

Bulletin

de Surveillance

Epidémiologique VIH/SIDA

EDITORIAL

Chers amis lecteurs,

L'année 2020, qui s'en va bientôt, a été une des plus périlleuses de notre Programme de Lutte contre le VIH/sida. Il s'en est fallu de peu que nous frôlions la catastrophe avec la pandémie mondiale COVID-19 qui a mis notre système de santé faiblement résilient à rude épreuve. Nous n'avons pas reculé et nous nous sommes adaptés rapidement pour y faire face avec nos maigres moyens et soutenir moralement les équipes de santé travaillant en première ligne au sein des points de prestation de services qui, sans relâche, ont continué à offrir des services de prévention, de dépistage, de soins et traitement du VIH à ceux et celles qui en avaient besoin. Nous leur disons un grand **MERCI** pour leur dévouement, leur professionnalisme et leur esprit d'abnégation.

Nous présentons nos reconnaissances à tous les PVVIH qui ont continué à fréquenter nos points de prestation de service, à tous les PVVIH utilisateurs de services communautaires, à tous les PVVIH paires-éducateurs qui se sont portés volontaires pour la diffusion de messages de prévention recommandés par les Autorités Sanitaires Nationales sur la COVID-19 (lavage des mains, port de masques, distanciation physique) au sein de leurs communautés.

Nous présentons nos reconnaissances à toutes les associations de PVVIH du pays qui mènent la dure bataille contre la

stigmatisation, la discrimination et le respect de la dignité humaine et des droits humains.

Nous saluons l'édification de la nouvelle entité à envergure nationale des PVVIH : la Fédération Nationale des Associations de PVVIH. La construction de cette nouvelle structure associative n'a pas été facile. Nous avons été témoins des sacrifices consentis par des leaders PVVIH et de partenaires du Programme pour faciliter l'émergence de cette Fédération. Nous leur disons un grand **MERCI**. La lutte pour la mobilisation de nouvelles ressources en faveur de la lutte pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les PVVIH et les populations clés doit se poursuivre. Nous devons aller encore plus loin pour monter une large structure où tous les groupes vulnérables, affectés et infectés peuvent y être représentés pour la défense de leurs intérêts et leur participation active à l'accélération de la riposte nationale. Nous avons des défis à relever ensemble : à court terme, la poursuite de la revitalisation des associations de PVVIH à travers le pays sous le leadership de la Fédération Nationale des Associations de PVVIH et la réalisation de certaines activités comme l'enquête « index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida en Haïti » ; à moyen terme, l'élaboration d'un véritable plan de lutte pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la participation élevée des PVVIH dans la résolution de la problématique des patients PVVIH en interruption de traitement, et à long terme, l'assaut final contre cette épidémie d'ici à 2030.

Nous présentons nos remerciements à tous nos partenaires de mise en œuvre. Nous comprenons et soutenons les efforts et les interventions qu'ils réalisent pour faire

avancer le Programme national. En général, les derniers mètres d'un long marathon, comme celui de notre combat contre le VIH/sida, sont les plus difficiles à parcourir. Nous sommes et serons toujours à vos côtés. Votre combat est le nôtre.

Nous présentons nos remerciements spéciaux à tous nos partenaires techniques et financiers : PEPFAR (CDC et USAID), le FM et l'ICN, les agences des Nations Unies intervenant dans le VIH en Haïti (ONUSIDA, OMS, UNICEF et UNFPA). Ces partenaires techniques et financiers nous aident à mieux mettre en œuvre la Stratégie nationale en VIH. Qu'ils trouvent en ce mot : **MERCI**, notre reconnaissance pour toutes les ressources qu'ils ont mises à la réalisation de différents programmes et de projets de lutte contre le VIH et d'amélioration des conditions d'existence de ceux et celles qui souffrent du sida et des interventions de prévention et de sensibilisation adressées à toute la population haïtienne.

Nous disons **MERCI** aux Hautes Autorités du Pays et du MSPP pour leur soutien sans faille à notre exercice de la gouvernance au quotidien d'un Programme extrêmement complexe mais aussi enrichissant et inspirant. Un merci spécial aux Directions Centrales et Départementales du MSPP qui collaborent avec l'UCMIT-PNLS avec des moyens très faibles pour faire avancer la lutte contre le VIH dans notre pays.

Suite à la page 6



Table des matières

Liste des abréviations & acronymes.....	4
Editorial (suite)	6
1. Synthèse des publications scientifiques sur le VIH en Haïti au cours de l'année 2020	6
1.1 Introduction	6
1.2 Méthodes	6
1.3 Résultats.....	6
Références.....	12
2. Profil des Patients en Interruption de Traitement Antirétroviral au cours de la période octobre 2019 à septembre 2020.....	15
2.1 Introduction	15
2.2 SALVH base de données supportant la rédaction de cet article	15
2.3 Patients en Interruption de Traitement comme goulot d'étranglement du Programme	16
2.4 Un défi qui perdure tout au cours de l'exercice octobre 2019 – septembre 2020	16
2.5 Des départements et des partenaires de mise en œuvre à être en état d'alerte	17
2.6 Résultats obtenus par des interventions du Programme sur la situation des Patients en Interruption de Traitement.....	17
2.7 Limites et discussions	18
2.8 Recommandations et perspectives	18
2.9 Conclusion	19
3. Des patients méconnus et/ou oubliés du Programme : les non-enrôlés en soins ?	20
3.1 Mise en situation.....	20
3.2 Caractéristiques générales des non-enrôlés en soins	20
3.3 S'agit-il effectivement de patients véritablement non-enrôlés ?	21
3.4 Conclusion	22
4. Ciblage des perdus de vue sous thérapie antirétrovirale de plus 12 mois : une stratégie innovante dans le maintien des patients dans le continuum de soins VIH en Haïti	22
4.1 Introduction	22
4.2 Résultats obtenus à date	23
4.3 Conclusion	24
5. L'Auto-dépistage assisté du VIH (ADA) : une approche novatrice complémentaire aux services de dépistage du VH en Haïti.....	25
5.1 Mise en contexte.....	25
5.2 Caractéristiques et principes de base de l'ADA.....	25
5.3. L'autotest à titre d'intervention à part entière des services de dépistage du VIH en Haïti	26
5.4- L'implémentation de l'ADA durant l'exercice fiscal 2019-2020 en Haïti : Résultats	26
5.5- Discussions	28
5.6- Conclusion et Perspectives	28
Bibliographie	28
6. Bon à savoir sur la PrEP : « Le champion de la PrEP : une stratégie révolutionnaire pour atteindre les populations clés en Haïti »	29

6.1 Introduction	29
6.2 Description de la stratégie « champion de la PrEP ».....	29
6.3 Résultats obtenus à date	30
6.4 Leçons apprises	30
6.5 Conclusion et Perspectives.....	30
7. Bon à savoir sur la collaboration actuelle entre PIH et PNLS relative à la migration des données vers SALVH	31
7.1 Introduction	31
7.2 Une situation de qualité de données qui méritait une amélioration	31
7.3 Une collaboration en constante évolution.....	31
7.4 Importance des rencontres de coordination pour l'amélioration continue de la qualité des données.	32
7.5 Attentes et perspectives	33
8. FEBS : une histoire de positivité et d'amour dans la séropositivité	33
8.1 Esther Boucicault et FEBS.....	33
8.2 Solidarité Intégration Divertissement Amour	33
8.3 FEBS une organisation pionnière dans la lutte contre le VIH en Haïti	34
8.4 Honneur et mérite à FEBS et à Esther Boucicault	35
8.5 Esther Boucicault un icône de la lutte contre le VIH en Haïti.....	35
9. ASON et Saurel Beaujour : Plus de deux décennies d'engagement et de combat sans relâche.....	36
9.1 ASON : Faire renaitre l'espoir chez les PVVIH	36
9.2 Saurel Beaujour, Président de ASON.....	36
9.3 Journée mondiale du Sida en 2020 : vers un renforcement de nos engagements	36
9.4 ASON organisation pionnière dans la riposte contre le VIH/sida en Haïti	37
10. Histoires à succès et témoignages	38
10.1 L'affirmation de soi de Malia Loudia Jean en tant que PVVIH : le parcours d'une battante pour sa vie et ses proches.....	38
10.2 De Perdu de Vue à Pair Educateur/Health through Walls.....	39
Coin des nouvelles... ..	40
11.1 Le PNLS bouge au niveau de la recherche : Enquête en cours « Etude index de stigmatisation des PVVIH en Haïti »	40
11.2 Importance de la presse dans la lutte contre le VIH/sida	40
11.3 Prise en Charge des Contacts des Patients Index (PCPI)	42
Le sida en chiffres (Haïti 2020)	44

Liste des abréviations & acronymes

ARV	Anti Rétroviral
ASCP	Agents de Santé Communautaire Polyvalents
AMH	Association Médicale Haïtienne
ASPHA	Association de Santé Publique d'Haïti
CDC	Center Disease for Control and Prevention
CHARESS	Centre Haïtien d'Appui au Renforcement du Système de Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CPFO	Centre de Promotion des Femmes Ouvrières
CDS	Centre pour le Développement de la Santé
CT	Coordination Technique
CV	Charge Virale
DME	Dossier Médical Électronique
DSD	Direction Sanitaire Départementale
DSF	Direction Santé de la Famille
ECP ²	Contrôle de l'Épidémie parmi les Populations Prioritaires
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EMR	Electronic Medical Record
FEBS	Fondation Esther Boucicaut Stanislas
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
GU	Georgetown University
HARSAH	Homme Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
ICC	Interventions Communautaires Ciblées
ICN	Instance de Coordination Nationale
KP	Populations Clés
MDR	Multi Drug Resistant
MESI	Monitoring Évaluation et Surveillance Intégrée
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PANOS	PANOS Caraïbes
PCPI	Prise en Charge des contacts des Patients Index
PDV	Perdu de Vue
PI	Partenaire d'Implémentation
PIH	Partner In Health
PIT	Patient en Interruption de Traitement
PLR	Patient Linkage and Retention
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPS	Points de Prestation de Service
PrEP	Prophylaxie Pré Exposition

PS	Professionnelles du Sexe
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTF	Partenaires Techniques et financiers
SALVH	Suivi Actif Longitudinal du VIH en Haïti
SASICC	Service d'Analyse et de Suivi des Interventions Communautaires Ciblées
SEFIS	Société d'Études et de Formation en Informations Stratégiques
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SOP	Standard Operation Procedures
SPC	Service de Prévention et de Communication du PNLS
TROD	Test Rapide d'Orientat
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TIDE	Translating Data Into Evidence
UCMIT	Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Editorial (suite)

Un remerciement spécial à la DSF dans cette espérance commune de faire de la région du grand SUD un modèle de partenariat dans la mise en réseau des institutions sanitaires au bénéfice de la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Nous sommes conscients qu'il nous reste beaucoup de chemin à parcourir ensemble pour la réussite de cette mise en réseau. Travaillons ensemble et discutons de façon sincère et ouverte sur tout ce qui peut contribuer à enlever des obstacles et des embûches dans la construction de cette difficile mise en réseau.

Enfin, nous ne savons pas quels mots utiliser pour dire **MERCI** à tous les staffs du PNLS. De mars 2020 à date, ils ont su trouver de nouvelles méthodes de travail (visioconférence, réseaux sociaux) et de rencontres de coordination en présentiel en petit nombre et en respectant les méthodes barrières et de distanciation pour maintenir une communication sans faille avec les partenaires de mise en oeuvre et les prestataires sur les patients en interruption de traitement, la performance des partenaires de mise en oeuvre, l'adhérence au traitement, la prise en charge des contacts des patients index, la PrEP, l'auto dépistage assisté, la relance communautaire, la qualité des données, l'utilisation de SALVH, la revitalisation des associations de PVVIH, l'éducation par les paires, la transition complète sur Dolutégravir et j'en passe.

Lorsque je regarde ce grand et bel ensemble partenarial avec tous ces guerriers de lumière, j'ose terminer mon propos dans ce 22^e numéro du bulletin du PNLS, en appropriant ce vers d'Antoine de Saint-Exupéry : « **Chacun est seul responsable de tous** ».

Solidarité mondiale, responsabilité partagée !

Ansanm, nap pran responsablite n pou sida kaba

Dr Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice CT/PNLS

1. Synthèse des publications scientifiques sur le VIH en Haïti au cours de l'année 2020¹

Chris Delcher¹, June Bae¹, Shannon Rich², Jacob Peace¹

¹ Institute for Pharmaceutical Outcomes and Policy, College of Pharmacy, University of Kentucky

² Department of Epidemiology, Colleges of Public Health and Health Professions and Medicine, University of Florida

The authors acknowledge Nick Anthony for assistance with graphics

1.1 Introduction

Pour ce numéro du Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti, nous résumons les recherches de l'année précédente sur les PVVIH en Haïti à l'approche de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2020.

1.2 Méthodes

Nous avons récupéré 50 articles de PubMed (pubmed.gov) pour des articles écrits en anglais en utilisant le terme de recherche [Haïti* ET (VIH OU « virus de l'immunodéficience humaine » OU Sida)] de décembre 2019 au 19 novembre 2020 (environ 1 an). Nous avons inclus des études portant sur des cohortes de personnes vivant avec le VIH en Haïti, des patients inscrits en Haïti à des études cliniques multi-pays et des études portant sur des populations à risque susceptibles de contracter le VIH en Haïti. Nous avons exclu les études sur les communautés haïtiennes tenues dans d'autres pays telles que, les protocoles d'étude, les perspectives et les articles d'opinion. L'examen final contient des résumés de 28 études. Nous les avons regroupés en thèmes pertinents lorsque c'était possible et avons résumé chaque document.

1.3 Résultats

Allorant et coll. 2020

Les auteurs ont créé un outil comparant la qualité des performances des soins par les points de prestation de services VIH/sida de la base de données iSanté en Haïti en utilisant le processus suivant de la mesure des soins (1-3) et de la continuité des soins (4-6) : 1) Le patient a commencé la thérapie aux ARV dans un délai d'1 mois suivant le diagnostic du VIH, 2) Patient à jour en ce qui concerne le test de charge virale, 3) Utilisation de la dispensation ARV pour plusieurs mois (MMS) par lignes directrices basées sur la définition de patients stables qui sont éligibles au MMS, 4) Le patient est revenu dans les 30 jours suivant la date prévue pour le renouvellement de la multithérapie,

¹ Cet article a été traduit en français par Ermane Robin, conseiller technique senior en soins et traitement. Le texte en anglais est disponible au niveau du PNLS.

5) Le patient est revenu dans les 30 jours suivant la date prévue de renouvellement de la multithérapie et 6) mois après le début de la multithérapie, 7) Le patient est revenu dans les 30 jours suivant la date prévue de remplissage de la multithérapie et 6 mois après le début de la multithérapie et de même que la patiente enceinte ou en post-partum au moment du début de la multithérapie.

Un score composite combinant ces mesures a été créé. Des méthodes statistiques avancées ont été utilisées pour éviter d'identifier trop de points de prestation de services comme étant plus ou moins performants par rapport à leurs pairs afin d'obtenir un nombre raisonnable de cibles cliniques pour l'amélioration de la qualité des soins. Les PPS (n=90) ne sont pas identifiés pour le lecteur, mais 1 à 8 PPS sont présentés graphiquement comme étant trop peu performants dans le panel de mesures. (Allorant et coll., 2020)

Deux études sur les professionnelles du sexe

Budhwani et coll. 2020

Les auteurs ont interrogé des professionnelles du sexe sur l'utilisation du préservatif avec différents types de partenaires parmi ceux qui travaillent à l'intérieur d'Haïti ou de la République dominicaine le long de la frontière des deux pays. Environ 81 % des PS travaillant du côté dominicain de la frontière utilisaient un condom chaque fois qu'ils avaient des rapports sexuels avec un client, comparativement à 38 % des PS du côté haïtien de la frontière (voir la figure 1 pour les articles supplémentaires de l'enquête). Les PS haïtiennes étaient plus défavorisées sur le plan socioéconomique et envoyaient plus fréquemment de l'argent à leurs familles en Haïti. Les auteurs émettent l'hypothèse de différences dues à des environnements différents, en Haïti et en République Dominicaine, tels que l'éducation sexuelle complète enseignée dans les écoles de la République Dominicaine. Cette étude comprenait des PS du fait que la population était très vulnérable au VIH, mais techniquement n'incluait pas les PS vivant avec le VIH. (Budhwani et al., 2020)

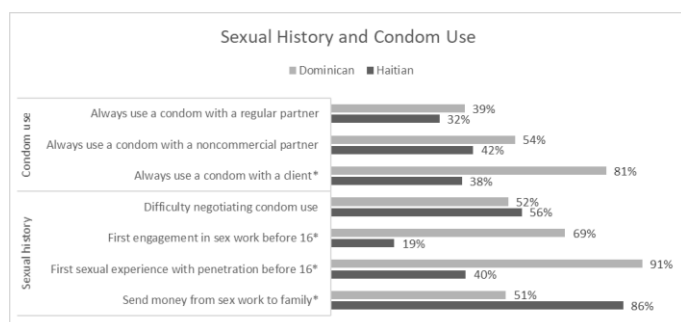


Figure 1. Reproduction par les auteurs des résultats du tableau 1 de Budhwani et coll. 2020.

Yam et. coll 2020

Il s'agissait d'une étude transversale sur la stigmatisation liée au VIH chez les HARSAH, les PS et les PVVIH d'origine haïtienne vivant dans la République Dominicaine. Les chercheurs ont utilisé une version modifiée de l'Indice normalisé de stigmatisation du VIH pour examiner la stigmatisation dans les établissements de soins de santé. Ils ont constaté que, bien que les PVVIH d'origine haïtienne aient les niveaux les plus bas de stigmatisation liée au VIH, ils avaient également les niveaux les plus bas de suppression virale. Ils ont attribué ces résultats à des obstacles juridiques et politiques empêchant les PVVIH d'origine haïtienne d'accéder aux soins de santé en République Dominicaine. (Yam et coll., 2020)

Deux études génétiques, l'une portant également sur les professionnelles du sexe

Currenti et coll., 2020

Cette étude a utilisé des informations génétiques provenant de 26 couples mère/enfant où le VIH a été transmis de la mère à l'enfant à partir de la clinique GHESKIO. L'objectif était d'examiner si les adaptations génétiques qui renforcent le virus en réduisant la réponse du système immunitaire (réponse des cellules T) chez la mère, étaient transmises à l'enfant. La plupart des adaptations semblent être transmises, mais peuvent « revenir » chez l'enfant. Même si le virus peut avoir été « pré-adapté » au système immunitaire de l'enfant vu les similitudes avec la mère, l'enfant peut encore présenter une réponse immunitaire ; mais peu de recherches sur cette réponse ont été menées. (Currenti et coll., 2020)

Jean-Louis et coll. 2020

Les auteurs ont visé cette étude pour explorer la prévalence et la dynamique de transmission des mutations résistantes au VIH chez les Haïtiens. Les participants éligibles, y compris les patients naïfs et expérimentés en traitement, ont été sélectionnés à Port-au-Prince, en Haïti, du 09/2018 au 07/2019. Les séquences VIH-1 ont été analysées au niveau des HARSAH, des PS et de leurs partenaires. Dans l'ensemble, on a constaté qu'il y avait une prévalence de 58,8 % de mutations pharmacorésistantes. Être un PS étant un prédicteur important dans le cadre de l'étude. (Jean-Louis et coll., 2020)

Franke et coll. 2020

Cette étude a examiné l'utilisation de la Bedaquiline et de la Delamanid pour remplacer la Rifampine résistante dans le traitement de la tuberculose MDR dans plusieurs pays qui comprenait 2 patients d'Haïti.

