afin de mieux comprendre la dynamique des mises à jour apportées dans le Caribbean Régional Strategic Framework.

L'équipe de CARPHA entend faire des séances de Webinar afin d'avoir un contact plus rapproché avec la région et du même coup elle souhaite que la session de formation prévue pour Haïti soit réalisée à la fin de cette période 2019.

Participation prise en charge à une formation à Washington

Sur l'invitation du Département d'Etat Américain, un cadre de l'UCMIT/PNLS a participé à un programme d'échange aux Etats Unis dont le thème : Combattre les maladies infectieuses.

Ce programme a réuni 21 participants venant de 12 pays d'Afrique et Haïti.

Les présentations ont eu lieu au département d'état, à CDC, NIH, HRSA, au Sénat américain, au capitol et dans plusieurs hôpitaux et universités des 5 états visités.

Etat d'avancement de la transition au Dolutégravir (DTG)

L'OMS recommande le Dolutégravir comme option thérapeutique à privilégier contre le VIH comme traitement de première et de deuxième ligne pour toutes les populations, y compris les femmes enceintes et celles en âge de procréer. Le DTG est un médicament plus efficace, plus facile à prendre et qui engendre moins d'effets secondaires que les autres médicaments actuellement utilisés. Il présente également une barrière génétique élevée au développement d'une pharmacorésistance, ce qui est important étant donné que la résistance aux traitements à base d'EFV et de Névirapine tend à augmenter. En 2019, 82 pays à revenu faible et intermédiaire ont indiqué avoir amorcé une transition vers des schémas thérapeutiques à base de DTG contre le VIH.

Ces nouvelles recommandations mises à jour visent à aider davantage de pays à améliorer leurs politiques de lutte contre le VIH. Le dolutégravir appartient à une classe de médicaments appelés inhibiteurs de l'intégrase et doit être utilisé en combinaison avec d'autres médicaments pour le traitement du VIH. La plupart des patients prennent le dolutégravir à raison de 50 mg une fois par jour.

Le médicament ne comporte aucune contrainte concernant la consommation de nourriture ou d'eau, et on peut le prendre à n'importe quelle heure de la journée. Le dolutégravir a été relativement bien toléré lors des essais cliniques. En Haïti, Le PNLS a lancé l'utilisation du DTG au niveau national le 5 Novembre 2018. Suite à de nouvelles recommandations de l'OMS, plusieurs amendements ont été entrepris dans les normes afin de considérer l'éligibilité au DTG pour toute la population. Au 30 Septembre 2019, 78317 patients (75.4 %) sont placés sous DTG, nouveaux enrôlés et patients migrés.

Les PVVIH Haïtiens apprécient à sa juste valeur cette nouvelle molécule.

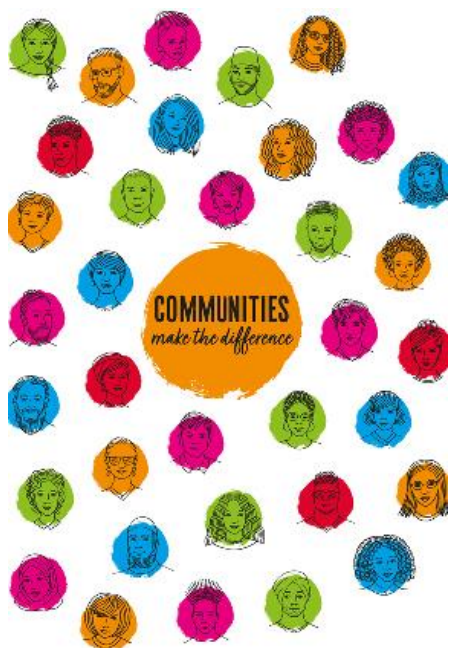


Atelier régional sur les Estimations et Projections épidémiologiques sur le VIH/Sida...

Depuis plus d'une décennie Haïti participe aux côtés des pays francophones Africain à l'exercice sur les estimations et projections épidémiologiques sur le VIH/Sida EPP/SPECTRUM qui se réalise Chaque deux ans. Cette année du 29 janvier au 1^{er} février 2019 une délégation haïtienne était encore au rendez-vous à Johannesburg, Afrique du Sud en vue de prendre part à l'atelier régional. Les bailleurs en l'occurrence CDC et Fonds Mondial, conscients de l'importance des estimations projections dans leur planification ont jugé opportun de s'associer à cette mission combien importante pour le programme. La délégation pays était composée de trois institutions impliquées dans le dossier et a valablement travaillé durant les 4 jours d'atelier. Il s'agit de la Coordination Technique du PNLS, Center Disease Control and Prevention (CDC), et la NASTAD.

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

Cette année, l'atelier a duré 4 jours et le dernier jour a été réservé à la présentation du module : **Evaluation de l'impact des programmes à l'aide du modèle Goals**. Cette initiative permet d'évaluer l'impact passé et futur des programmes de lutte contre le VIH. Les données d'estimation d'Haïti sont disponibles pour tous vos besoins.



Comité de rédaction du Bulletin

Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS

Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS

Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS

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

Mr Jean Etienne TOUSSAINT/ MSPP/PNLS

Mr Jéthro GUERRIER, MSPP/PNLS

Dr Ermane ROBIN, MSPP/PNLS

Conception et mise en page

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



Le sida en chiffres (Haïti 2010)

Nombre estimé de Personnes vivant avec le VIH	: 160 000
Nombre de personnes actives sous ARV au 30 juin 2019	: 103 400
Nombre estime d'enfants vivant avec le VIH	: 8 700
Nombre estimé de Nouvelles infections	: 7 300
Incidence estimée du VIH : 0,69 pour 1000, soit 69 cas pour 100 000 personnes	
Nombre estimé de décès dus au sida	: 2 700
Couverture estimée ARV globale (tous âges)	: 64%
Couverture estimée du traitement ARV des adultes	: 66%
Couverture estimée du traitement ARV des femmes >15 ans	: 75%
Couverture estimée du traitement ARV des enfants	: 42%
Couverture estimée du traitement ARV des Femmes enceintes	: 83%
Enfants ayant bénéficié d'un test PCR < 2 mois après la naissance : 2 700, soit 72% des enfants exposés enregistrés	
% de PVVIH souffrant d'une TB active par rapport aux nouveaux enrôlés sous ARV en 2018 : 5.1 (1 023/20 245)	
Prévalence du VIH chez les HARSAH (2014)	: 12,9%
Prévalence du VIH chez les PS (2014)	: 8,7
Nombre d'institutions sanitaires offrant les services de dépistage du VIH	: 181
Nombre d'institutions sanitaires offrant le paquet complet de PTME	: 146
Nombre d'institutions sanitaires offrant les ARV	: 167

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

Pour tous commentaires ou suggestions prière de contacter le service Suivi/Evaluation de la CT/PNLS à l'adresse email suivante : suivevaluation_ucp@yahoo.fr