L'étude a examiné quand l'expectoration du patient séroconverti de TB+ à TB- après le traitement a commencé. L'étude était unique parce qu'elle comprenait des patients séropositifs qui sont généralement exclus de ces types d'études. Les patients vivant avec le VIH étaient moins susceptibles d'être TB négatifs que les patients sans VIH, 6 mois après le début du traitement. (Franke et coll., 2020)

Etudes de cas clinique

Fратиanni 2020

Il s'agit d'une étude de cas documentant une rare présentation de la tuberculose cutanée (peau) vu dans un service d'urgence aux Gonaïves, Haïti, en 2016. La patiente a été testée positive au VIH, mais même si elle a été transférée dans un établissement de Port-au-Prince, le traitement de multithérapie n'était pas disponible dans la ville à ce moment-là. L'étude a fourni une symptomatologie détaillée et des images cliniques. Nous notons que l'auteur signale à tort que 2,4 % de la population américaine est connue pour être séropositive. (Fратиanni, 2020)

Puttkammer et coll. 2020

Les auteurs ont mis en place un système d'alerte basé sur le DME dans 1 clinique du réseau de santé utilisant iSanté et comparé à un autre sans alerte. L'alerte consistait en une fenêtre particulière du DME déclenchée par un modèle de prédiction clinique axé sur les données qui permettrait d'identifier les patients à risque de ne pas prendre de médicaments de multithérapie (voir la figure 2). L'étude a examiné des mesures dans les cliniques telles que la proportion de patients présentant 1) suppression de CV, 2) jours couverts, et 3) >7 jours de retard pour le dernier renouvellement de la multithérapie. Il convient de noter le taux très élevé de patients manquant les résultats CV. Ils ont effectué des évaluations qualitatives pour comprendre l'acceptabilité de l'intervention chez les prestataires et les patients. Les patients aimaient connaître leur statut codé en couleur. L'intervention a semblé s'intéresser aux améliorations du nombre de patients présentant les VL supprimés et d'autres mesures de médicament. En ce qui concerne le nombre de tests de VL manquants, Rich et coll. 2020 ont constaté que 47 % (53 % disponibles) des patients identifiés à travers Haïti manquaient de résultats de charge virale malgré certaines preuves que la charge virale avait été effectuée. Le site de l'INTR dans cette étude avait des niveaux similaires de manque (44 %) mais le CNTR était beaucoup plus disponible (13% manquant). Rich et coll. fournissent également des détails comparatifs sur les patients avec et sans résultats VL en Haïti. (Puttkammer et coll., 2020)

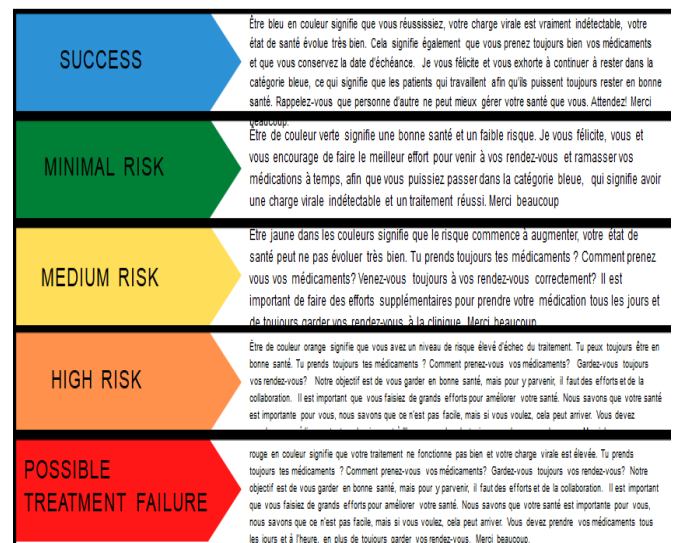


Figure 2.- Modification par l'auteur de messages d'alerte de Puttkammer et coll. 2020

Deux études sur la Thérapie à l'Isoniazide

Weinberg et coll. 2020

Cette étude ne concernait pas Haïti, mais l'échantillon global comprend 15 femmes enceintes d'Haïti vivant avec le VIH et sous multithérapie. Les auteurs ont examiné si les tests biologiques utilisés pour identifier l'infection tuberculeuse pendant la grossesse perdent leur capacité à détecter la tuberculose en raison de la fonction immunitaire supprimée et en présence d'une thérapie préventive à l'Isoniazide. La positivité de ce test est passée de 30 % (entrée) à 25 % (accouchement) et à 32 % (post-partum) ce qui démontre que certains patients tuberculeux positifs pourraient être oubliés pendant la grossesse. (Weinberg et coll., 2020)

Théron et coll. 2020

L'objectif de cette étude était de comparer l'innocuité de la thérapie préventive à l'isoniazide de départ chez les femmes vivant avec le VIH pendant la grossesse ou après l'accouchement. Les femmes enceintes vivant avec le VIH sous multithérapie en provenance de 8 pays où l'incidence de la tuberculose est élevée ont été assignées à l'initiation de 28 semaines de thérapie préventive à l'isoniazide pendant la grossesse ou à 12 semaines après l'accouchement. Les analyses statistiques ont déterminé que la mort fœtale, l'accouchement prématuré, le faible poids à la naissance ou les anomalies congénitales, et la mort néonatale à 7 et 28 jours étaient plus élevés chez les femmes en thérapie préventive à l'isoniazide immédiate que dans la thérapie préventive à l'isoniazide différée. (Théron et coll., 2020)

Puttkammer et coll. 2020

Il s'agissait d'une étude rétrospective de cohorte utilisant une approche à série temporelle interrompues pour évaluer la rétention de la multithérapie de six mois en vertu de trois lignes directrices différentes sur l'admissibilité à la multithérapie en Haïti : pré-option B+, option B+ (multithérapie universelle pour les femmes enceintes) et test et démarrage (multithérapie universelle pour tous les PVVIH). Les chercheurs ont signalé une baisse statistiquement significative de la rétention de la multithérapie après 6 mois, qui est passé de 78,4 % avant l'option B+ à 75,0 % pendant les essais et les démarrages. La multithérapie le jour même était liée à une probabilité réduite de 14 % de rétention de la multithérapie après 6 mois. Ces résultats suggèrent que des efforts visant à améliorer le counseling et le soutien du patient après l'initiation de la multithérapie sont nécessaires en Haïti, en particulier parmi ceux prescrits le jour même de la multithérapie, afin d'augmenter les niveaux de rétention de la multithérapie. (Puttkammer et coll., 2020)

Quatre études proviennent du réseau des Caraïbes, du Centre et de l'Amérique du Sud pour l'épidémiologie du VIH

Giganti et coll. 2019

Les auteurs ont évalué l'impact d'un audit de vérification des documents sources sur les écarts de déclaration dans neuf bases de données observationnelles sur le VIH du réseau des Caraïbes, du Centre et de l'Amérique du Sud pour l'épidémiologie du VIH (CCASAnet). Les variables ayant la plus forte proportion d'écarts étaient les dates des visites à la clinique et les diagnostics et les antécédents de VIH avant l'inscription. Les résultats indiquent que la vérification a permis d'améliorer la qualité des données au cours de la période d'étude. (Giganti et coll., 2019)

Lotspeich et coll. 2020

Cette étude a évalué l'efficacité des auto-vérifications par rapport aux voyages de vérifications afin de préserver l'intégrité des données observationnelles sur le VIH dans la cohorte CCASAnet. Les auteurs ont signalé des taux d'erreur similaires observés par les auto-vérificateurs et les voyageurs de vérification, ce qui donne à penser que les vérifications des déplacements pourraient être remplacées par des auto-vérifications dans certains contextes. (Lotspeich et coll., 2020).

Koenig et al. 2020

Cette étude porte sur la mortalité due à la tuberculose chez les PVVIH en Amérique latine ; y compris ceux d'Haïti. Les chercheurs ont comparé le temps à la mort chez les patients atteints de tuberculose et sans tuberculose à l'aide d'analyses statistiques.

Dans l'ensemble, il a été constaté que les patients atteints de tuberculose étaient plus susceptibles d'être des hommes, des hommes plus âgés, moins instruits, avec des comptes de CD4 inférieurs, et résidant en Haïti ou au Pérou. (Koenig et coll., 2020)

Belaunzaran-Zamudio et coll. 2020

Les auteurs ont mené une étude pour estimer la prévalence et l'incidence des maladies non transmissibles chez les personnes de 50 ans (stratifiées de moins de 50 ans au taux d'inscription) ou les personnes âgées recevant des soins pour le VIH en 2000-2015 dans six centres affiliés au CCASAnet (voir la figure 3). Les auteurs ont estimé la prévalence et l'incidence annuelles et globales des maladies cardiovasculaires comorbides ou multimorbides, du diabète, de l'hypertension, de la dyslipidémie, des troubles psychiatriques, des maladies chroniques du foie et des reins, et des cancers qui ne définissent pas le Sida. Les auteurs ont constaté que la prévalence annuelle globale des maladies non transmissibles a augmenté en 2000-2015, la moitié ou plus de chaque groupe ayant au moins une maladie non transmissible lors de la dernière visite. La maladie la plus commune à la dernière visite pour les deux groupes était la dyslipidémie, l'hypertension, les désordres psychiatriques, et le diabète. Dans l'ensemble, les auteurs identifient la nécessité de planifier la prestation de soins primaires complexes aux adultes vieillissants vivant avec le VIH. (Belaunzaran-Zamudio et coll., 2020)

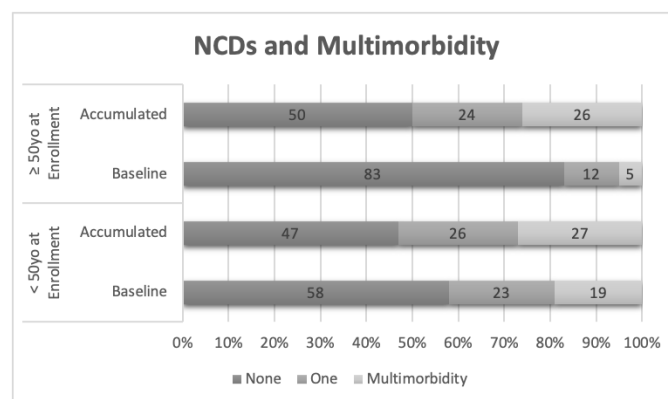


Figure 3. Modification par les auteurs des données de Belaunzaran-Zamudio et coll. 2020

Rich et. Coll. 2020

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective qui a évalué les déterminants de la suppression virale retardée chez les personnes nouvellement initiées à la thérapie par multithérapie en Haïti de 2013 à 2017. Les chercheurs ont analysé les données cliniques du système national de surveillance du VIH (SALVH) et ont constaté que près de 40 % de la population avait subi une suppression virale retardée.

Cette constatation est plus élevée que ce qui avait été estimé précédemment. Des chances plus élevées de suppression virale retardée ont été observées chez les jeunes PVVIH, ceux qui vivent dans le département de l'Ouest, avec des comptes de CD4 inférieurs à 200 cellules/mm³, et recevant de la Lamivudine (3TC), de la zidovudine (AZT) et de la Névirapine (NVP) des régimes combinés de multithérapie. Les auteurs ont également mis en évidence les problèmes liés à l'exhaustivité des données, ce qui a peut-être mené à un biais de sélection dans leur étude. (Rich et coll., 2020)

Hamilton et coll. 2020

Cette étude a étudié l'hétérogénéité géographique dans les comportements autoreportés de dépistage du VIH chez les hommes en Haïti à l'aide des données de l'Enquête démographique et sanitaire d'Haïti (EMMUS). Les auteurs ont indiqué que seulement 34 % des hommes interrogés ont déclaré avoir déjà testé pour le VIH dans le passé, ce qui était plus probable chez les hommes vivant dans les régions du Nord et du Sud que dans la région du Centre. La stigmatisation associée au VIH élevée et la mauvaise connaissance de la transmission du VIH ont été associées à une réduction des chances de dépistage. (Hamilton et coll., 2020)

Jean Louis et. coll 2020

Il s'agissait d'une étude transversale sur la prévalence de *Neisseria Gonorrhoeae* (NG) et *Chlamydia Trachomatis* (CT) chez les HARSAH vivant avec ou sans VIH en Haïti. Les chercheurs ont signalé une prévalence élevée de CT (11,1 %) et NG (16,2%) qui ont été associés à des niveaux d'éducation inférieurs. Les HARSAH vivant avec le VIH étaient beaucoup moins susceptibles d'être infectés par le CT que les HARSAH qui avaient un résultat négatif au test de dépistage du VIH. (Jean-Louis, et coll., 2020)

Wang et coll. 2020

Les auteurs ont mené une étude rétrospective de cohorte composée de 66 042 patients provenant de plus de la moitié des cliniques nationales de multithérapie (ARV) d'Haïti. Les tendances des tests de CV (Charge Virale) et de l'utilisation des régimes ARV de deuxième ligne ont été mesurées à l'aide des données du système de données électroniques iSanté. Les auteurs ont décrit l'état de test de CV des patients dans cinq catégories (aucun essai, supprimé, non soutenu suivi d'aucun essai, ré-supprimé, et échec confirmé). Pour les patients présentant l'échec confirmé, les auteurs ont rapporté le niveau d'adhérence aux ARV utilisant le pourcentage de jours que les patients ont eu le médicament en leur possession.

Des méthodes statistiques ont été utilisées pour estimer le nombre de commutateurs ARV de deuxième ligne qui se sont produits avec l'état d'essai de CV, avec une augmentation significative du taux de patients qui sont passés de la multithérapie de première à la deuxième ligne si leur test de CV confirmait une défaillance virologique pendant le traitement de première ligne. Dans l'ensemble, il a été constaté qu'Haïti a été en mesure d'élargir considérablement l'accès aux tests CV; toutefois, il existe encore des possibilités d'élargir les tests de confirmation afin de promouvoir des résultats positifs pour les patients, une forte observance de la multithérapie et un passage rapide à des régimes de deuxième ligne pour les patients atteints d'échec de la multithérapie malgré une forte observance de la multithérapie. (Wang et coll., 2020)

Rahill et coll., 2020

Les auteurs ont organisé des groupes de discussion avec des transfemmes et des transhommes de Cité Soleil d'Haïti qui ont offert leurs points de vue sur le bien-être global, les identités et les facteurs de protection et de risque liés au VIH. Pour les participants au groupe, il a été constaté que leur expression de genre était un facteur attribué à des agressions sexuelles récurrentes, humiliantes et intentionnellement préjudiciables contre les participants, augmentant globalement leur risque d'acquisition du VIH. En raison du manque de confidentialité et de la stigmatisation, les participants ont été empêchés d'accéder aux ressources disponibles sur le VIH. Les auteurs mentionnent que des programmes socio-comportementaux et de santé intégrés pour contester les inégalités existantes en matière de genre, tout en offrant une formation sur les droits de l'homme et la réduction du risque de VIH pour les minorités sexuelles et de genre haïtiennes, étaient nécessaires. (Rahill et coll., 2020)

Gupta et al. 2020

Les auteurs ont mené une étude transversale sur les cas de tuberculose MR chez les adultes et leurs contacts ménagers dans 8 pays où le fardeau de la tuberculose est élevé. Dans l'ensemble, on a constaté que chez les patients considérés comme présentant un risque élevé d'infection tuberculeuse, 6 % des patients de plus de 5 ans vivaient avec le VIH et 61 % étaient séronégatifs ou inconnus. (Gupta et coll., 2020)

Villalba et coll. 2020

Les auteurs visaient à analyser les différences entre les sexes dans l'association entre l'abus sexuel chez les enfants et la consommation d'alcool et d'autres drogues et les comportements à risque sexuel chez les Haïtiens vivant avec le VIH.

Les résultats ont montré que les participants qui ont subi des abus sexuels pendant l'enfance avaient augmenté les chances de consommation dangereuse par rapport à ceux qui ne le faisaient pas, tandis que la consommation de marijuana n'était associée que de façon significative chez les femmes. Les rapports sexuels non protégés étaient significativement associés aux hommes et aux femmes qui ont été victimes d'abus sexuels pendant l'enfance. Les auteurs notent que les résultats démontrent la nécessité de recherches futures pour mieux comprendre le rôle du genre dans la relation entre l'abus sexuel pendant l'enfance et les comportements à risque chez les personnes vivant avec le VIH. (Villalba et coll., 2020)

Deux études du système national de surveillance (SALVH)

Delcher et coll. 2020

Le but de cet article était de décrire le développement de SALVH, les contributions clés à la santé de la population, les menaces opérationnelles émergentes et les orientations futures. Les auteurs décrivent la surveillance fondée sur des cas et l'expansion de SALVH au cours de la décennie d'Haïti se remettant du tremblement de terre massif de 2010. De plus, l'auteur décrit les menaces actuelles à la surveillance fondée sur les cas (EC) et à la SALVH, y compris les réductions de financement, les logiciels, le matériel et l'infrastructure des composantes de dotation. L'auteur mentionne de nouvelles orientations qui incluent les progrès technologiques liés à SALVH et conclut en réitérant l'importance de la collecte des données VIH en Haïti. (Delcher et coll., 2020)

Delcher et coll. 2020

Les auteurs ont évalué l'impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010 sur les cas de VIH de la SALVH et ont évalué les caractéristiques des personnes vivant avec le VIH un an avant et après le tremblement de terre.

Le tremblement de terre a été associé à une baisse immédiate et statistiquement significative de 31,4, 29,9 et 32,2 % du nombre mensuel de cas pour les trois réseaux cliniques – iSanté, GHESKIO, Zanmi Lasanté, respectivement. La zone sismique 8 (sévère) a été la seule zone à connaître une baisse statistiquement significative de 45,5 % dans le nombre mensuel de cas. Bien que l'expérience des déclinés de chaque réseau clinique ait été substantielle, elles n'ont pas été catastrophiques. En 2012, les rapports de cas de SALVH avaient largement dépassé les niveaux d'avant le séisme; une augmentation non comptabilisée par l'ouverture de nouvelles cliniques après le séisme. (Delcher, et coll., 2020)

Fène et al. 2020

Cette étude a étudié l'ampleur et la répartition des principales causes de décès, d'invalidité et de facteurs de risque en Haïti pour la période 1990-2017. L'analyse a été basée sur les données publiques de l'étude Global Burden of Disease (GBD = Charge Mondiale de Morbidité) 2017. Bien que les causes des années de vie ajustées en fonction de l'invalidité (DALY = Disability Adjusted Life-Year) du VIH/Sida aient diminué de 0 à 15 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, le VIH/Sida était toujours la principale cause et la deuxième cause de DALY chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans en Haïti en 2017, respectivement. (Fène et coll., 2020)

Conserve et al. 2020

Le but de cette étude était d'évaluer les perspectives des femmes vivant avec le VIH (FVVIH), leurs partenaires masculins et les professionnels de la santé sur les avantages et les inconvénients perçus de l'autodépistage du VIH (HIVST), et les recommandations pour la mise en œuvre du VIHST en Haïti, en mettant l'accent sur la distribution secondaire du VIHST aux hommes par FVVIH. Des entrevues avec des informateurs clés (n = 16) et des groupes de discussion (n = 9) ont été menées en 2017 en Haïti. Les participants aux groupes de discussion étaient des travailleurs de la santé (n = 44), des clients de l'option B+ (femmes) (n = 31) et des partenaires masculins (n = 13) de femmes enceintes ou en post-partum vivant avec ou sans VIH recevant des services dans deux hôpitaux départementaux de Port-au-Prince et de Cap-Haïtien. L'avantage perçu du VIHST comprenait une augmentation du nombre de personnes qui apprendraient leur séropositivité et commenceraient le traitement.

Les inconvénients perçus étaient le manque de soutien pour s'assurer que les personnes ayant dépistées VIH+ par l'auto-test commencent le traitement, l'incertitude au sujet de la réaction du partenaire masculin, le risque de violence envers les femmes qui livrent des trousse de VIHST après avoir reçu une trousse HIVST d'une femme, et l'incapacité des femmes de conseiller un homme lorsque son résultat d'autotest est positif. Conserve et coll., 2020)

Richterman et al. 2020

Cette étude, rapportent les facteurs de risque de mortalité pendant le suivi à long terme au cours de la dernière décennie dans une cohorte rurale haïtienne de personnes vivant avec le VIH qui sont en soins et reçoivent un traitement antirétroviral (ARV).

Cette étude observationnelle portant sur 464 adultes atteints du VIH recevant une multithérapie dans les régions rurales d'Haïti est l'un des rares facteurs de déclaration associés à la mortalité par rapport au suivi à long terme dans un milieu à faible revenu. Avec < de 10 % de perte globale de suivi, un quart des participants sont décédés avec un temps de suivi médian global de près de 6 ans. Les résultats simultanés d'une mortalité élevée et d'une rétention clinique élevée chez les personnes vivant avec le VIH sous multithérapie dans les régions rurales d'Haïti suggèrent que le suivi clinique régulier et la fourniture de multithérapie sont insuffisants pour prévenir les mauvais résultats en particulier dans les milieux appauvris. (Richterman et coll., 2020)

Ramaiya et al. 2020

Cette étude de méthodes mixtes a utilisé des données d'auto-rapportage et d'observation pour étudier les relations entre la communication patient-prestataire (CPP) et l'information, la motivation et les compétences comportementales (IMB) parmi 128 patients initiant le TAR en Haïti. CPP efficace peut avoir des impacts en aval sur l'adhésion à la multithérapie dans le contexte haïtien, en partie en générant des améliorations dans la construction de système d'information, de motivation et de comportement chez les patients. Une majorité de participants (57%) a convenu que les médecins considéraient les besoins des patients lorsqu'ils recommandaient des médicaments contre le VIH, ce qui pourrait renforcer l'observance de la multithérapie en augmentant la motivation des patients. (Ramaiya et coll., 2020)

Références

1. Allorant, A., Parrish, C., Desforges, G., Robin, E., Honore, J.G., Puttkammer, N., 2020. Closing the gap in implementation of HIV clinical guidelines in a low resource setting using electronic medical records. BMC Health Serv. Res. 20, 804. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05613-8>
2. Belaunzaran-Zamudio, P.F., Caro-Vega, Y., Giganti, M.J., Castilho, J.L., Crabtree-Ramirez, B.E., Shepherd, B.E., Mejía, F., Cesar, C., Moreira, R.C., Wolff, M., Pape, J.W., Padgett, D., McGowan, C.C., Sierra-Madero, J.G., Caribbean, Central and South American network for HIV epidemiology (CCASAnet), 2020. Frequency of non-communicable diseases in people 50 years of age and older receiving HIV care in Latin America. PloS One 15, e0233965. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233965>
3. Budhwani, H., Hearld, K.R., Hasbún, J., Franklin, S.G., Vashi, B.G., Cataldo, N.A., Conserve, D.F., Waters, J., 2020. Assessing Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevention Through Knowledge and Condom Use Among Female Sex Workers at the Border of Haiti and Dominican Republic. AIDS Patient Care STDs 34, 477–483. <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0148>
4. Conserve, D.F., Michel, J., Adrien Demes, J.E., Chéry, J.M., Balan, J.-G., Choko, A.T., François, K., Puttkammer, N., 2020. Local and national stakeholders' perceptions towards implementing and scaling up HIV self-testing and secondary distribution of HIV self-testing by Option B+ patients as an assisted partner service strategy to reach men in Haiti. PloS One 15, e0233606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233606>
5. Currenti, J., Chopra, A., John, M., Leary, S., McKinnon, E., Alves, E., Pilkinton, M., Smith, R., Barnett, L., McDonnell, W.J., Lucas, M., Noel, F., Mallal, S., Conrad, J.A., Kalams, S.A., Gaudieri, S., 2019. Deep sequence analysis of HIV adaptation following vertical transmission reveals the impact of immune pressure on the evolution of HIV. PLoS Pathog. 15, e1008177. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008177>
6. Delcher, C., Bae, J., Rich, S.N., Klann, E.M., Puttkammer, N., Joseph, N., 2020a. Impact of the 12 January 2010 earthquake on HIV case reporting in Haiti: AIDS 34, 777–782. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002466>
7. Delcher, C., Robin, E., Pierre, D.M., 2020b. Haiti's HIV Surveillance System: Past, Present, and Future. Am. J. Trop. Med. Hyg. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0004>

8. Fene, F., Ríos-Blancas, M.J., Lachaud, J., Razo, C., Lamadrid-Figueroa, H., Liu, M., Michel, J., Thermidor, R., Lozano, R., 2020. Life expectancy, death, and disability in Haiti, 1990-2017: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *Rev. Panam. Salud Publica Pan Am. J. Public Health* 44, e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.136>
9. Franke, M.F., Khan, P., Hewison, C., Khan, U., Huerga, H., Seung, K.J., Rich, M.L., Zarli, K., Samieva, N., Oyewusi, L., Nair, P., Mudassar, M., Melikyan, N., Lenggogeni, P., Lecca, L., Kumsa, A., Khan, M., Islam, S., Hussein, K., Docteur, W., Chumburidze, N., Berikova, E., Atshemyan, H., Atwood, S., Alam, M., Ahmed, S., Bastard, M., Mitnick, C.D., endTB observational study team, 2020. Culture Conversion in Patients Treated with Bedaquiline and/or Delamanid: A Prospective Multi-country Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* <https://doi.org/10.1164/rccm.202001-0135OC>
10. Fratianni, C., 2020. Atypical Variant of Cutaneous Tuberculosis Presentation in an Adult HIV-Infected Patient in an Emergency Department in Haiti. *Adv. Emerg. Nurs. J.* 42, 37–47. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000287>
11. Giganti, M.J., Shepherd, B.E., Caro-Vega, Y., Luz, P.M., Rebeiro, P.F., Maia, M., Julmiste, G., Cortes, C., McGowan, C.C., Duda, S.N., 2019. The impact of data quality and source data verification on epidemiologic inference: a practical application using HIV observational data. *BMC Public Health* 19, 1748. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8105-2>
12. Gupta, A., Swindells, S., Kim, S., Hughes, M.D., Naini, L., Wu, X., Dawson, R., Mave, V., Sanchez, J., Mendoza, A., Gonzales, P., Kumarasamy, N., Comins, K., Conradie, F., Shenje, J., Fontain, S.N., Garcia-Prats, A., Asmelash, A., Nedsuwan, S., Mohapi, L., Lalloo, U.G., Ferreira, A.C.G., Mugah, C., Harrington, M., Jones, L., Cox, S.R., Smith, B., Shah, N.S., Hesselting, A.C., Churchyard, G., 2020. Feasibility of Identifying Household Contacts of Rifampin- and Multidrug-resistant Tuberculosis Cases at High Risk of Progression to Tuberculosis Disease. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* 70, 425–435. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz235>
13. Hamilton, A., Haider, M.R., Brown, M.J., Conserve, D.F., Li, X., 2020. Regional differences of self-reported HIV testing among men in Haiti: an analysis of the 2016-2017 Demographic and Health Survey. *AIDS Care* 1–5. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1801983>
14. Jean Louis, F., Domercant, J.W., Ignacio, C., Gianella, S., Galbaud, G., Leonard, M., Smith, D.M., Chaillon, A., 2020. High Prevalence of HIV-1 Drug Resistance and Dynamics of Transmission Among High-Risk Populations in Port-au-Prince, Haiti. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1999 85, 416–422. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002475>
15. Koenig, S.P., Kim, A., Shepherd, B.E., Cesar, C., Veloso, V., Cortes, C.P., Padgett, D., Crabtree-Ramírez, B., Gotuzzo, E., McGowan, C.C., Sterling, T.R., Pape, J.W., 2020. Increased Mortality After Tuberculosis Treatment Completion in Persons Living With Human Immunodeficiency Virus in Latin America. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* 71, 215–217. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz1032>
16. Lotspeich, S.C., Giganti, M.J., Maia, M., Vieira, R., Machado, D.M., Succi, R.C., Ribeiro, S., Pereira, M.S., Rodriguez, M.F., Julmiste, G., Luque, M.T., Caro-Vega, Y., Mejia, F., Shepherd, B.E., McGowan, C.C., Duda, S.N., 2020. Self-audits as alternatives to travel-audits for improving data quality in the Caribbean, Central and South America network for HIV epidemiology. *J. Clin. Transl. Sci.* 4, 125–132. <https://doi.org/10.1017/cts.2019.442>
17. Puttkammer, N., Parrish, C., Desir, Y., Hyppolite, N., Wagenaar, B.H., Joseph, N., Hall, L., Honoré, J.G., Robin, E., Perrin, G., François, K., 2020a. Toward Universal HIV Treatment in Haiti: Time Trends in ART Retention After Expanded ART Eligibility in a National Cohort From 2011 to 2017. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1999 84, 153–161. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002329>
18. Puttkammer, N., Simoni, J.M., Sandifer, T., Chéry, J.M., Dervis, W., Balan, J.G., Dubé, J.G., Calixte, G., Robin, E., François, K., Casey, C., Wilson, I., Honoré, J.G., 2020b. An EMR-Based Alert with Brief Provider-Led ART Adherence Counseling: Promising Results of the InfoPlus Adherence Pilot Study Among Haitian Adults with HIV Initiating ART. *AIDS Behav.* 24, 3320–3336. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02945-8>
19. Rahill, G.J., Joshi, M., Galea, J., Ollis, J., 2020. Experiences of sexual and gender minorities in an urban enclave of Haiti: despised, beaten, stoned, stabbed, shot and raped. *Cult. Health Sex.* 22, 690–704. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1628305>
20. Ramaiya, M.K., Haight, E., Simoni, J.M., Chéry, J.M., Dervis, W., Genna, W., Dubé, J.G., Calixte, G., Balan, J.G., Honoré, J.G., Puttkammer, N., 2020. Patient-Provider Communication and Information, Motivation, and Behavioral Skills in HIV-Positive Adults Initiating Antiretroviral Therapy in Haiti. *J. Int. Assoc. Provid. AIDS Care* 19, 2325958220952631. <https://doi.org/10.1177/2325958220952631>

21. Rich, S.N., Cook, R.L., Yaghjian, L., Francois, K., Puttkammer, N., Robin, E., Bae, J., Joseph, N., Pessoa-Brandão, L., Delcher, C., 2020. Risk factors for delayed viral suppression on first-line antiretroviral therapy among persons living with HIV in Haiti, 2013–2017. *PLOS ONE* 15, e0240817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240817>
22. Richterman, A., Leandre, F., Jerome, J.G., Tsai, A.C., Ivers, L.C., 2020. Mortality Over Long-term Follow-up for People With HIV Receiving Longitudinal Care and Antiretroviral Therapy in Rural Haiti. *Open Forum Infect. Dis.* 7, ofaa328. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa328>
23. Theron, G., Montepiedra, G., Aaron, L., McCarthy, K., Nahida, C., Jean-Philippe, P., Zimmer, B., James Loftis, A., Chipato, T., Nematadzira, T., Nyati, M., Onyango-Makumbi, C., Masheto, G., Ngocho, J., Tongprasert, F., Patil, S., Lespinasse, D., Weinberg, A., Gupta, A., IMPAACT P1078 TB APPRISE Study Team, 2020. Individual and Composite Adverse Pregnancy Outcomes in a Randomized Trial on Isoniazid Preventative Therapy Among Women Living With HIV. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1482>
24. Villalba, K., Attonito, J., Jean-Gilles, M., Rosenberg, R., Sanchez, M., Devieux, J., 2020. The Effects of Childhood Sexual Abuse: The Role of Anxiety and Alcohol Use among Haitian Women Living with HIV. *J. Child Sex. Abuse* 29, 788–801. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801939>
25. Wang, Y., Barnhart, S., Francois, K., Robin, E., Kalou, M., Perrin, G., Hall, L., Koama, J.B., Marinho, E., Balan, J.G., Honoré, J.G., Puttkammer, N., 2020. Expanded access to viral load testing and use of second line regimens in Haiti: time trends from 2010-2017. *BMC Infect. Dis.* 20, 283. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-04978-9>
26. Weinberg, A., Aaron, L., Montepiedra, G., Sterling, T.R., Browning, R., Mmbaga, B., Vhembo, T., Naik, S., Kabugho, E., Masheto, G., Pahwa, S., Mathad, J.S., LaCourse, S.M., McCarthy, K., Bradford, S., Theron, G., Costello, D., Zimmer, B., Pierre, M.F., Gausi, K., Denti, P., Haas, D.W., Gupta, A., IMPAACT P1078 study team, 2020. Effects of Pregnancy and Isoniazid Preventive Therapy on M. tuberculosis Interferon Gamma Response Assays in Women with HIV. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1083>
27. Yam, E.A., Pulerwitz, J., Almonte, D., García, F., Del Valle, A., Colom, A., McClair, T.L., Dolores, Y., 2020. Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers. *AIDS Lond. Engl.* 34 Suppl 1, S43–S52. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002642>



2. Profil des Patients en Interruption de Traitement Antirétroviral au cours de la période octobre 2019 à septembre 2020

Gracia Desforges, Daniella Pierre, Jean René Dorfils et Verlainne Marcellus²

2.1 Introduction

La rétention de patients sous TAR à 12 mois est le talon d'Achille du Programme de lutte contre les IST/VIH/Sida. Elle est l'un des outcomes qui est suivi par toutes les parties prenantes du Programme (PTF et PI) et elle a fait et fait toujours l'objet de nombreuses rencontres de coordination et d'analyse de données et de la performance du Programme à un rythme fréquent qui traduit le niveau d'importance et de priorité accordé à ce défi. Selon les résultats des enquêtes³ réalisées par PNLS sur la rétention sous TAR entre 2009 et 2018 au niveau des cohortes des années précédant à la réalisation de ces enquêtes, le taux de rétention à 12 mois a oscillé entre 68 et 75 %. Si les premières études ont été conduites sur des échantillons petits et non probabilistes, mais, cependant, à partir de 2012, tous les échantillons ont été constitués au hasard et concernaient le Programme dans son ensemble. L'enquête de rétention s'intéressant aux cohortes de 2018 et 2019 est actuellement tout au début de sa mise en œuvre.

Le Programme haïtien de lutte contre le VIH a un plan stratégique pour la période 2018 à 2023 qui fixe les grandes orientations, les interventions à mettre en œuvre et les cibles à atteindre par priorité et effets attendus. La couverture sous ARV (nombre de patients actifs / nombre de PVVIH estimés) est de $(119\,700^4 / 160\,000^5)$ 74,81% au 30 septembre 2020.

Il reste encore 3 mois pour que l'année 2020 s'achève et nous doutons fort que le Programme pourra atteindre la cible de 84,0% de la rétention sous TAR prévue dans le PSNM pour 2020.

2.2 SALVH base de données supportant la rédaction de cet article

Nous profitons de notre article pour présenter brièvement SALVH. Le MSPP maintient un système national de surveillance des cas de VIH appelé : Surveillance active et longitudinale du VIH en Haïti) ou SALVH. Il sert à utiliser les différentes sources de données existantes en VIH, les 3 EMR (I-santé, GHESKIO et PIH), pour créer une base de données nationale qui est nettoyée et dédoublée régulièrement. SALVH facilite l'analyse des données pour les projections épidémiologiques et la production de cascades de soins. Elle peut fournir des liaisons de données fonctionnelles à d'autres systèmes complémentaires d'information sur la santé tels que la surveillance active de la femme enceinte, un système de liaison des soins aux patients, le PLR, et aussi un système de liaison des patients index pour la recherche de leurs contacts, la PCPI ou Partner services.

Ainsi, SALVH reçoit des données en provenance : des rapports de cas de VIH soumis électroniquement par les sites de dépistage du VIH via MESI ; des données électroniques du rapport de cas et des données cliniques longitudinales provenant des trois systèmes EMR du pays en VIH. Les données sont regroupées dans un référentiel central, où elles sont normalisées selon les besoins des partenaires. Les données de l'ensemble de données SALVH sont visualisées à l'aide d'un tableau de bord en ligne, accessible au personnel du MSPP et d'autres personnes autorisées (PTF et PI). C'est une plateforme d'analyse permettant de créer des tableaux et des graphes en fonction de la demande. Le flux de données SALVH, y compris les entrées, les sorties et les liens vers des systèmes connexes, est décrit dans cette figure :

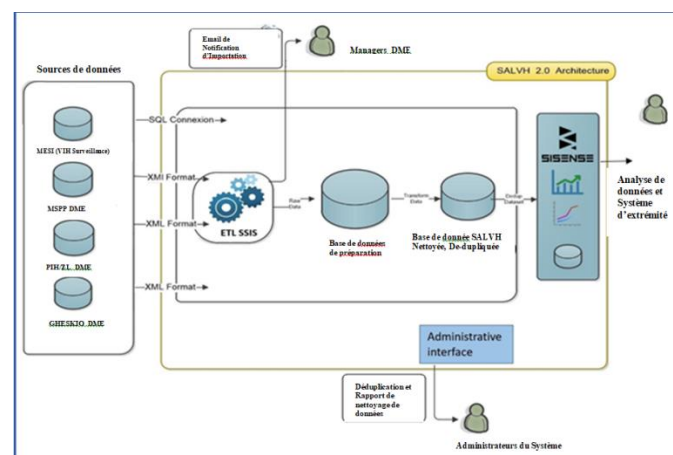


Figure 1.- Architecture de SALVH, Haïti 2020

² Tous les auteurs de cet article travaillent à UCMIT-PNLS : Gracia Desforges est conseiller technique senior en suivi évaluation, Daniella Pierre chef de service du service d'analyse et de suivi des interventions ciblées, Jean René Dorfils officier gestionnaire de SALVH et Verlainne Marcellus officier adjoint PLR. Les auteurs remercient Carl-Hens Fièvre de SOLUTIONS SA qui a préparé tous les tableaux et graphes à partir de SALVH et les a exportés via sisense sur le tableau de bord du MSPP.

³ La plupart de ces études peuvent être retrouvées sur le site web du MSPP : www.mspp.gouv.ht ; surtout celles réalisées par PNLS à partir de 2014. Celles antérieures à cette année n'ont pas été l'objet de publications, mais elles sont disponibles au niveau du PNLS.

⁴ Donnée retrouvée sur www.mesi.ht le 18 novembre 2020.

⁵

Le fonctionnement de SALVH est un processus éminemment collaboratif. Les partenaires clés de ce programme sont: le MSPP-UCMIT-PNLS qui possède et supervise le système; CDC Haïti, qui finance le projet et apporte une contribution technique et aussi une supervision; SOLUTIONS SA, le principal partenaire informatique de gestion de la base ; CHARESS, GHESKIO et PIH : les organisations qui administrent les trois EMR. Ces organisations ont chacune un rôle important à jouer dans la surveillance du système et l'assurance qualité.

Pour chaque EMR soumettant des données à SALVH, les performances seront surveillées au niveau de trois composantes de la qualité des données : la promptitude, la complétude et la validité. Le respect des délais est surveillé pour suivre la fréquence à laquelle les données sont transférées à SALVH en temps opportun, et pour mesurer le respect du calendrier de traitement des données du DME. La complétude permet de suivre la proportion de variables attendues qui sont rapportées ou omises, et de contrôler si les données proviennent de tous les sites cliniques s'occupant de patients infectés par le VIH. La validité est mesurée pour déterminer la proportion de variables qui sont déclarées en utilisant le bon format et qui contiennent des valeurs de données appropriées.

2.3 Patients en Interruption de Traitement comme goulot d'étranglement du Programme

Toutes Les études de rétention citées à l'introduction ont démontré que la principale cause d'attrition est représentée par les patients en interruption de traitement, anciennement appelés perdus de vue sous TAR. Le taux d'attrition varie de 25 à 30% et de ce taux, les perdus de vue en représentent plus de 85%; les 15% restants concernent pour les décès et les arrêts. Les patients en interruption de traitement restent un problème majeur du Programme. Plusieurs études qualitatives ont été réalisées depuis 2015 et la plus récente⁶ parue en 2020 a abordé le sujet sous l'angle des meilleures pratiques de rétention qui pourraient être fertilisées et pollennisées à des fins de réduction de la perte de vue sous TAR.

En 2019, sous l'impulsion des CDC, le renouveau du Programme a été lancé. Ce stimulant a fait prendre conscience à tous de l'envergure de ce problème et de ses enjeux. PLR, une des stratégies clés dans la recherche de perdus de vue sous TAR a été élargie vers le milieu de l'exercice fiscal passé. GU, un nouveau partenaire, a démarré avec de nouvelles interventions ciblant surtout les perdus de vue de plus de 12 mois sur une aire limitée.

⁶ PNLS. Enquête 2018 sous thérapie antirétrovirale. Mai 2020. Bonnes pratiques de rétention à la page 46.

Nous espérons qu'au cours de l'exercice prochain, ces nouvelles interventions s'étendront sur tout le territoire national et en impliquant activement toutes les associations de PVVIH, mais aussi les DSD. Au moment où nous écrivons cet article, la Coordinatrice vient de faire paraître une circulaire sur la gestion des perdus de vue (faux perdu de vue et traçabilité des patients).

Dans le présent article, nous sommes intéressés par les PIT d'octobre 2019 à septembre 2020 sur toute l'étendue du territoire national et nous comptons décrire leurs caractéristiques en fonction de variables prédéfinis dans SALVH. Nous répondrons à la question : qui sont-ils et essayerons de proposer des actions permettant de mieux apprécier cette problématique et d'intervenir là où nous pensons qu'elle se pose avec beaucoup d'acuité. La source de toutes les données présentées dans le développement de cet article est SALVH.

L'ensemble des tableaux et des graphes peut être retrouvé sur le dashboard du MSPP pour ceux qui ont le mot de passe à ce lien :

<http://salvh.mspp.gouv.ht/app/main#/dashboards/5fb2c25d42e42fb038000018>

2.4 Un défi qui perdure tout au cours de l'exercice octobre 2019 – septembre 2020

Dans le cadre de notre article, nous retenons comme définition de situation de patient en interruption de traitement (PIT): un patient sous TAR et qui n'est pas venu récupérer ses molécules 30 jours après la date de son rendez-vous. Au cours de l'exercice fiscal le total des nouveaux PIT au moins une fois est de 47 856 patients. Cette donnée n'est pas un cumul. Ce sont des patients uniques, car SALVH permet de travailler sur des données individualisées après les avoir filtrées par un mécanisme éprouvé, rigoureux, standardisé et sur lequel des articles scientifiques ont été publiés^{7,8,9}. De ces patients nouveaux PIT, certains peuvent se retrouver plus d'une fois en situation de PIT; le total n'étant pas un cumul. Le « k » dans la présentation de toutes les données ci-dessous représente millier, par exemple pour le mois d'octobre 2019, il y a eu 6 420 patients qui se sont retrouvés nouveaux perdus de vue.

⁷ Delcher, C., Bae, J., Rich, S.N., Klann, E.M., Puttkammer, N., Joseph, N., 2020a. Impact of the 12 January 2010 earthquake on HIV case reporting in Haiti: AIDS 34, 777–782. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002466>

⁸ Delcher, C., Bae, J., Rich, S.N., Klann, E.M., Puttkammer, N., Joseph, N., 2020a. Impact of the 12 January 2010 earthquake on HIV case reporting in Haiti: AIDS 34, 777–782. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002466>

⁹ Delcher, C., Robin, E., Pierre, D.M., 2020b. Haiti's HIV Surveillance System: Past, Present, and Future. Am. J. Trop. Med. Hyg. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0004>

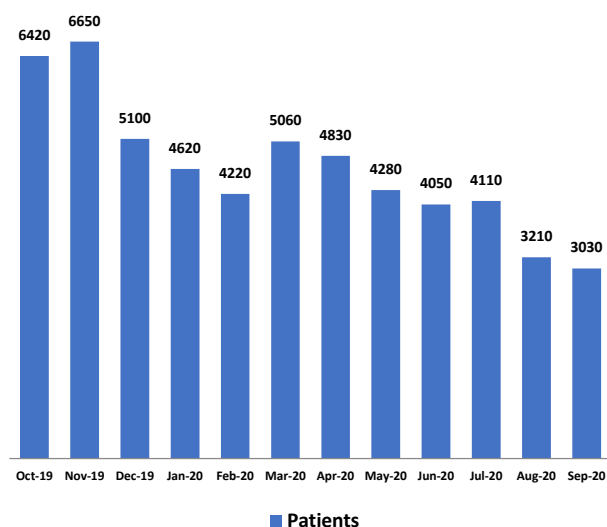
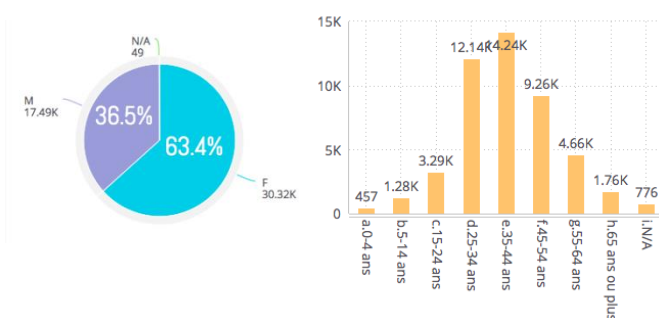


Figure 2. Distribution des nouveaux patients en interruption de traitement. Octobre 2019 – septembre 2020. SALVH-MSPP

Nous attirons l'attention des décideurs et des planificateurs au niveau des PI et des points de prestation de service VIH/sida que les mois octobre et novembre sont les mois où cette situation a dépassé la barre des 6 000. Les mois décembre 2019 et mars 2020, cette situation est restée à un niveau élevé supérieur à 5 000. La rentrée scolaire, les fêtes de fin d'année et les festivités carnavalesques semblent être des périodes de l'année à risque où le nombre de PIT pourrait augmenter.

Les femmes représentent 63,4% et les hommes 36,5% : environ un ratio de 2 femmes par 1 homme. Ce ratio semble être un paradoxe, car nous attendions à ce qu'il y ait plus d'hommes PIT que de femmes par rapport à l'utilisation des services de santé¹⁰.



Graph 3. La figure de gauche contient la répartition par sexe et celle de droite par groupe d'âge. Octobre 2019 – septembre 2020. SALVH-MSPP

Le groupe d'âge 35 – 44 ans représente celui qui est plus susceptible de se retrouver dans des situations de perdu de vue. Les 2 autres groupes d'âge à problème majeur se retrouvent dans les tranches d'âge réparties comme suit : celui de gauche (25 – 34) avec 12 140 perdus de vue et à droite (45 – 54) avec 9 260. On retrouve 420 enfants de 0 – 4 ans et des adolescents de 5 – 14 ans. Nous pensons que le groupe 0 – 4 ans est symptomatique d'un malaise qui pourrait être en lien avec la PTME.

2.5 Des départements et des partenaires de mise en œuvre à être en état d'alerte

Le département de l'Ouest représente, à lui seul, la charge la plus élevée de ce problème. 1 PIT sur 2 a utilisé les services de santé d'un des points de prestation de service de ce département.

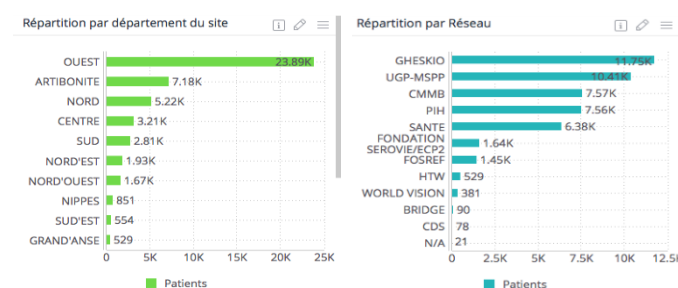


Figure 3. La figure de gauche représente la répartition des patients en interruption de traitement par département et celle de droite la répartition par partenaires de mise en œuvre. Octobre 2019 – septembre 2020. SALVH-MSPP

En importance, et de loin derrière le département de l'Ouest, arrivent l'Artibonite (15%), le Nord (10%) et le Centre (6%).

Ce sont des informations qui se répètent et que l'on ignore. Nous pensons, fort souvent, que nos actions et les allocations de ressources ne tiennent pas compte de ces réalités.

Tous les partenaires de mise en œuvre ont des PIT. Mais, 5 PI sur les 11, se détachent de l'ensemble et constituent à eux seuls, 91% de la problématique de PIT en Haïti. GHEKIO représente (24,5%), UGP (21,7%), CMMB (15,8%), PIH (15,7%) et SANTÉ (13,3%).

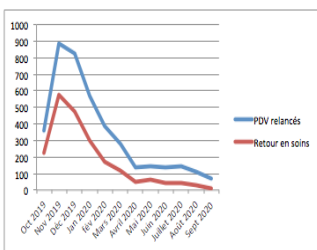
2.6 Résultats obtenus par des interventions du Programme sur la situation des Patients en Interruption de Traitement

Les résultats par Le Programme haïtien de Lutte contre le VIH, c'est-à-dire l'ensemble des parties prenantes qui réalisent des interventions et activités en VIH/sida, ne nous semblent pas être à la hauteur des défis posés par cette problématique des PIT, en fonction des résultats obtenus au cours de la période octobre 2019 – septembre 2020, surtout à partir de janvier 2020.

¹⁰ Hulka B S. Wheat J R. Patterns of utilization. The patient perspective. MEDICAL CARE, May 1985. Vol 23, No 5.

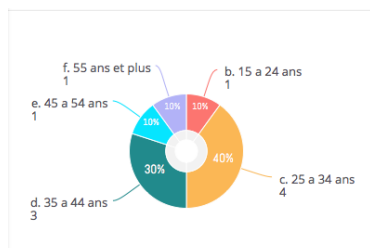
Tableau 1. Répartition du nombre de patients en interruption de traitement relancés et des retours dans le continuum de soins. Octobre 2019 – septembre 2020. SALVH-MSPP.

Mois	PDV relancés	Retour en soins	% retour
Oct 2019	360	224	62%
Nov 2019	885	572	65%
Déc 2019	824	471	57%
Jan 2020	570	296	52%
fév 2020	384	169	44%
Mars 2020	279	116	42%
Avril 2020	137	47	34%
Mai 2020	143	60	42%
Juin 2020	140	45	32%
Juillet 2020	147	40	27%
août 2020	110	27	25%
Sept 2020	69	10	14%



Il nous paraît évident que les différents intervenants font un maximum d'interventions liées à la relance des PIT au cours des 4 premiers mois de l'exercice fiscal octobre 2019 – septembre 2020. Passé cette période, nous assistons à une diminution de la relance.

La majorité des patients qui reviennent dans les soins se retrouvent dans la tranche d'âge des 25 – 34 ans. Les 35 – 44 ans viennent en 2^e position (30%). Les autres groupes sont scorés 10%.



Par conséquent, en lieu et place des relances de routine, beaucoup de patients ont été approvisionnés, ce qui explique que nous n'avons pas eu une augmentation spectaculaire des PIT au cours de cet exercice particulier.

Fort de ce constat, nous pouvons envisager d'analyser à posteriori entre les stratégies suscitées et l'évènement « interruption de traitement » au cours de cette période pour mieux cerner les résultats.

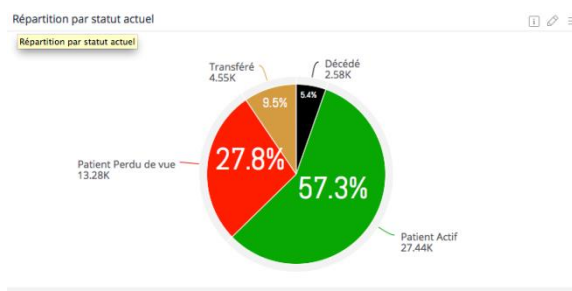


Figure 4. Répartition du statut actuel des patients en interruption de traitement. Octobre 2019 - Septembre 2020. SALVH-MSPP

Le nombre de PIT reste très élevé à la date du 30 septembre, soit 13 280 (27,8%). Les interventions du Programme paraissent insuffisantes au regard des réalisations de la relance indiquées dans le tableau 1.

Les mois de forte relance sont-ils une norme du Programme ? Le prochain bulletin qui sortira en juillet 2021 en analysant les données de ces 4 mois sur une période de 3 années fiscales tablera pour savoir si c'est une tendance ou une action ponctuelle qui a été réalisée sous l'influence d'une force quelconque.

2.8 Recommandations et perspectives

Nous aurions aimé voir tous les mois de l'exercice fiscal passé sur la relance avoir une allure similaire à celle des 4 premiers mois du début (se référer au tableau 1). L'aplatissement de la courbe pourrait-il signifier un relâchement ? Si c'est le cas, nous risquons d'avoir des lots élevés de PIT à relancer rapidement au début des exercices fiscaux suivants, de perdre des acquis et de consacrer beaucoup d'énergie sur des rattrapages dans des délais courts.

Nous devons poursuivre avec les rencontres mensuelles de PLR avec 5 PI en particulier : GHESKIO, UGP, CMMB, PIH et SANTÉ. GU pourrait nous aider à mieux cibler les correctifs à faire dans des délais courts pour anticiper l'occurrence de certaines situations de patient en interruption de traitement. Nous devons nous assurer de la présence de représentants d'associations de PVVIH à ces rencontres et de leur implication active dans la relance des PIT. Nous devons continuer à les accompagner.

¹¹ Trouble politique majeur en Haïti. Cette appellation est apparue en 2019.

Nous devons trouver les ressources indispensables à une implication et à la collaboration des DSD dans le suivi et la relance des patients en interruption de traitement au niveau de leur aire de desserte.

Nous devons continuer à réaliser à temps les enquêtes de rétention annuellement. Pour savoir véritablement où le bât blesse et nous devons profiter de leur réalisation pour inclure un aspect d'investigation en profondeur sur un déterminant estimé d'importance majeure. Nous devons corriger les erreurs du passé en partageant les résultats avec les PI, mais surtout trouver des formules appropriées pour adresser les manquements et les faiblesses dans le suivi du patient au sein du continuum de soins.

Nous pensons que l'application du système d'identification biométrique au niveau de tous les PPS et lors de la relance devrait aider à mieux cerner le profil des patients en interruption de traitement. Nous connaissons le département du PPS rapportant des données sur les PDV, mais nous n'en sommes pas encore arrivés à la connaissance exacte de la plupart des coordonnées du PIT qui nous permettraient de le relancer en temps réel par rapport à une occasion manquée (rendez-vous, DAC ou autres).

Nous soutenons l'initiative de la mise en réseau en PTME des institutions en cours d'exécution par l'UCMIT et la DSF au niveau des départements du Sud, de la Grande anse, des Nippes et du Sud-est. La réussite de ce projet pilote et son passage à l'échelle pourraient aider à retrouver les enfants des patients en interruption de traitement afin qu'ils continuent à profiter des effets bénéfiques de ce traitement sur leur santé.

Nous devons profiter de toutes les opportunités pour réaliser des séances de formation d'éducation thérapeutique en vue de capaciter le personnel prestataire à faire face à tous les défis relatifs aux PIT. Au moins un module ou une séance de travail ou sur l'éducation thérapeutique du patient est recommandé.

La gouvernance n'a pas su faire le plaidoyer pour que des ressources soient allouées à la formation sur l'éducation thérapeutique du patient. Nous pensons que tous les intervenants pourraient insérer un module de l'éducation thérapeutique du patient dans tous les curricula de formation. Cela pourrait contribuer à l'amélioration de la relation prestataire-patient indispensable au renforcement de la « relation individu/système de soins qui permet à un individu soigné à rester dans le système soignant ».

2.9 Conclusion

Notre pays est un « pays à contexte d'intervention difficile¹² ». Malgré cela, la couverture en ARV atteinte au 30 septembre 2020 ne devrait pas être un horizon indépassable. Nous pouvons tirer les leçons de nos expériences des exercices passés et améliorer nos interventions sur la relance des patients en interruption de traitement de façon continue. Une attention spéciale devrait être accordée aux patients des tranches d'âge susceptibles de devenir en situation de perte de vue. Toutes les rencontres de suivi de Programme devraient faire le point sur les PIT. Nous pouvons réduire significativement les patients en interruption de traitement si nous la priorisons de manière correcte dans toutes nos interventions.



**Ansanm, nap pran responsablite n pou sida
kaba**

¹² https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/publication_challengingoperatingenvironments_focuson_fr.pdf

3. Des patients méconnus et/ou oubliés du Programme : les non-enrôlés en soins ?

Gracia Desforges¹, Robert Philippe², Ermane Robin¹, Suze Jean Baptiste¹

1 : Gracia Desforges, Ermane Robin et Suze Jean Baptiste sont des employés de l'UCMIT-PNLS.

2 : Robert Philippe est un des 2 investigateurs principaux de l'étude stigma index.

3.1 Mise en situation

UCMIT-PNLS, CDC et ONUSIDA sont en train de mettre en oeuvre, en collaboration étroite avec la Fédération Nationale des Associations de PVVIH, un projet d'étude intitulé « index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida en Haïti », ou tout simplement « stigma index » avec l'assistance technique de la firme de consultation SEFIS. Il s'agit d'une étude faite par et pour les PVVIH dans le but de mieux cerner la stigmatisation/discrimination dont sont victimes les PVVIH.

Lors des échanges avec CDC, certains d'entre nous au PNLS impliqués dans le processus de révision et d'adaptation du protocole de l'étude étaient sceptiques à l'idée même de l'existence de patients non-enrôlés en soins dans le Programme, c'est-à-dire des PVVIH qui ont fait le test de dépistage, qui connaissent leur statut et qui ont été catégorisés par SALVH comme étant des patients non enrôlés dans les soins. Nous pensâmes à ce moment qu'il s'agissait plutôt de patients en interruption de traitement ou perdus de vue. Mais, en fait, ce sont des patients effectivement non-enrôlés, qui n'ont jamais reçu de traitement, et qu'il sera très difficile de trouver pour l'entrevue lors de la collecte de données de l'enquête « stigma index ».

Nous avons utilisé la base de données SALVH pour avoir une liste de ces patients pour les intégrer dans la base de sondage. Toutefois, il existe un registre manuel, le registre transitoire, où les informations sociodémographiques de ces personnes sont enregistrées. Ainsi, nous avons circonscrit la limite de recherche de ces patients de octobre 2017 à juin 2020, compte tenu que la stratégie « tester et traiter » a été mise en œuvre par le MSPP au cours de l'été 2016. Nous fûmes stupéfaits lors de la transmission de la liste, car le nombre de patients non-enrôlés dans les soins est important.

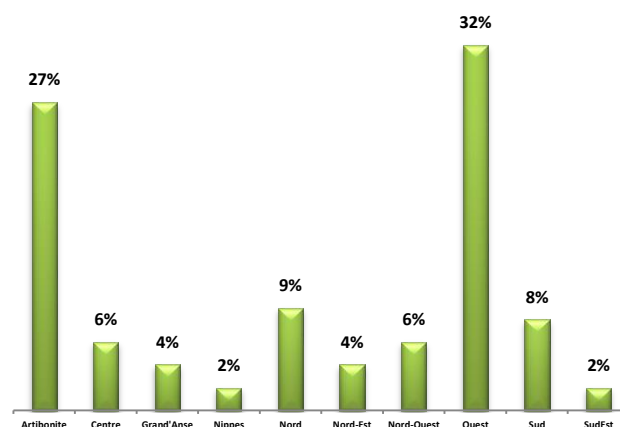
Cet article se présente sous forme de « fact-sheet » sur la description des principales caractéristiques de ces patients. Certaines interrogations seront partagées à la fin de cet article sous forme d'hypothèses de travail d'investigations futures, en plus de la réalisation prochaine de l'étude « stigma index ».

3.2 Caractéristiques générales des non-enrôlés en soins

Les non-enrôlés dans les soins représentent un manque à gagner important pour les programmes de traitement et un risque de transmission communautaire du virus, si ces patients n'adoptent pas aucune méthode de prévention. Au 30 juin 2020, les patients actifs sous traitement ARV étaient de 114 231. Si, nous considérons que tous les autres facteurs soient nuls, ces patients non-enrôlés auraient un poids d'environ de 10% additionnel dans la performance du Programme haïtien. Nous pensons que ce poids n'est pas négligeable et qu'il serait opportun d'analyser certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques de façon régulière.

Le total des patients non-enrôlés dans les soins pour la période octobre 2017 – juin 2020 est de 13 185.

Le graphe 1 montre la répartition des non-enrôlés sous TAR par département. Il indique que la majorité se trouvent dans les départements de l'Ouest et de l'Artibonite, respectivement 32% (4 196 / 13 185) et 27% (3 568 / 13 185). L'Ouest à lui seul regroupe 1 patient non-enrôlé sur 3.



Graphe 1. Répartition des non-enrôlés en soins par département. Octobre 2017 – juin 2020. SALVH – MSPP

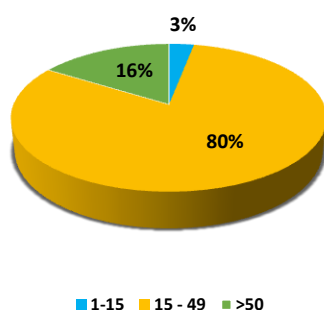
Le tableau 1 affiche la répartition des non-enrôlés par département et par sexe. Il indique que 6 non-enrôlés sur 10 sont des femmes. Cette situation est quasi similaire à l'intérieur des départements.

Tableau 1. Répartition des non-enrôlés en soins par département et par sexe. Octobre 2017 – juin 2020. SALVH-MSPP

Département	Femme	% Femme	Homme	% Homme	Total
Artibonite	2002	26%	1566	28%	3568
Centre	446	6%	304	6%	750
Grande anse	287	4%	263	5%	550
Nippes	181	2%	124	2%	305
Nord	619	8%	519	9%	1138
Nord est	279	4%	269	5%	548
Nord-ouest	498	6%	337	6%	835
Ouest	2629	34%	1567	28%	4196
Sud	621	8%	475	9%	1096
Sud est	109	1%	90	2%	199
Total	7671	59%	5514	41%	13185

Nous avons regroupé l'âge en 3 groupes : 1 – 14 ans ; 15 – 49 ans et plus de 50 ans.

L'âge moyen de cette cohorte de patients est de 37 ans.



Graphique 2. Répartition des non-enrôlés en soins par groupe d'âge. Octobre 2017 – juin 2020. SALVH-MSPP

La situation est préoccupante car 80% des non-enrôlés en soins sont en âge de procréer. Les moins de 15 ans représentent 16%.

Le tableau 2 ci-dessous démontre une fois de plus que cette problématique se retrouve surtout dans l'Ouest et l'Artibonite et la tranche d'âge la plus importante est celle des 15-49 ans.



Tableau 2. Répartition des non-enrôlés par département et groupe d'âge. Octobre 2017 – juin 2020. SALVH-MSPP

Département	1--14	% 1-14	15--49	% 15-49	> 50+	% >50+	Total	% Total
Artibonite	115	27%	2925	28%	528	24%	3568	27%
Centre	19	5%	592	6%	139	6%	750	6%
Grande anse	16	4%	439	4%	95	4%	550	4%
Nippes	6	1%	243	2%	56	3%	305	2%
Nord	24	6%	901	9%	213	10%	1138	9%
Nord est	21	5%	436	4%	91	4%	548	4%
Nord-ouest	28	7%	674	6%	133	6%	835	6%
Ouest	160	38%	3426	32%	610	28%	4196	32%
Sud	17	4%	823	8%	256	12%	1096	8%
Sud est	14	3%	131	1%	54	2%	199	2%
Total	420	3%	10590	80%	2175	17%	13185	100%

3.3 S'agit-il effectivement de patients véritablement non-enrôlés ?

Nous posons cette question en utilisant à la fois 2 adverbes qui traduisent l'importance que nous accordons à cette situation et en même temps un doute. Nous ne pouvons y répondre que par des recherches d'investigations éprouvées.

Toutefois, ils existent des évidences en fonction des résultats de certaines enquêtes¹³¹⁴ déjà réalisées par PNLS en collaboration avec certains PTF que la stigmatisation et la discrimination pourraient pousser certains patients PVVIH à prendre la décision de ne pas suivre aucun traitement surtout s'ils paraissent en santé.

Nous savons que la stigmatisation est une épidémie cachée¹⁵ qui tue de par ses conséquences néfastes sur les affectés et les infectés par le VIH. Le bulletin de surveillance du VIH, numéro 22, dont cet article en fait partie, rapporte le témoignage vibrant d'une jeune fille de 22 ans sur les luttes qu'elle a engagées pour s'affirmer et s'épanouir. Tous n'ont pas cette volonté de fer et souvent se laissent aller par le découragement et la non-utilisation des services de santé indispensables à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Nous savons aussi que, justement à cause de la stigmatisation et de la discrimination, des patients utilisent des informations fausses sur leurs coordonnées (domicile, nom et prénom, téléphone).

¹³ PNLS. Rétention sous traitement antirétroviral et appréciation de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Rapport final. Octobre 2010

¹⁴ PNLS, CDC, ONUSIDA. Enquête sur les attitudes de la population adulte sur la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables en Haïti. Avril 2017

¹⁵ http://vih.org/sites/default/files/transcriptases_148.pdf

Ainsi, il se pourrait que ces patients non-enrôlés se retrouvent dans le continuum de soins et utilisent les services de santé mais avec des informations sur leur identité totalement différente de celles qu’elles avaient fournies lors du dépistage.

D’où la nécessité de poursuivre les investigations et de procéder à des recoupements d’informations en utilisant des outils appropriés et perfectionnés.

3.4 Conclusion

« Personne ne doit être laissée de côté ». Nous pensons que PNLS, les PTF et les PI devraient attirer l’attention des responsables des PPS sur cette problématique. L’étude « index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/sida » fournira d’autres indices, mais ils ne seront pas exhaustifs. Des enquêtes rapides et localisées devraient être mises en œuvre par les PI en collaboration avec les associations de PVVIH pour mieux cerner cette situation de non-enrôlés en soins et prendre des mesures appropriées en fonction du contexte et du milieu de vie de chacun.



4. Ciblage des perdus de vue sous thérapie antirétrovirale de plus 12 mois : une stratégie innovante dans le maintien des patients dans le continuum de soins VIH en Haïti

Venise Dorcé¹, Marie-Ange Bien-Aimé¹, Darwin Dorestan¹, Daniella Pierre², Verlaine Marcellus², Gracia Desforges²

1 : Tous les auteurs principaux de cet article travaillent au « Center Global Health Practice and Impact de Georgetown University en Haïti.

2 : Les co auteurs travaillent à l’UCMIT-PNLS.

4.1 Introduction

Haïti est un pays à faible revenu avec une population estimée à 11 millions d’habitants, et environ 160 000 personnes vivant avec le VIH/sida¹⁷. Le taux de prévalence du VIH est passé de 2,2 % (EMMUS 2006 et 2012) à environ 2% (EMMUS 2017), tandis que le nombre estimé de nouveaux cas est passé à 5 600 nouvelles infections en 2019¹⁸ contre 21,000 en 1990¹⁹ - preuve d’un succès significatif des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH. Grâce à des tests de dépistage ciblés du VIH, à une recherche accrue des cas et à la mise en relation des nouveaux patients atteints du VIH avec les soins, le pays a progressé vers la réalisation du contrôle de l’épidémie et à ce jour ; 79% de toutes les PVVIH connaissent leur statut ; 75% des personnes diagnostiquées VIH+ reçoivent un traitement antirétroviral²⁰; et 85% de ceux qui reçoivent un traitement ont une charge virale indétectables²¹.

Malgré ce succès, environ 32 832 patients enrôlés en soin au cours des 3 dernières années ont abandonné les soins - ce qui représente près de 50% des clients nouvellement enrôlés au cours de cette période, et on estime à 60 000 le nombre des patients inscrits qui pourraient avoir déjà abandonné²². En avril 2020, à peu près 30% estimé à 15 000 dossiers perdus de vue étaient considérés comme potentiellement « faux » au niveau du système national de suivi et de relance communautaire couramment appelé PLR. Les 70% restant représentent les potentiels patients véritablement perdus de vue qu’on aura à rechercher. Tous ces patients perdus de vue sont répartis en trois catégories sur PLR. Voir Schéma suivant :

¹⁶ Cet article est le fruit d’une étroite collaboration entre le “Center Health Global and Impact” de Georgetown University en Haïti et PNLS.

¹⁷ Feuillelet informatif PNLS, décembre 2020.

¹⁸ Feuillelet informatif PNLS, décembre 2020.

¹⁹ UNAIDS 2018

²⁰ Feuillelet informatif PNLS, décembre 2020.

²¹ Feuillelet informatif PNLS, décembre 2020.

²² PEPFAR COP19 Guidance

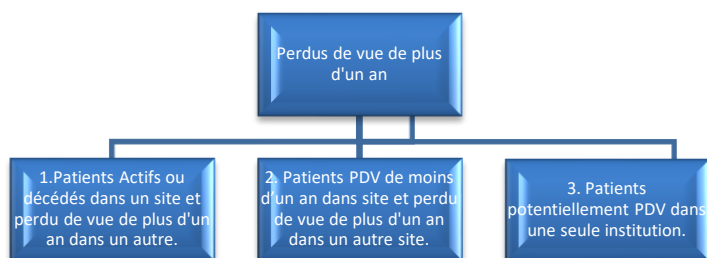


Figure 1. Modélisation de la répartition des patients perdus de vue de plus de 12 mois

Les « faux perdus de vue » sont des dossiers dupliqués, que nous avons retrouvés au niveau de base de données SALVH. La première catégorie comprend, les clients²³ ayant un dossier « perdu de vue de plus d'une année » dans un site et un autre « actif ou décédé » dans un autre site. La deuxième comprend, les clients avec un dossier « perdu de vue de plus d'un an » dans un site et dans un autre site « ces mêmes patients sont perdus de vue depuis moins d'un an ».

Pour les 2 premières catégories, nous avons effectué un travail d'analyse sur PLR afin d'identifier et d'attribuer un statut actualisé pour ces clients. Notre « Procédure d'Opérations Standard » ou SOP en anglais consistait à informer les PPS, par le biais d'un message de notification, leur affirmant que ces clients qui sont décédés ou perdus de vue dans leurs systèmes, sont en même temps actifs dans un autre PPS. Nous avons procédé de la même façon quand un client est perdu de vue de plus d'un an dans un PPS et de moins d'un an dans un autre. Dans les deux cas, le premier PPS n'a qu'à transférer ces clients dans l'autre PPS qu'on lui a indiqué. En suivant les recommandations de la circulaire publiée par le PNLS sur le processus de transferts des patients PDV, l'application de ce SOP devient systématique et peut être illustrée de la façon suivante :

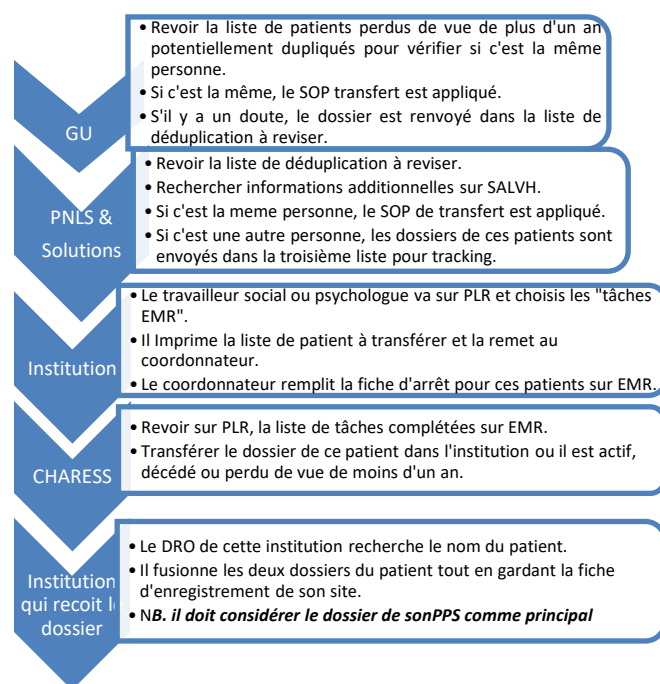
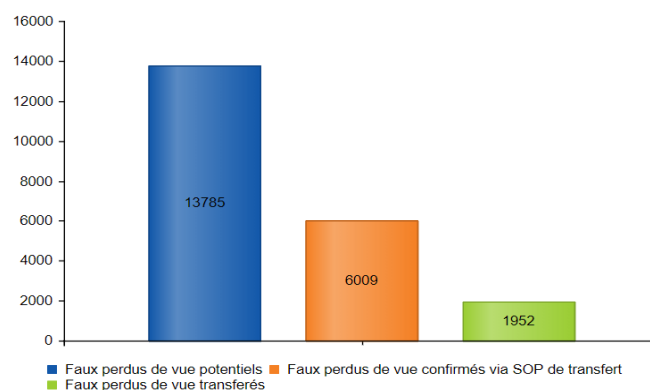


Figure 2. Charte de responsabilités du SOP sur le processus de transfert des clients PDV. Novembre 2020

4.2 Résultats obtenus à date

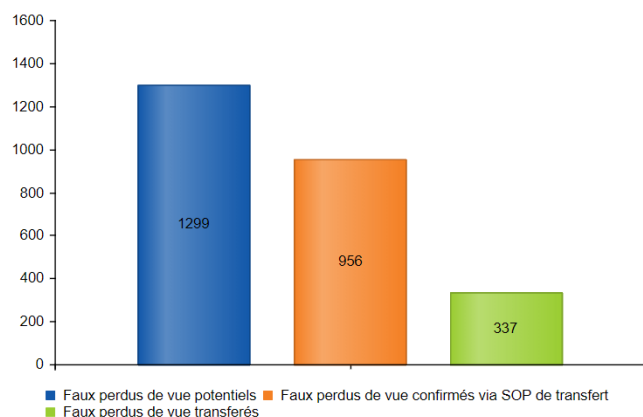
En termes de résultats, nous avons pu appliquer le SOP pour 6 009 clients pour la première catégorie en l'occurrence les clients actifs ou décédés dans un PPS et perdu de vue de plus d'un an dans un autre, dont 1 952 sont déjà transférés par les PPS et 1 299 pour la deuxième catégorie c'est-à-dire des PDV de moins d'un an dans un site PDV de plus d'un an dans un autre PPS. Nous avons 337 déjà transférés par les PPS. (Voir les graphes ci-après).



Graphe 1. Différentiation entre différents types de perdus de vue après filtrage par le SOP. Novembre 2020



²³ Le masculin est utilisé pour un client ou une cliente.



Graph 2. Répartition des faux perdus et transférés. Novembre 2020

Le projet TIDE de la *Georgetown University*, lancé en Haïti en Avril 2020, vise également à renforcer les acquis des nombreuses stratégies gagnantes déjà mises en œuvre dans la recherche des perdus de vue de plus d'un an. Les approches adoptées prennent en compte non seulement les recherches actives, mais permettent aussi d'appréhender la rationale des patients qui sont adhérents et qui restent dans le continuum de soins. Aussi, plus de 50% des personnels de terrain sont des pairs indétectables, adhérents à leur traitement. L'autre partie du personnel de terrain, est constituée d'Agents de Santé Communautaires Polyvalents.

Les deux catégories de personnels sont déployées dans l'Artibonite, le Nord, le Nord-Ouest et l'Ouest. Ils sont formés à la relance, à l'utilisation du PLR, au COVID-19, aux droits des clients et ont signé au préalable une clause de confidentialité, d'anti-stigmatisation et d'anti-discrimination. Ces deux catégories de personnel vont nous permettre d'expérimenter l'approche « switcher ».

Le switch est une stratégie qui sera utilisée pour les patients qui ne sont pas retrouvés dans le cadre de la relance des clients perdus de vue de plus d'un an potentiellement dans une seule institution. Ce sera une forme de contre vérification des interventions effectuées lors des activités de relance et permettra d'auditer les premières vagues de visites. Il est essentiel que chaque catégorie de personnel ne soit pas au courant du switch, considérant que chaque visite ou tâche soit unique.

Les ASCP et les pairs reçoivent respectivement une liste de patients perdus de vue de plus d'une année. Chaque mois, une liste de 80 patients est assignée aux ASCP, tandis que celle des pairs est de 40. Les patients sont uniques pour chaque catégorie de personnel. Ceci constitue la première vague d'intervention et elle est réalisée lors de la première visite de relance.

Quand un ASCP ou un pair ne trouvera pas un patient, cette intervention sera notifiée au niveau de PLR. Cette intervention, appelée tâche, sera analysée au niveau central de GU et ladite tâche sera réassignée à une autre catégorie de personnel, et vice versa.

Cette dernière intervention constituera la seconde étape, mais le personnel communautaire ne sera pas au courant du switch. Ainsi, l'audit technique de la visite sera effectué et selon les retombées de la seconde vague, la troisième vague sera enclenchée en incluant les associations de PVVIH et les organisations de la société civile impliquées dans le projet.

4.3 Conclusion

Ces démarches visent à faire en sorte que les clients perdus de vue puissent retourner en soins après la relance. Et, le cas échéant de savoir s'ils sont décédés, s'ils se sont auto transférés dans un autre PPS, s'ils ont déménagé ou laissé le pays. Mais, notre plus grand défi reste les clients injoignables que ce soit au téléphone ou à leur domicile. Ce qui peut avoir un lien direct avec les clients enrôlés dans plusieurs PPS sous plusieurs noms et qui donnent aussi de fausses adresses.

Nous avons également les clients qui refusent de retourner dans le continuum de soins et ceux qui promettent de retourner. Nous travaillerons avec les associations de PVVIH et les organisations de la société civile pour adresser ce problème. Nous utiliserons aussi l'approche centrée sur le client pour essayer de comprendre pourquoi les clients refusent de retourner en soins.

Nous avons en ligne de mire à ramener en soins les clients perdus de vue de plus d'un an, ce qui permettra dans le temps de stopper la propagation du VIH dans le pays. Toutefois, prévenir les perdus de vue en particulier ceux de plus d'un an serait un atout pour limiter la propagation de l'infection au VIH. D'où l'émergence de la forme de localisation de patient sur PLR. Une forme dans laquelle nous aurons des informations supplémentaires (personnes contacts, lieux fréquentés, ...) sur tout patient enrôlé en soins, qui serait perdu de vue retourné en soins ou qui aurait raté son rendez-vous, nous aurons le maximum d'informations en vue de le relancer. De plus, grâce à ces informations supplémentaires, tous les bénéfices qui seront alloués aux patients passeront par le PLR afin de maintenir un contact plus étroit avec eux et de renforcer l'utilisation de ces outils. L'approche centrée sur le patient nous aidera aussi avec les clients dans le but d'anticiper et venir avec un prototype de client potentiellement à risque d'être perdu de vue ce qui facilitera la prévention de ces cas.

5. L'Auto-dépistage assisté du VIH (ADA) : une approche novatrice complémentaire aux services de dépistage du VH en Haïti

Steve Mc Allan SMITH^a, Max Bond SAINT VAL^a, Robenson PELLITIER^a, Jean-Remy LUBERUCE^a, Blondine JEAN-BAPTISTE^{ab}, Middle FLEURANTIN^{ac}.

^aProgramme National de Lutte Contre les IST/VIH Sida (PNLS)/Service de Prévention et Communication.

^{ab} Programme National de Lutte Contre les IST/VIH Sida(PNLS)/Service de Suivi et Evaluation.

^{ac}UNICEF, Consultant en appui au PNLS et à la DSF.

5.1 Mise en contexte

En dépit d'un taux de testing du VIH/sida estimé à 86% (MESI.ht) à la fin de 2019, des efforts considérables restent à faire en vue d'atteindre l'objectif poursuivi par le MSPP/PNLS, à savoir diagnostiquer 95% des personnes vivant avec le VIH. En effet, le sondage réalisé par la CT du PNLS en 2017 sur la « perception des adultes sur la discrimination envers les PVVIH et les catégories minoritaires en Haïti », parvient à la conclusion que des perceptions négatives et comportements discriminatoires persistent envers les PVVIH et les minorités sexuelles. Ces comportements sont considérés dans la littérature comme des entraves au recours aux services de dépistage du VIH dans les populations clés. Ajoutés à cela, le faible niveau d'acceptabilité des services et une prestation peu conviviale des services découragent ainsi le recours aux services de santé, y compris au dépistage du VIH.

Face à ces difficultés, il est nécessaire de redoubler les efforts et de formuler de nouvelles stratégies pour atteindre les personnes dont l'infection à VIH n'a pas été diagnostiquée. Pour répondre à ce constat, le pays a donc fait choix de stratégies innovantes, telles que l'Auto-dépistage Assisté du VIH (ADA), en tant que stratégies pouvant contribuer à combler les lacunes de dépistage et permettre d'atteindre la première cible des 95-95-95 du pays. En tant que stratégie de dépistage complémentaire du VIH, l'UCMIT/PNLS voulait s'assurer de ne laisser de côté aucun groupe de population dans la riposte nationale en introduisant l'ADA en Haïti en 2019. Toutefois, en quoi son implémentation constitue-elle un apport en vue de l'atteinte de la première cible des trois 95 en Haïti ?

Au regard de cette interrogation, cette analyse a pour objectif de mettre en exergue l'importance de l'ADA dans l'arsenal diagnostique du VIH chez les populations à risque en Haïti.

5.2 Caractéristiques et principes de base de l'ADA

L'autotest du VIH est un outil novateur qui favorise l'autonomisation du patient et contribue à la réalisation de la première des cibles thérapeutiques 95-95-95 des Nations Unies, faire en sorte que, d'ici à 2030, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique²⁴. L'auto dépistage du VIH contribue à la réalisation de cette cible mondiale car il permet d'atteindre des personnes ayant jusqu'alors échappé au dépistage, il stimule la demande à l'égard du dépistage du VIH et il permet à un plus grand nombre de personnes d'en bénéficier, en particulier les sujets qui présentent une infection à VIH non diagnostiquée ou qui sont exposés à un risque élevé persistant, nécessitant un dépistage fréquent.

Selon l'OMS, l'auto-dépistage du VIH est un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) du VIH qui se rapporte spécifiquement au processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluides oraux ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance. Son implémentation se fait au respect des cinq (5) C de l'OMS en matière de dépistage du VIH, à savoir, Consentement éclairé, Confidentialité, Conseil, Résultats Corrects du Test, et la Connexion en soins.

L'autotest n'est pas un concept nouveau ; il est utilisé dans le diagnostic et la prise en charge d'autres affections, notamment la grossesse, le diabète et le cancer du côlon. Il représente une nouvelle avancée dans le cadre de l'action menée par le PNLS pour accroître l'autonomie des patients, décentraliser les services et créer une demande à l'égard du dépistage du VIH chez les populations qui ne sont pas couvertes par les services existants.

Il participe à réduire la peur et la stigmatisation liées au dépistage traditionnel.

UCMIT/PNLS, 2019

L'ADA vise quatre (04) catégories de personnes : 1) *les personnes les plus exposées au risque de transmission du VIH* ; 2) *celles non dépistées dans un public cible qui seraient plus facilement convaincues d'un dépistage immédiat dans le milieu communautaire* ; 3) *les personnes préférant garder l'anonymat et pour lesquelles l'auto dépistage assisté directe demeure l'unique option et* ;

²⁴ OMS (2016). Lignes directrices sur l'auto-dépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Genève.

4) les personnes-cibles non dépistées à cause de l'indisponibilité des services de dépistage habituels dans leur environnement immédiat.» In (MSPP-PNLS, Ibid.9).

L'auto-dépistage du VIH se fait en utilisant la salive ou le sang d'une pique au doigt pour connaître le statut en privé. Le résultat se donne en 20 minutes et est conseillé à toute personne ayant un résultat réactif d'aller faire un test de confirmation dans une institution de santé. Il est conseillé aussi de fournir aux clients des informations nécessaires vers les services de conseil et les références d'orientation rapide vers les services de prévention, de traitement et de soins (OMS, 2016).

Tout autotest donnant un résultat réactif doit être suivi de tests additionnels et d'une confirmation par un prestataire formé.

5.3. L'autotest à titre d'intervention à part entière des services de dépistage du VIH en Haïti

L'implémentation de l'ADA a démarré en Haïti en novembre 2019. Il est mis en œuvre par sept (07) partenaires d'implémentation ou réseaux de soins du programme VIH dont, ECP2, CMMB, FOSREF, BRIGE, SANTE, UGP et CDS. Ces réseaux interviennent dans les départements de l'Ouest, de l'Artibonite, du Nord, des Nippes et de la Grand' Anse. Parmi les trente-sept sites formés sur l'ADA, le département de l'Ouest en compte vingt-quatre (24) sites, l'Artibonite cinq (5), le Nord quatre (4), les Nippes et la Grand' Anse ont en chacun deux (02). Le nombre de sites par réseau au niveau des cinq (05) départements déjà touchés se répartissent de la manière suivante : CMMB a vingt-deux sites (22), FOSREF sept (07) (sites), ECP2 trois sites (03), BRIGE deux (0) sites, SANTE, UGP et CDS ont chacun un (01) site. Les réseaux CMMB et FOSREF ont à eux seuls le plus grand nombre de sites, soit 30 sur 37.

Toutefois, des contraintes d'ordre structurelles, organisationnelles et opérationnelles ont jalonné le parcours de l'implantation et de la mise en œuvre de l'ADA. D'abord les conditions liées au stockage et au transport des kits. En effet, certains pairs éducateurs en témoignent, leurs sacs de livraison ne sont pas adaptés au transport et ne disposent pas d'espace personnel de stockage. Ensuite, l'inaccessibilité de certaines zones d'intervention en raison du climat d'insécurité.

En dernier lieu, les coûts de transports des endroits reculés dans les cas où il faut accompagner les clients réactifs dans une institution de santé pour confirmation représente une contrainte non négligeable.

5.4- L'implémentation de l'ADA durant l'exercice fiscal 2019-2020 en Haïti : Résultats

Une démarche descriptive a été adoptée en vue de la réalisation de l'analyse. Quant aux données, elles ont été collectées à partir de sources administratives, la base de données agréées des statistiques sanitaires du VIH, MESI.ht Il s'agit de données portant sur les quatre (04) trimestres de l'exercice fiscal 2019-2020. De plus, d'autres documents programmatiques du PNLS relatifs à l'implémentation de l'ADA ont été consultés.

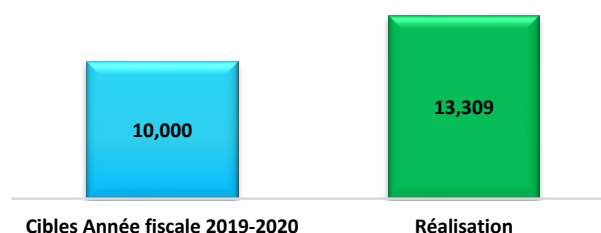


Figure 1- Nombre d'autotests du VIH distribués durant l'exercice 2019-2020

Cette figure présente les réalisations de l'exercice 2019-2020 au regard des cibles fixées, à savoir 10 000 autotests du VIH. Avec un niveau de réalisation de 13, 309, elle met en évidence les efforts déployés par le PNLS et ses partenaires d'implémentation pour mettre à la disposition des populations l'ADA en tant que stratégie complémentaire.

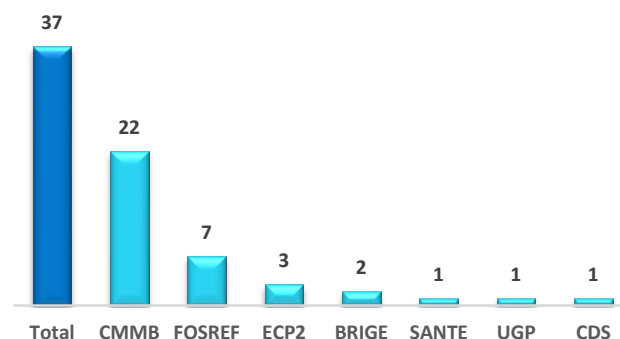


Figure 2 : Nombre de sites d'autotests du VIH par réseau

La figure ci-dessus présente le nombre de sites implantés par réseau. Ils sont au nombre de sept (07) réseaux pour un total de trente-sept (37) sites.

CMMB représente le réseau qui a mieux contribué à la couverture des sites de soins VIH en autotests.

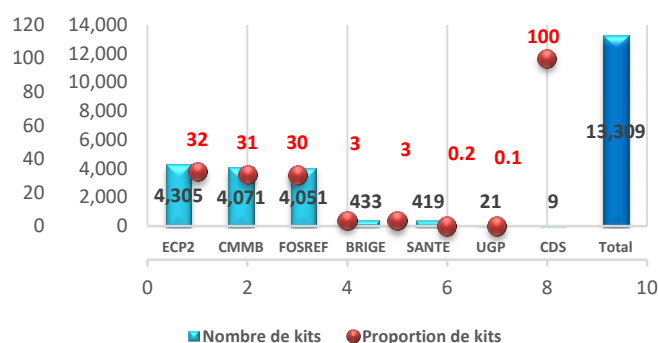


Figure 3 : Nombre et proportion de kits individuels d'autotests du VIH distribués par réseau

L'ADA n'est pas l'unique test rapide d'orientation diagnostique utilisé pendant l'exercice. Il vient s'ajouter à l'arsenal des services de prévention du VIH à la portée des personnes les plus à risques, du côté du test d'orientation traditionnel VIH qui utilise le détermine test. Par conséquent, la figure ci-dessous par le biais de l'analyse des données programmatiques pour l'année fiscale octobre 2019-septembre 2020 expose la proportion globale d'autotest du VIH par rapport au détermine test.

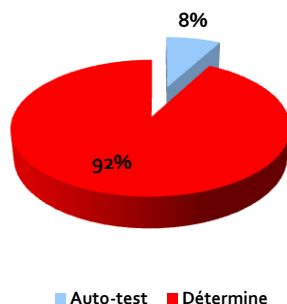


Figure 4.- Proportion globale d'autotest du VIH et test de détermine

Cette figure concerne le nombre total d'autotests du VIH et détermine test réalisé au cours de l'exercice 2019-2020. Sur les 169,214 tests d'orientation de dépistages effectués, 8% soit 13,309 sont effectués par autotest et 92% soit 155,905 par des tests déterminés.

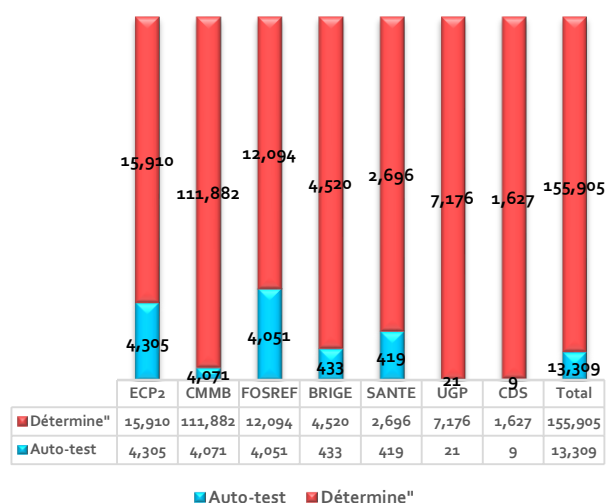


Figure 05 : Proportion d'Autotest du VIH et de détermine test par réseau

Cette figure met en relation l'autotest du VIH par rapport au test détermine conventionnel durant l'exercice 2019-2020 par réseau. Pour les réseaux ECP2 et FOSREF, travaillant avec les populations Clés, l'ADA représente respectivement 21% et 25% de l'ensemble des tests d'orientation de l'exercice.

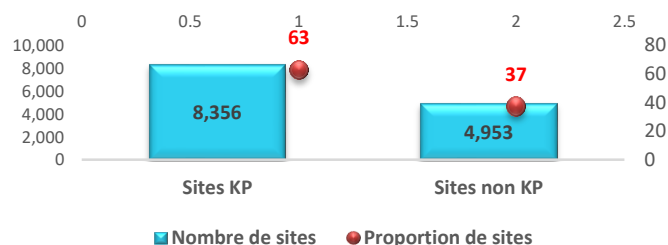


Figure 6 : Nombre et proportion de kits individuels d'autotest du VIH distribués par Sites KP VS Sites non KP

La figure ci-dessus met en évidence le nombre de kits d'autotests du VIH effectués par les sites KP et non KP. Pour les sites KP un nombre de huit mille trois cent cinquante-six (8356) kits autotest individuels ont été distribués, soit une proportion de 63 % tandis que pour les sites non KP un nombre de quatre mille neuf cent cinquante-trois kits autotest individuels ont été distribués, ce qui représente une proportion de 37 %. Qu'en est-il du nombre et de la proportion d'autotest du VIH et détermine : Sites KP VS Sites non KP ?

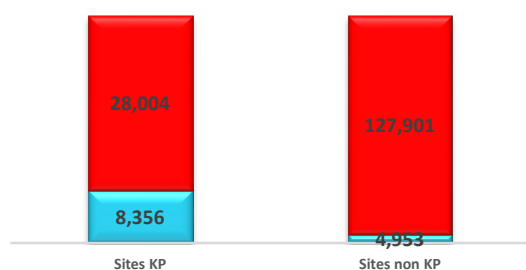


Figure 6 : Nombre et proportion d'autotest du VIH et détermine test: Sites KP VS Sites non KP

Cette figure présente la proportion et le nombre d'autotest du VIH et détermine réalisés dans les sites KP et non KP durant l'exercice fiscal 2019-2020. Les sites KP ont réalisé une distribution de 28 004 de tests détermine et 8 356 autotests, soit respectivement une proportion de 77 % et 23 %. Les sites non KP ont distribués 127 901 détermine et 4953 autotests du VIH, soit respectivement une proportion de 96% et 4%. Elle met en évidence la capacité des sites KP à mobiliser des clients pour les deux tests d'orientation.

5.5- Discussions

Il ressort des données exposées que la proportion de l'ADA représente 23% de l'ensemble des tests d'orientation réalisés durant l'exercice 2019-2020 dans les sites KP, avec dix (10) sites sur les 37 offrant l'ADA. Alors que pour les sites non KP, le pourcentage d'ADA réalisé reste très inférieur par rapport aux sites non KP, soit 4% de l'ensemble des tests d'orientation de l'exercice.

D'une manière générale, il apparaît que l'ADA représente une stratégie innovante de dépistage du VIH permettant de toucher certains groupes de population considérés comme étant difficile d'accès en raison des contraintes évoquées plus haut. Toutefois, tenant compte de la proportion globale de tests réalisés durant l'exercice, soit 8% pour l'autotest et 92% pour le détermine test, il est avéré que l'ADA constitue un TROD complémentaire au détermine test. De plus, nos données montrent que l'autotest bénéficie d'un niveau élevé d'acceptabilité parmi divers groupes d'utilisateurs dans différents contextes, à la fois auprès de la population générale et les populations clés.

Toutefois, les données disponibles sur MESI ne permettent pas de déceler le pourcentage de clients dépistés réactifs via l'ADA ainsi que le devenir de ces derniers dans le continuum des soins et services VIH. L'absence de ces données sur les résultats des TROD constitue une limitation dans notre analyse permettant d'examiner l'ADA au regard de l'atteinte de l'objectif des trois « 95 ».

Par ailleurs, des dispositions sont à prendre afin de mettre en place des outils pouvant permettre d'identifier la proportion de clients VIH réactifs dépistés à partir de l'ADA. Ce qui permettra de voir son efficacité par rapport à la première cible des trois 95 en Haïti.

5.6- Conclusion et Perspectives

Somme toute, les données programmatiques en lien avec l'ADA ont permis d'identifier la proportion d'autotest réalisée durant l'exercice. Le nombre d'autotests individuels de dépistage distribués par les sites des populations Clés en particulier confirme l'acceptabilité de l'autotest stratégie auprès des personnes cibles. L'utilisation d'autotests constitue donc une méthode pratique et discrète de dépistage du VIH, qui présente de nombreux avantages potentiels pour les utilisateurs désireux de disposer d'options supplémentaires.

Toutefois, au regard des contraintes évoquées dans le cadre de l'implémentation de l'ADA, il convient à l'UCMIT/PNLS, aux Partenaires techniques, financiers et de mise en œuvre de continuer à prendre des dispositions en vue de mieux accompagner les agents de terrain (Pairs Éducateurs, superviseurs et ASCP) en les formant de façon continue et en écoutant leurs témoignages pour adapter au mieux les interventions. Il convient également d'élargir l'ADA afin de le rendre disponible dans les autres départements non encore touchés durant l'exercice fiscal 2020-2021.

Bibliographie

<http://www.mesi.ht/presentation/modules/reports.aspx?ID=24> Consulté le 17 novembre 2020.

MSPP/PNLS. (2019). *Normes et Directives Nationales pour le Conseil et le Dépistage Du VIH: Supplément sur l'Auto Dépistage Assisté du VIH*. MSPP, UCMIT, Port-au-Prince.. Consulté le 12 Novembre 2020 sur file:///C:/Users/Admin/Downloads/AutoDepistage%20assit%C3%A9%20format%C3%A9%20v5[1]%20(1).pdf

MSPP/PNLS. (2019). *Plan Stratégique National Multisectoriel de riposte au VIH/SIDA 2018-2023*. Port-au-Prince. Consulté le 20 novembre 2020 sur <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/PSNM%20de%20riposte%20au%20VIH%202018%202023%20v%20finale.pdf>.

MSPP-PNLS. (2017). *Enquête sur les attitudes de la population sur la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables en Haïti*. Port-au-Prince.

OMS. (2016). *L'OMS publie de nouvelles orientations sur l'autodépistage du VIH à la veille de la Journée mondiale du sida*. Consulté le 13 Novembre 2020 sur <https://www.who.int/fr/news/item/29-11-2016-who-issues-new-guidance-on-hiv-self-testing-ahead-of-world-aids-day>.



6. Bon à savoir sur la PrEP : « Le champion de la PrEP : une stratégie révolutionnaire pour atteindre les populations clés en Haïti »

Johanne Etienne¹, Jacob Michel¹, Steeve Laguerre¹, Rachid Dorsainvil¹

1 : Tous les auteurs travaillent au niveau du projet Contrôle de l'Épidémie parmi les Populations Prioritaires (ECP2), Fondation SEROVie.

6.1 Introduction

En mars 2019, le PNLS a officiellement lancé la Prophylaxie Pré-Exposition dans le département de l'Ouest d'Haïti, ciblant les individus les plus à risque de contracter le virus du VIH notamment les Professionnelles du sexe et les Hommes Ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes. Sur les 10 établissements de santé sélectionnés pour offrir la PrEP, 3 sont des cliniques du réseau du projet intitulé « Contrôle de l'épidémie parmi les populations prioritaires » communément appelé ECP2, géré par la Fondation SEROVie avec le support financier de USAID et de PEPFAR.

La promotion de cette nouvelle stratégie préventive dans la communauté était un défi. Les stratégies de promotion pour atteindre les populations clés ont été revues et adaptées en permanence mais n'ont pas porté leurs fruits, car le taux d'adhérence de la PrEP était resté très faible. En mars 2020, le nombre total d'utilisateurs de la PrEP n'était que de 287. En juin 2020, la Fondation SEROVie a introduit une stratégie révolutionnaire pour accroître l'utilisation de la PrEP parmi les populations clés, le « *champion de la PrEP* ». Cette stratégie a été mise en œuvre dans les trois cliniques du réseau du projet ECP2 où la PrEP est disponible: FOSREF-Delmas 19, Centre de promotion de femmes ouvrières et Clinique J.C. Menard.

6.2 Description de la stratégie « champion de la PrEP »

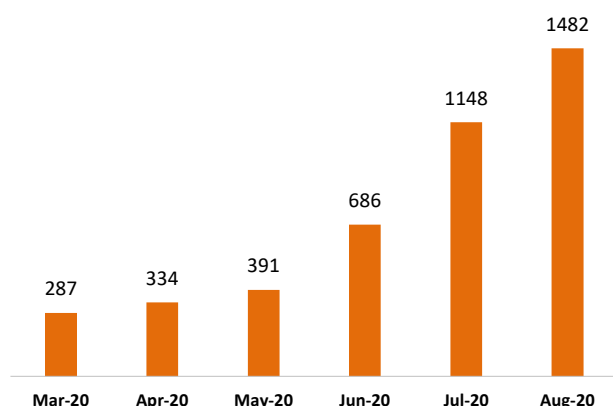
Le « champion de la PrEP » est une stratégie incitative qui utilise les utilisateurs de la PrEP pour sensibiliser et promouvoir son utilisation parmi leurs pairs qui sont à risque au VIH au sein de leur réseau sexuel et social. Le champion de la PrEP est une population clé, un influenceur, qui est un utilisateur actif de la PrEP depuis au moins 6 mois, motivé et engagé à sensibiliser et à amener au moins 10 pairs à la clinique par semaine.

Selon la stratégie, les prestataires de santé doivent identifier à partir de la cohorte PrEP de la clinique les utilisateurs qui répondent aux critères susmentionnés. Ensuite, ils contactent par téléphone ces clients actifs pour leur présenter la stratégie et son objectif principal.

Les clients intéressés viennent à la clinique et sont orientés par les prestataires de santé sur la stratégie, les messages clés de la PrEP, et reçoivent des dépliants y relatifs à distribuer dans leur réseau. Le champion de la PrEP sensibilise et amène ses pairs à la clinique pour se faire dépister au VIH. Pour chaque pair enrôlé avec succès sous PrEP, le champion de reçoit une prime de 2,5 USD.

6.3 Résultats obtenus à date

Depuis la mise en œuvre de cette stratégie, le nombre d'utilisateurs a considérablement augmenté. En fait, il est passé de 287 en mai 2020 à 1 482 en août 2020, soit une augmentation de 516% sur la période. C'est ce que montre la figure ci-dessous en mettant en évidence l'évolution mensuelle du nombre de populations clés actuellement sous PrEP. Cet indicateur est appelé dans le lexique des indicateurs du Programme : PrEP_CURR.



Graph 1. Répartition du nombre d'utilisateurs actifs de la PrEP Mars 2020 – août 2020. MESI-MSPP

6.4 Leçons apprises

Concevoir des stratégies qui correspondent aux besoins des populations clés est assez difficile. L'utilisation de l'approche fondée sur les pairs pour concevoir la stratégie du champion de la PrEP est un moyen prometteur pour toucher davantage de populations clés. Elle favorise également l'engagement et l'appropriation communautaires, car elle implique directement les groupes ciblés dans la promotion de méthodes de prévention du VIH adaptées à leurs besoins.

6.5 Conclusion et Perspectives

Depuis son lancement officiel par le MSPP, la création de la demande pour la PrEP a connu des difficultés en dépit des stratégies mises en œuvre par les prestataires de santé pour promouvoir le service auprès des populations cibles. Avec la stratégie du champion de la PrEP, le nombre d'utilisateurs a connu un essor considérable.

Car, les informations sur la PrEP véhiculent mieux dans la communauté et les populations clés des réseaux inexploités sont atteintes et sensibilisées. Pour les prochaines étapes, le projet ECP2 continuera à mettre en œuvre la stratégie du champion de la PrEP et planifiera son extension au reste de son réseau.



Nombre de personnes actives sous PrEP au 30 septembre 2020 : 3220



7. Bon à savoir sur la collaboration actuelle entre PIH et PNLS relative à la migration des données vers SALVH

Kamaïa Bastien Jeanty¹, Daniela M. Pierre², Gracia Desforges³ et Jean René Dorfils⁴

1 : Officier adjoint pour le suivi des données biométriques-SALVH, 2 : Chef du Service d'Analyse et de Suivi des Interventions Ciblées, 3 : Conseiller technique sénior en suivi et évaluation et 3 : Officier gestionnaire de SALVH

Les auteurs remercient Carl-Hens Fièvre de SOLUTIONS S.A et Rikenson Jacques de PIH pour leur contribution dans la notification des données partagées et importées.

7.1 Introduction

Le renforcement du système de surveillance épidémiologique du VIH, mis en place en 2008, revêt une grande importance pour le MSPP et le PNLS. Grâce à ce système, des informations pertinentes ont été recueillies sur les cas de VIH diagnostiqués et ou enrôlés.

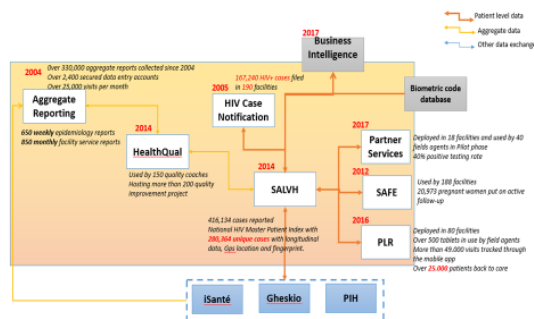
Les données de système de suivi actif longitudinal du VIH en Haïti (SALVH) permettent de:

- 1) surveiller efficacement les tendances de l'infection au VIH ;
- 2) caractériser les populations touchées et les populations vulnérables ;
- 3) identifier l'adhérence des patients en soin et traitement ;
- 4) cibler les interventions de prévention ;
- 5) évaluer les programmes ;

Actuellement, SALVH fournit des informations à environ cent soixante-huit (168) institutions de prévention, de dépistage, de soins et de traitement du VIH par deux mécanismes :

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

ARCHITECTURE DU SYSTEME D'INFORMATION DU VIH ARCHITECTURE UNDERLYING THE MESI PLATFORM



7.2 Une situation de qualité de données qui méritait une amélioration

Les données du programme national sont réparties sur les trois (3) dossiers médicaux électroniques (DME) ou Electronic Medical Records (EMR) en utilisation. Les DME de PIH représentent environ 14% de ces données ceux de, GHESKIO 25% et I-Santé 61%. Bien qu'en plus petite proportion, le PNLS par l'intermédiaire de SASICC l'une de ses nouvelles unités structurelles, a pensé qu'il était bienvenu et important de renforcer la collaboration avec PIH sur la complétude et la ponctualité des données en provenance de ce partenaire.

Au début de l'implémentation de SALVH, le système qui permet de générer la liste des patients perdus de vue (en interruption de traitement) restants à contacter utilisait comme variable la date du prochain rendez-vous du patient. Ce dernier, avait toujours des difficultés à voir le nombre réel de patients perdus de vue (en interruption de traitement) ou ayant raté leur rendez-vous affiché sur la plateforme Web de Patient Linkage Rétention. Toutes les deux semaines PIH partageait avec le serveur une batch de données mais qui n'incluait pas la date de prochain rendez-vous.

7.3 Une collaboration en constante évolution

Au début de l'année 2020, SASICC a entamé une série de rencontres de coordination et de suivi sur les interventions communautaires ciblées avec les Partenaires d'implémentation, notamment les EMR managers (GHESKIO, PIH et I-Santé) pour ensemble discuter de la fréquence du transfert des données, de leur qualité et de la performance mensuelle de chacun des trois administrateurs EMR sus cités. En outre, c'est l'occasion de signaler que GHESKIO n'a plus de souci en ce qui a trait à la fréquence du transfert des données sur SALVH. En effet, ce processus se fait sur une base journalière depuis 2018, période pendant laquelle ce réseau a commencé à implémenter les outils conçus pour les interventions communautaires ciblées (ICC).

Ces rencontres avec les EMRs Managers sur la fréquence de transfert et la qualité des données étaient d'une importance majeure pour pouvoir les sensibiliser à combler ce gap qui avait des répercussions majeures sur les données générales du Programme et par ricochet sur la performance nationale.

Le partage des données entre les différents EMR, la base de données SALVH et les différentes plateformes de MESI se fait selon le circuit suivant :

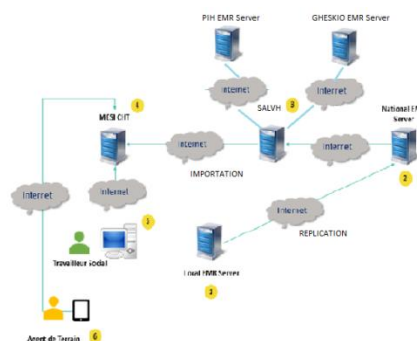


Figure 1. Le circuit de l'information. Novembre 2020. SALVH-MSPP

La réplication représente le transfert des données du serveur local des institutions vers le serveur central. Pour avoir les données de cet EMR sur la base SALVH, il effectue un transfert de données.

Suite aux différentes réunions avec PIH les résolutions suivantes ont été prises :

- Ajouter les données de dispensation des ARV qui faisaient défaut dans la batch²⁵ de données, entre autres ;
- Partager cette batch sur une base hebdomadaire, dans un premier temps ; puis tous les deux (2) jours à partir de mi-Février 2020 ;
- Partager avec les deux parties, Solutions et PIH, un rapport hebdomadaire de l'importation des données sur PLR.

Pour afficher la date de la dernière mise à jour sur PLR pour un site, couramment appelée date d'importation, la formule la plus simple est d'afficher la dernière fois qu'une actualisation a été transférée vers PLR pour ce site. Ordinairement, PIH envoie des données à la base SALVH tous les 2 jours sur le serveur et en ce sens PLR ne devrait pas montrer de délai de ponctualité de plus de 2 jours.

Cependant, le fait d'avoir une mise à jour de PIH ne signifie pas qu'il y a de nouvelles données transférées effectivement vers SALVH.

²⁵ Une batch de données est un lot de données. La méthode par lots permet aux utilisateurs de traiter des données lorsque des ressources informatiques sont disponibles, avec peu ou pas d'intervention de leur part.

De plus, il est possible que les mises à jour régulières n'apportent rien de nouveau à PLR s'il n'y a pas eu de dispenses de médicaments effectivement dans le site dans l'intervalle entre les actualisations de données.

De Mars à Mai 2020, le transfert des données de chaque site du réseau sur la plateforme PRL se faisait selon le calendrier indiqué dans le tableau ci-dessous. Les cases blanches représentent des périodes où il n'y a pas eu d'actualisation de données de certains sites.

Tableau 1. Situation du transfert de données des sites de PIH de mars à mai 2020

	Mars 2020 (5)					Avril 2020 (5)					Mai 2020 (7)						
Institutions	8	13	23	25	30	3	5	23	25	27	2	6	9	12	15	17	22
Centre de Santé de Cerca la Source																	
Centre de Santé de Thomonde																	
Centre de Santé Saint-Michel de Boucan-Carré																	
Centre Médical Charles Colimon																	
Hôpital Bon Sauveur de Cange																	
Hôpital Dumarsais Estimé																	
Hôpital la Colline de Lascahobas																	
Hôpital Notre-Dame de la Nativité de Belladère																	
Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche																	
Hôpital Saint-Nicolas de Saint-Marc																	
Hôpital Universitaire de Mirebalais																	
SSPE de Saint-Marc																	

LEGENDES: En colonne, les jours du mois. En vert, les jours où il y a une importation pour au moins un site. En blanc, les jours sans importation.

7.4 Importance des rencontres de coordination pour l'amélioration continue de la qualité des données.

Au cours du mois de mai 2020, PNLs et PIH ont décidé d'un commun accord d'organiser des rencontres fréquentes sur la gestion de la qualité des données transférées vers SALVH. Des rencontres bi mensuelles avec les responsables sont devenues la nouvelle routine de juin 2020 à août 2020. Des améliorations considérables ont été faites tant dans la fréquence de transfert de données par PIH que dans l'importation des données de SALVH sur la plateforme PLR, et surtout dans la complétude des données partagées.

Désormais, PIH partage ses données sur une base journalière. Toutes les parties sont notifiées quand le partage est effectué. Cette régularité nous a permis de passer de 5 à 7 importations de données entre Mars et Mai 2020 à 21 importations au cours du mois de Septembre 2020.

Tableau 1. Situation améliorée du transfert de données des sites de PIH en août et septembre 2020

	Août 2020 (13)													Septembre 2020 (21)																				
Institutions	9	12	14	15	16	20	21	23	26	28	29	30	31	3	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	23	24	26	27	30
Centre de Santé de Cerca la Source																																		
Centre de Santé de Thomonde																																		
Centre de Santé Saint-Michel de Boucan-Carré																																		
Centre Médical Charles Colimon																																		
Hôpital Bon Sauveur de Cange																																		
Hôpital Dumarsais Estimé																																		
Hôpital la Colline de Lascahobas																																		
Hôpital Notre-Dame de la Nativité de Belladère																																		
Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche																																		
Hôpital Saint-Nicolas de Saint-Marc																																		
Hôpital Universitaire de Mirebalais																																		
SSPE de Saint-Marc																																		

LEGENDES: En colonne, les jours du mois. En vert, les jours où il y a une importation pour au moins un site. En blanc, les jours sans importation.

Les tableaux sont la représentation des importations de données de la base d'analyse SALVH vers la plateforme PLR. Les données reçues de PIH alimentent ce transfert.

De Mars à Mai 2020 il y a eu au total de 17 importations de données vers PLR, ce qui voudrait dire que pour cette même période PIH a transféré des données vers SALVH au moins 17 fois même si pour certains sites, il n'y aurait pas de données.

Comme résultat des différentes rencontres, en Aout et Septembre 2020 il y a eu 34 importations soit le double de la période précédente. Bien que certains jours, tous les sites n'ont pas eu leurs données transférées.

7.5 Attentes et perspectives

Si tous les autres déterminants de la qualité des données étaient documentés correctement, le PNLS pouvait s'attendre à :

- Une amélioration de la complétude de données de SALVH. Les partenaires de management en suivi et évaluation pourront avoir accès à des données individualisées beaucoup plus complètes en fonction des variables prédéfinies de SALVH.
- Une actualisation de données de PLR dans un délai de deux (2) jours de façon régulière; ce qui aura comme résultat immédiat la disponibilité des informations actualisées sur la relance des patients sous ARV, le retour dans les soins, la DAC et de façon plus générale sur le continuum de soins incluant la charge virale.
- Une revalorisation des rétroactions entre PNLS et les Partenaires d'Implémentation sur SALVH et en particulier PLR. Ces derniers pourront prendre des mesures rapides de redressement pour l'amélioration de la performance de la plupart des indicateurs du continuum de soins VIH/sida.



8. FEB\$: une histoire de positivité et d'amour dans la séropositivité

8.1 Esther Boucicault et FEB\$

L'histoire de la Fondation Esther Boucicault Stanislas est intimement liée à celle de sa fondatrice Esther Boucicault et de la lutte elle-même contre le VIH/sida en Haïti. Écrire sur FEB\$, c'est en partie écrire sur Esther et aussi sur les luttes qu'elle a elle-même engagées contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida en Haïti.



Esther Boucicault Stanislas, la Directrice de FEB\$, est une Saint Marcoise qui depuis 1996, année de la création de sa Fondation qui porte son nom apporte son appui à plus de 800 PVVIH dans le bas Artibonite en leur apportant le soutien psychosocial et l'accompagnement pour une vie meilleure. 24 ans après avoir été la première femme haïtienne à avoir déclarée publiquement sa séropositivité, à une journée mondiale du sida au Rex Théâtre en présence d'une foule immense composée des autorités sanitaires, des partenaires du Programme, des jeunes, et des medias de la place. Son vibrant témoignage avait provoqué des larmes et touchait le cœur de toute l'assistance à un moment où la prévalence de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit des PVVIH était très élevée dans la population haïtienne. Et depuis lors, elle a pris son destin en main, son bâton de combat en s'engageant avec force et détermination dans la lutte contre le VIH/sida au profit de ses pairs.

8.2 Solidarité Intégration Divertissement Amour

La mémoire fait souvent défaut en Haïti. Nous reprenons ce discours que la présidente-fondatrice de FEB\$ avait tenu dans son intégralité à l'occasion de la JMS 2019, discours prononcé pendant qu'elle était à Boston le 1^{er} décembre 2019. Ce discours est encore d'actualité en même temps que le message promu par ONUSIDA pour la JMS 2020 : solidarité mondiale, responsabilité partagée.

« Aujourd'hui est la Journée Mondiale du sida. Une journée spéciale pour mettre en exergue les avancées autour de la maladie. Que peut-on dire à ce propos?

Grâce au financement des bailleurs (PEPFAR, Fonds-Mondial et tant d'autres) nul doute que des progrès significatifs ont été réalisés.

Et cette année avec l'introduction de la nouvelle molécule (Dolutégravir) les PVVIH se portent beaucoup mieux. Mais ne laissons pas tout ça nous voiler la face. Beaucoup reste encore à faire.

Avec la détérioration de la situation socio-politique du pays, on ne peut pas nous reposer sur nos lauriers et espérer que demain sera meilleur, il faut agir. Le thème cette année est très pertinent, car malgré tous les tumultes qu'a connus le pays, les associations de PVVIH n'ont jamais baissé les bras. Au contraire nous avons usé de stratégies pour nous assurer que les dommages collatéraux se répercuteraient le moins que possible sur les PVVIH.



Les associations sont en contact direct avec les PVVIH. Nous sommes les premières à entendre leurs cris, à écouter leurs doléances et ils ne voient pas l'avenir d'un bon oeil. L'insécurité, l'inflation, le phénomène « peyi lòk » entre autres n'ont pas du tout contribué à apaiser leurs craintes déjà des années précédentes²⁶. Que faire?

Le thème cette année nous donne la solution. Les organisations communautaires font effectivement la différence et si vraiment on veut une réponse efficiente à la problématique du VIH/sida il faut renforcer les associations. Elles font la différence parce qu'elles sont dévouées. Déjà qu'elles montrent que même avec des moyens limités (réduction budgétaire, réduction de personnel...) elles peuvent faire des miracles.

En ce jour spécial qui nous tient tous à coeur, je tiens à féliciter les associations sœurs qui militent avec nous pour la cause des PVVIH. Aux bailleurs je dis merci de nous supporter malgré la situation socio-politique du pays. Au Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) je dis merci de nous appuyer en ces temps difficiles.

Je demeure convaincue que les associations ont un rôle crucial à jouer et que pour une réponse plus poussée, effective et durable il faut les renforcer.

Ainsi nous verrons à quel point qu'elles font et qu'elles feront la différence. Profitons de cette de journée pour célébrer aussi le droit à la vie, à l'équité des genres. Que l'orientation sexuelle, la religion et/ou autres ne soient plus une barrière et qu'ensemble nous travaillons pour l'émergence d'une société plus inclusive, plus juste.

²⁶ Si ce discours était prononcé en 2020, assurément elle aurait ajouté la pandémie COVID-19 parmi tous ces malheurs qui accablent les PVVIH et toutes les familles haïtiennes.

Bonne commémoration à toutes et à tous ».

8.3 FEBS une organisation pionnière dans la lutte contre le VIH en Haïti

FEBS est l'organisation haïtienne pionnière dans la défense des droits des PVVIH, ainsi que des populations clés à travers le pays. Son Siège se trouve à Saint Marc dans le département de l'Artibonite. Elle intervient au niveau des communes du bas et du haut Artibonite et des sections communales ainsi que le grand Nord.



FEBS agit sur 3 axes d'interventions :

- Encadrement psychosocial des infectés et affectés par le VIH pour leur autonomisation ;
- Plaidoyer en faveur des populations clés et PVVIH auprès des instances nationales et internationales ;
- Mobilisation et Sensibilisation pour la prévention des IST et du VIH/sida.

FEBS développe l'approche communautaire et l'éducation par les paires dans toutes interventions.

FEBS met en œuvre différentes activités centrées sur les PVVIH, leurs familles et la sensibilisation des jeunes.

Ce sont :

- Le support psychosocial aux PVVIH à travers des groupes de support ;
- La formation des pairs PVVIH ;
- La Recherche de traitements et de médicament au profit des PVVIH en établissant des partenariats avec les institutions offrant des soins et traitement du VIH dans ses aires de desserte ;
- L'appui aux PVVIH pour le suivi des traitements par des travailleurs sociaux formés et compétents ;
- Le plaidoyer auprès des instances nationales et internationales en faveur des PVVIH ;

- La mobilisation et la sensibilisation de la population pour la prévention des IST et du VIH/sida à l'occasion des " Mémorial sur le Sida", du Carnaval, des vacances d'été et des fêtes champêtres.
- Le développement et la production de matériel audiovisuel (documentaire, programmes de radio et de télévision) de sensibilisation et de plaidoyer sur les IST et le VIH/sida.
- L'organisation des groupes de supports pour aider les pairs à bien faire leur travail.



Depuis 2013, grâce au support du PNLS, nous réalisons des activités comme des réunions d'informations, des séances de formation, de sensibilisation ainsi que des forums en prélude à la JMS contre la stigmatisation et la discrimination. Nous bénéficions également de l'appui technique du MSPP pour l'implémentation de nos projets.



8.4 Honneur et mérite à FEBs et à Esther Boucicault

En juin 2003, nombreux ont été ceux-là qui ont fait la découverte d'un court métrage qui racontait le combat et la vie de la Directrice de la Fondation Esther Boucicault Stanislas.

Son leadership lui a valu qu'elle soit à la tête de la plateforme nationale des associations de PVVIH (PHAP+) pendant plusieurs années.

Esther Boucicault Stanislas s'est vue décernée de nombreuses marques de distinctions pour son travail tant au niveau local qu'international au nombre desquelles le distingué prix Human Rights de l'Ambassade des Etats Unis à Port au Prince en 2003 et le prix Keith D. Cylar Aids Activist Award 2008 par la Housing Works à New York.

La vision d'Esther Boucicault de servir et d'assister les autres PVVIH s'est concrétisée et sa Fondation qui porte son nom a accueilli et accueille encore des centaines de PVVIH en déni ou rejeté par leurs familles ; ainsi que les populations clés pour les accompagner de façon holistique tant au niveau thérapeutique que social pour leur réinsertion dans leur famille et leur communauté.

8.5 Esther Boucicault un icône de la lutte contre le VIH en Haïti

Esther reste une activiste de premier plan et un icône dans la lutte contre le VIH en Haïti. Elle a su initier avec FEBs et réaliser plusieurs activités de sensibilisations dans sa ville natale en organisant plusieurs marches de sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination faite aux PVVIH et les populations clés pour conscientiser la population sur le risque que représente le VIH et les conséquences du sida sur les familles, les communautés et toute la population haïtienne. Avec sa Fondation, elle poursuit ce combat noble aux côtés des autres associations de PVVIH, du PNLS, des partenaires de mise en œuvre, du MSPP et de ses partenaires techniques et financiers. Elle est convaincue que l'accélération de la riposte est indispensable au contrôle et à la fin de cette épidémie meurtrière d'ici à 2030. PNLS proclame haut et bien fort : RESPECT à cette vaillante femme et à sa fondation !



9. ASON et Saurel Beaujour : Plus de deux décennies d'engagement et de combat sans relâche

9.1 ASON : Faire renaître l'espoir chez les PVVIH

L'Association **S**olidarité **N**ationale des personnes infectées et affectées par le VIH/sida (ASON) est l'émanation d'un groupe de personnes infectées et affectées par le VIH/sida qui, en 1999, ont décidé de s'impliquer activement dans la lutte contre le Sida à une époque où la pandémie du VIH trainait derrière elle son cortège funèbre (du temps que les antirétroviraux n'arrivaient pas encore en Haïti). En ce début d'année de 1999, Jean Saurel Beaujour, âgé de 43 ans à cette époque, a décidé de rompre avec le silence qui entourait cette maladie, et de faire ressonner le cri des PVVIH en Haïti comme à l'étranger en faisant naître la première association de personnes vivant avec le VIH sur le sol de la république d'Haïti « ASON ». Saurel fut le premier PVVIH à osé s'organiser en association à la suite d'un forum intitulé « SIDA », et le second personnage après Esther Boucicaut a dévoilé son statut sérologique à une époque où la stigmatisation/discrimination avait pignon sur rue à l'égard des PVVIH. Il (Saurel) s'était donné pour mission de sauver des vies avant de rendre son dernier soupir alors qu'ASON devait entretenir l'espoir chez les PVVIH, être leur caisse de résonance, ou tout au moins la porte-parole de tous ceux qui sont sans voix, marginalisés, relégués à la marge de la société. A l'époque, la tâche tenait donc du sacerdoce à une époque où la prévalence du VIH auprès des personnes adultes avoisinait 6%, un pourcentage plus élevé que celui de la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest.

9.2 Saurel Beaujour, Président de ASON

Activiste farouche mais positif il s'est fait le porte-parole de tous les PVVIH surtout les sans voix pour défendre leurs droits tant qu'en Haïti qu'à l'étranger. Il a aidé des milliers de PVVIH à se ressaisir pour leur réinsertion dans la société c'est le leader, la référence des PVVIH. Il s'est engagé entièrement dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination pour aider ses pairs tout en se protégeant. Il a plus de quinze ans sous traitement et est très compliant, sa charge virale est indétectable. Saurel est, et restera un personnage engagé, résilient et convaincu qu'une Haïti sans sida n'est possible qu'avec une forte implication des principaux acteurs de la riposte dont : « les PVVIH ».



9.3 Journée mondiale du Sida en 2020 : vers un renforcement de nos engagements

En 2020, la pandémie de COVID-19 a monopolisé l'attention du monde entier. Les personnes avec une immunodéficience affaiblie et des comorbidités existantes paient le prix fort d'une crise sanitaire mondiale, les PVVIH sont toujours devant la scène car ils peuvent doublement victime de stigmatisation et discrimination à la fois de la COVID et à leur statut VIH. Des témoignages remontant au début de la COVID-19 font état de discriminations et de violences basées sur la présence des signes et symptômes qui s'apparentent à la COVID 19. Toutefois, des attaques contre des populations confrontées à une stigmatisation et une discrimination préexistent déjà dans notre société, notamment auprès des personnes vivant avec le VIH. Nous, les PVVIH, avons souffert et en souffrent à date. Plus de trente années de lutte contre le VIH/sida ont démontré à quel point les inégalités n'ont cessé d'alimenter l'épidémie. Les personnes qui ont vécu et intériorisé la stigmatisation ou qui anticipent des attitudes stigmatisantes sont plus susceptibles d'éviter les services de soins de santé et sont moins susceptibles de se faire dépister ou d'admettre leurs symptômes, ce qui finit par envoyer la pandémie dans la clandestinité. ASON a su créer une mobilisation au cours de l'année pour défendre les acquis du programme VIH, et protéger les personnes vivant avec le VIH à la transmission de la COVID 19.

Pour mettre fin aux pandémies concomitantes du VIH et de la COVID-19, il est donc essentiel d'éliminer la stigmatisation et la discrimination et de mettre les individus au centre de l'action, et d'ancrer nos ripostes dans les droits humains. Notre engagement de travailler au service des PVVIH se sont ravivés en ce contexte de crise sanitaire. La revitalisation de la Plateforme des Associations PVVIH en une Fédération Nationale des Associations PVVIH n'est que l'aboutissement de campagnes de plaidoyer et de luttes parfois agressives et intraitables envers les autorités sanitaires et de nos partenaires techniques et financiers. Parfois, nous sommes critiqués dans nos actions mais sachez que la disponibilité gratuite des ARV au profit de nos communautés a été le résultat de sacrifices sans relâche. **L'activiste était donc payant. De ce fait, nous maintiendrons ce flambeau jusqu'à la pleine implication des PVVIH à toutes les étapes de la riposte contre le VIH/sida.**

Par conséquent, le monde commémore la journée mondiale contre le sida, le 1er décembre de chaque année. Cette journée représente un moment favorable à la réflexion sur le travail accompli dans la riposte contre le VIH/sida et à la conjugaison de nos forces pour ne peut pas répéter les erreurs du passé dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti.

Le dynamisme, l'engagement et l'activisme de ASON, ne sauraient passer sous silence en ce 1er décembre 2020. Nous avons renversé le statu quo, changé le cœur et les esprits à l'égard des PVVIH. Le chemin à parcourir reste de taille mais notre engagement est indéfectible, nos actions dépassent notre simple personnalité. Une solidarité nationale et une responsabilité partagée entre les acteurs reste la clé de voûte pour atteindre nos objectifs, vers une Haïti sans Sida. Nos expériences dans le passé et nos objectifs futurs ont fait de « **ASON** » *une organisation apprenante, déterminée et résiliente dans la riposte contre le VIH/sida en Haïti.*

9.4 ASON organisation pionnière dans la riposte contre le VIH/sida en Haïti

A sa création, l'association comptait 25 membres. Plus de deux décennies après, l'association compte plus de 1500 membres actifs. Toutefois, l'association a offert ses services jadis à plus de 4 mille membres PVVIH. Plus d'une dizaine d'associations ont vu le jour et suivi les pas d'ASON à travers le pays. Les campagnes de promotion à l'érection de nouvelles associations pour une meilleure implication des PVVIH dès les réflexions ont fait tache d'huile, passant de la Plateforme Haïtienne des Associations PVVIH (PHAP+) à la naissance actuelle de la Fédération nationale des associations de PVVIH.

L'association a pour but d'informer, d'accompagner, de soutenir et de défendre les droits des personnes vivant avec l'infection à VIH par le VIH/sida en mobilisant les personnes concernées par le VIH /sida pour prévenir la transmission du virus, parvenir à une transformation sociale des personnes, une meilleure tolérance de la société à l'égard des populations vulnérables. Ces interventions constituent les axes d'interventions de l'association, à savoir le plaidoyer, la lutte pour le respect des droits humains, l'accompagnement et le support psychosocial des PVVIH. Pour y parvenir, l'association poursuit les objectifs suivants :

- Promouvoir la visibilité et l'ouverture des personnes vivant avec le VIH ;
- Promouvoir une prise en charge holistique de tous les PVVIH tout en suscitant leur implication dans la lutte contre le VIH ;
- Plaidoyer pour une politique de pérennisation des intrants pour les infections opportunistes et les ARV en particulier ;
- Rechercher le partenariat avec les différents acteurs du programme en vue d'aider l'association à se structurer au bénéfice des membres pour l'amélioration de leur prise en charge ;
- Renforcer l'éducation thérapeutique des PVVIH pour son engagement et sa régularité dans le traitement {l'auto prise en charge} ;

- Renforcer le plaidoyer pour une promotion et la protection des droits fondamentaux des PVVIH.

Elle propose donc une réponse adaptée pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, intégrant la prévention, un soutien actif à l'observance, un appui social, ainsi qu'un soutien par les pairs. Les valeurs poursuivies par l'association sont : l'esprit d'entraide et de solidarité, la résilience, la volonté, l'implication des PVVIH, la spontanéité, la rapidité et la disponibilité des membres pour servir autrui, et la promotion pour une vie positive pour ne citer que cela.

Depuis sa création en 1999, ASON a établi une réelle relation de collaboration et de confiance avec les bénéficiaires et les malades et a mis au jour de véritables partenariats les autorités sanitaires et des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux. ASON a bénéficié du support technique et financier du Fonds Mondial dans le cadre d'un projet visant à prolonger la vie et restaurer la qualité de vie des PVVIH par l'encadrement des associations de PVVIH ». Elle est parvenue également à initier une collaboration étroite avec les autres structures de soins associatives, publiques (hôpitaux et centres de santé) et privées et à mettre en œuvre des activités multiples au bénéfice de ses membres.

Actuellement l'association s'engage dans la recherche active des perdus de vue. Plus de 300 groupes de supports au profit des PVVIH en situation de déni ainsi des groupes d'adhérence aux PV indétectables et détectables ont été organisés. Dans un souci de mieux impliquer les associations à la prise en charge des bénéficiaires, ASON organise un point de distribution de médicaments ARV en accord avec Université de Georges Town et les centres GHESKIO. ASON dispose d'un centre de documentation au niveau du siège social et met au service de ces membres un centre d'hébergement au profit des PVVIH qui subissaient de la discrimination et stigmatisation dans leurs familles dans 3 départements. Cependant, certaines contraintes structurelles et budgétaires ont ralenti la poursuite de nos efforts relatifs à la parution d'une revue trimestrielle intitulée « leadership positif, la sensibilisation dans les écoles à travers le pays et l'Appui scolaire aux OEV.



10. Histoires à succès et témoignages

10.1 L'affirmation de soi de Malia Loudia Jean en tant que PVVIH : le parcours d'une battante pour sa vie et ses proches

Une situation douloureuse et cruelle.

Je suis Malia Loudia Jean, une PVVIH. J'ai 22 ans. Je suis la cadette d'une famille monoparentale de 3 enfants. J'ai un grand frère et une petite sœur. Ma mère est morte suite au tremblement de terre du 12 janvier 2010. A ce moment, j'avais 12 ans. Les membres de ma famille connaissaient mon statut et ne voulaient pas nous venir en aide. Ils croyaient que j'allais mourir, car pour eux le VIH est une maladie mortelle et que je n'avais aucune chance de survie. J'étais dépourvue de tout et sans espoir.



De la désolation à la tragédie. Un soir alors que j'avais laissé la porte ouverte pour mon frère qui était dans le voisinage, un homme est rentré chez moi et m'a crevé l'œil gauche. Ma situation devenait intenable et je croyais que j'allais mourir pour de bon.

Revigoration de mon estime de soi grâce à une samaritaine.

Les événements désespérants s'accumulaient chez moi. Je croyais que tout était perdu pour moi. Un jour, une lueur d'espoir apparut. J'ai fait la rencontre d'une femme à l'église saint Michel au cours d'une formation pour les jeunes de la chorale sur le VIH. Je lui ai racontée mon histoire. Elle s'appelle Mme X. Elle est ma Samaritaine. Elle est devenue aussi mon mentor et ma protectrice. Nous étions 3 orphelins et elle nous a aidés en cherchant de l'aide pour nous aider à survivre, y compris la nourriture qu'elle nous offrait comme une mère. Sur recommandation d'un ami à elle, elle a fini par trouver de l'assistance auprès de World Hope qui nous a apportés un appui financier pour le loyer de la maison, les frais scolaires et des kits alimentaires. Grâce à ce loyer, Mme X accueillait d'autres jeunes infectés par le VIH comme moi. Elle était notre travailleuse sociale et notre accompagnatrice qui nous motivait à prendre nos médicaments de façon régulière. Elle m'accompagnait à mes rendez-vous et parfois j'ai dû faire de l'école buissonnière pour ne pas rater mes rendez-vous.

La stigmatisation et la discrimination comme un Mal multiplicateur de désespoir. Dans tous mes milieux de socialisation, je faisais face à des affronts de tout genre :

des sobriquets, des regards furieux, des sous-entendus, et j'en passe.

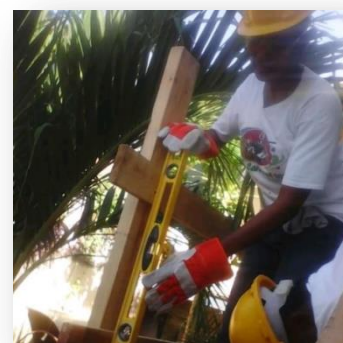
J'étais indexée et humiliée par plus d'un à cause de mon statut sérologique. Mais, la flamme de la vie ne me quittait pas. Je voulais vivre pour moi, pour ma petite sœur et pour mon grand frère.

Continuation de mes calvaires à une école d'auxiliaire-infirmière. J'ai achevé mes études classiques presque en même temps que le contrat de World Hope arrivait à terme. Après le bac 2, je me suis orientée dans les soins à une école d'auxiliaire-infirmière. Mais, j'ai eu de la misère à payer régulièrement et l'école me renvoyait régulièrement aussi pour non-paiement des frais scolaires.

Enfin une lumière au bout du tunnel. J'ai abandonné l'école d'auxiliaire-infirmière par honte et par manque de moyens financiers. Sans me décourager, je continuais à chercher d'autres alternatives d'apprentissage d'une profession. Après un certain temps, je me suis inscrite dans un atelier espagnol qui donnait des bourses d'études. Parmi les 4 filières disponibles, j'ai choisi la construction de bâtiment qui pourrait m'offrir, selon moi, des opportunités d'emploi un peu plus rapide que les autres. J'ai pris aussi un cours d'entrepreneuriat car tout était gratuit dans cette école. Les cours se donnaient de façon intensive. Ils commençaient à 6H00 AM et prenaient fin à 4H00 PM. A cette époque, Mes préoccupations étaient le transport et la nourriture pour ma petite sœur et mon frère, mais heureusement, j'avais des amis qui travaillaient au sein du PNLS et à USAID qui me soutenaient, et aussi d'autres jeunes PVVIH qui étaient mes colocataires. Ils ont pratiquement remplacé Mme Mentor et World Hope.

Vivre sa vie en étant séropositive et indétectable.

Actuellement, avec mon diplôme en construction de bâtiment je suis devenue un technicien en construction de bâtiment. Je fais parfois de petits boulots pour joindre les deux bouts. Mon estime de soi me pousse à aller de l'avant. Je suis devenue indétectable et je continue à prendre mes médicaments. Je suis pair-éducateur aussi.



En tant que tel, j'ai l'ambition d'avoir un atelier pour pouvoir aider les autres PVVIH dans mon domaine d'expertise afin de monter un atelier de construction en partenariat.

Il faut avoir le courage de vaincre le virus de la stigmatisation qui est plus virulent que le VIH pour s'épanouir dans la vie.

10.2 De Perdu de Vue à Pair Educateur/Health through Walls

Histoire à succès d'un perdu de vue retrouvé, amaigri, méconnaissable, mais relancé sous ARV, ayant récupéré un état de santé stable, avec une bonne conscience de sa maladie.



Il s'agit d'Audiel Mybel, un adulte de 50 ans, cultivateur de profession, incarcéré en date du 12 novembre 2018 dans la Prison Civile de Hinche. Quinze jours plus tard, soit le 27 novembre 2018, il a eu l'occasion de visiter le dispensaire, là où son premier test de VIH a été fait, et le résultat fut positif. Ce qui, systématiquement, après counseling post test, a justifié son éligibilité au traitement antirétroviral.

Une fois placé sous traitement, il prenait régulièrement ses médicaments selon la posologie indiquée. Au mois de décembre 2018, il fut libéré sans que l'équipe médicale en soit informé, mais puisqu'il avait été en suivi médical au cours du mois, l'équipe soignante n'a pas été trop soucieuse et a entamé des démarches pour le transférer à Klinik Solidarite. Cependant il rata son rendez-vous de janvier 2019, malgré les relances répétées de l'équipe.

Les relances de l'équipe de soins de HTW, soit par visite domiciliaire, soit par appel téléphonique se sont avérées vaines, car il ne voulait pas quitter ses activités quotidiennes pour venir nous visiter à la clinique ou pour lui prodiguer le transfert vers une clinique de son choix. Finalement il nous a interdit de venir le relancer chez lui. Malgré cette difficulté de le convaincre, on a fait preuve de persistance et de persévérance afin de le réinsérer dans notre programme de soins. Ainsi, en date du 24 Septembre 2019, le « case manager » du site, très dévoué dans son travail, a fait une dernière tentative de visite. Cette fois-ci, il l'a vu chez lui, mais dans un état très critique.

Notre équipe de soins s'est vite rendu sur les lieux, et fit ce que de droit afin de le convaincre pour qu'il retourne aux soins. Une prise en charge adéquate a été instituée par rapport à de nouveaux signes et symptômes comme la toux, de la fièvre vespérale, de l'anorexie, d'une asthénie et une perte de poids marquée, qu'il présentait ce jour-là.

Au cours de cette même journée du 24 septembre 2019, sa conjointe, avec qui, il a 5 enfants vivant tous sous le même toit, fut également testée positive et mise sous traitement. À partir de cette date, il prit ses médicaments religieusement et exhorta sa conjointe de faire autant afin qu'elle ne se trouve pas, elle-même, dans le même état que lui. De surcroît, avec la persistance des symptômes et malgré son GENEXPERT négatif, il fut placé sous antituberculeux, ce qui améliora grandement son état général. Du même coup, il bénéficia un peu d'assistance financière et de support nutritionnel, afin qu'il puisse recouvrer sa corpulence normale. Ce qui a été bien possible grâce au dévouement de notre réseau HTW à travers ses partenaires.

Devant ce déploiement d'efforts exercé par l'équipe soignante, Mybel et sa famille nous ont été très reconnaissants à travers leurs témoignages. Il nous a toujours réservés un accueil chaleureux à chaque visite subséquente. C'est bien en ce sens, que le case manager, au nom du staff médical de la prison civile de Hinche, a pu lui demander une interview.

« Kitem diw byen, pou eta mte ye, pou kote mte ye, mte dezespwa lavi, kounyela, pou jan medikaman sa yo fèm byen, konsèy mta voye, oubyen menm ale msantim te ka ale, ale anseye lot zanmi petèt ki prèske nan menm nivo akem, msanti ki ka gen yon pwoblèm de menm maladi mfè a, pou yo ka chèche mwayen pran swen dirèk, depi m'wè m'gaya, m'kwè yap gaya tou »

L'équipe de soins, est entièrement dans la joie, puisque le patient est davantage conscient de sa maladie et promet de conseiller à ceux-là qui pourraient être dans la même situation que lui de toujours chercher à se faire soigner dans une clinique de soins appropriés. Cela a augmenté notre satisfaction et notre sens du devoir accompli. De surcroît, ce qui fait notre fierté, c'est le changement de statut de notre patient devenu pair éducateur. Il sensibilise et conseille sans relâche ses pairs à la prise quotidienne des médicaments, pour une bonne adhérence.

Mybel est devenu un patient adhérent, bien conscient de sa maladie, et prêt à rester adhérent au traitement antirétroviral. Mybel est maintenant un pair éducateur qui conseille et soutient d'autres PVVIH de sa communauté pour qu'ils deviennent adhérents et indétectables.

Coin des nouvelles...

11.1 Le PNLS bouge au niveau de la recherche : Enquête en cours « Etude index de stigmatisation des PVVIH en Haïti »

Le PNLS, de 2006 à nos jours, a fait un long parcours dans la lutte contre le VIH/sida. Le succès dans la riposte est documenté avec environ 120 000 patients actifs sous ARV à date. Une baisse considérable est observée tant au niveau des nouvelles infections 40 %, que des cas de décès. Cependant un nœud gordien handicap en quelque sorte les grandes avancées dans la riposte, il s'agit du taux de stigmatisation et de discrimination qui reste et demeure problématique.

Cette situation est préoccupante pour le Programme.

En Haïti, les effets de la stigmatisation et de la discrimination tels que vécus par les PVVIH ne sont pas bien documentés. Dans ce contexte, le PNLS en collaboration avec ses partenaires est en train de réaliser pour la première fois une étude intitulée l'Index de stigmatisation des PVVIH en Haïti.

Ce qui fait l'originalité de cette étude : c'est son implémentation par et pour les PVVIH.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont :

- Augmenter la compréhension de la stigmatisation et la discrimination autour des PVVIH afin d'améliorer positivement le programme d'impact en Haïti.
- Établir les lignes de base qui aideront à mesurer les tendances des perceptions en termes
- de stigmatisation et de discrimination des PVVIH en Haïti au cours des années.
- Informer au sujet des décisions stratégiques et des discussions de politiques publiques relatifs au degré de stigmatisation et discrimination perçues.

Le protocole de l'étude a déjà trouvé l'approbation du comité d'éthique national et attend celui des CDC pour entamer la collecte sur le terrain. Les résultats et recommandations de l'étude serviront la plateforme des associations locales des PVVIH

Dans leur plaidoyer au niveau national et régional. Le PNLS les utilisera en référentiel pour développer ses interventions et stratégies basées sur les recommandations de l'étude dans le but de réduire l'impact négatif de la stigmatisation des PVVIH en Haïti.

Attendons la suite dans la prochaine parution.

11.2 Importance de la presse dans la lutte contre le VIH/sida

Depuis plusieurs décennies, en Haïti comme partout ailleurs dans le monde, le 1er décembre est une occasion de manifester notre solidarité à l'endroit des personnes touchées par le VIH et celles qui sont décédées du sida. D'énormes progrès sont réalisés à l'échelle internationale et nationale. Les données mondiales démontrent qu'environ 38 millions de personnes vivent avec le virus alors qu'en Haïti, le nombre estimé de PVVIH est de 160 000. La morbi-mortalité est en nette diminution. En dépit d'importantes avancées, Haïti accuse le plus fort taux de prévalence dans la Caraïbe soit 2,0%. Le MSPP à travers UCMIT /PNLS, en collaboration avec ses partenaires, poursuit, en adéquation avec les Objectifs de Développement Durable et le PSNM 2018 – 2023 le but principal de l'accélération de la riposte mondiale, à savoir mettre un terme à l'épidémie à VIH à l'horizon 2030 en tant que menace de santé publique.

Dans cette optique, le PNLS et ses partenaires croient nécessaire de travailler avec les professionnels de la presse dans la riposte au VIH, car ils jouent un rôle prépondérant dans la collecte de faits pour les porter à l'attention du public et sont de plus considérés comme l'expression même de l'opinion publique. Dans ce sens une formation est réalisée avec un groupe de journalistes afin qu'ils puissent vulgariser les informations autour des nouvelles avancées du programme, une façon de les encadrer techniquement dans la réalisation de reportages de qualité sur les questions relatives à la santé, plus particulièrement sur les IST et le VIH/sida. Ils seront par ainsi mieux outillés dans l'important rôle qu'ils jouent au sein de la société qui est de former, d'éduquer la population sur cette pandémie qui affecte l'humanité.

Sensibiliser, renforcer la capacité des journalistes à intervenir spécifiquement sur la problématique du VIH/sida en Haïti. Tel était l'objectif de cette première série de sessions d'information et de formation dédiées aux représentants de la presse issus des dix départements du pays, qui s'est déroulée du 21 au 23 octobre 2020, à Port-au Prince. L'appui technique était assuré, en plus des cadres du PNLS, par CHARESS, fondation SEROVie, l'UNICEF, PANOS qui ont animé plusieurs panels sur la prévention, le traitement aux antirétroviraux, la distribution de préservatifs, l'adoption de la prophylaxie de réexposition, les tests de dépistage, la stigmatisation/discrimination, la recherche active des contacts des cas index et des perdus de vue, afin d'informer, de présenter les avancées du programme et surtout d'expliquer aux participants les mesures adoptées pour renforcer la riposte au VIH en Haïti.

C'était également l'occasion d'informer les journalistes sur la série d'activités qui sont en exécution en marge de la journée mondiale du sida. Ces activités consisteront en la tenue de séances de sensibilisation à l'intention des jeunes universitaires, de journalistes et de sessions d'information à l'endroit de diverses associations de médecins notamment ASPHA, AMH.

Des plages horaires ont été consacrées à des présentations magistrales, discussions et exercices pratiques sur les différents genres et techniques d'écriture journalistiques. Les dites séances ont été suivies de présentations sur la situation épidémiologique du VIH en Haïti, du protocole de la prise en charge des PVVIH, des avantages des nouvelles stratégies, notamment la PrEP, de l'auto dépistage assisté du VIH en Haïti.

Après avoir été débriefé sur les enjeux majeurs dans la riposte au VIH/sida en Haïti, les quinze journalistes présents ont décidé d'orienter leurs travaux, notamment sur l'élimination de la transmission mère enfant, l'adhérence aux ARV, la responsabilité des acteurs du secteur public-privé dans la réponse, afin de parvenir à l'élimination de la maladie à l'horizon de 2030.

A l'ouverture de cet atelier, la Coordinatrice du Programme, Dr Joëlle Deas Van Onacker, a souligné que le thème retenu cette année pour la Journée Mondiale du Sida est : « Solidarité Mondiale, Responsabilité Partagée ». Elle a précisé que c'est grâce à cette solidarité entre tous les partenaires que le Programme national haïtien a pu atteindre des résultats probants pendant toutes ces années.

De son côté, le Directeur exécutif de l'Unité de coordination des maladies infectieuses, Dr Pavel Desrosiers, a, dans ses propos de clôture, démontré l'apport des professionnels de la presse dans la sensibilisation de la communauté en général et l'importante responsabilité qui leur incombe en tant que quatrième pouvoir.

À l'initiative du MSPP/UCMIT/PNLS, un concours a été lancé lors de cette session afin de récompenser, lors de la journée mondiale du sida, trois journalistes pour la réalisation de reportages de qualité sur la problématique sur le VIH/sida en Haïti.

La solidarité et la responsabilité de chaque citoyen, chaque citoyenne, demeurent essentielles pour arriver à mettre fin à l'épidémie du VIH. Ensemble nous y arriverons !

**Ansanm, nap pran responsablite n pou sida
kaba**

Témoignage d'un journaliste à la rencontre de Malia Présidente de la plateforme PVVIH :

« C'est pour la première fois que je rencontre une personne qui vit avec le virus du VIH en son sang, je n'en reviens pas qu'elle puisse se dévoiler au grand public », témoigne ce jeune travailleur de la presse dont son frère est mort du sida au terme d'une présentation effectuée par la présidente de la Fédération Nationale des Associations de PVVIH, Malia Jean, une des figures emblématiques qui se dédie dans la lutte depuis plusieurs décennies en Haïti.

Quelques images :



11.3 Prise en Charge des Contacts des Patients Index (PCPI)

L'augmentation du taux de personnes qui connaissent leur statut VIH est un impératif pour le programme Nationale de lutte contre les IST/VIH SIDA (PNLS). De ce fait, plusieurs approches novatrices ont été développées pour introduire le dépistage du VIH dans les communautés et augmenter à la fois la couverture et le rendement du test. Dans ce contexte la PCPI est une alternative, qui consiste à offrir en toute confidentialité des services de Santé, incluant les Services Counseling et Dépistage du VIH aux Contacts de Patients index exposés au VIH. Cette intervention efficace aux niveaux communautaire et institutionnel a donné des résultats impressionnants en Haïti au cours des trois dernières années. En outre, durant la période allant d'Octobre 2019 à Septembre 2020, plus de 16,051 Patients Index ont accepté le service de PCPI, 11,148 ont fourni des contacts et 23,066 contacts ont été enregistrés. Parmi les 23,066 Contacts enregistrés, 14,042 ont été retrouvés dont 11,099 ne connaissaient pas leur statut VIH, 11,005 d'entre eux ont accepté de se faire dépister, dont 3,668 sont diagnostiqués VIH positif et 93% sont mis sous traitement.

En effet, Beaucoup d'efforts ont été consentis par différents réseaux de soins (UGP/PEPFAR, CMMB, PIH/ZL, GHESKIO, SANTE, FOSREF, CDS, Fondation SEROVie /ECP2, BRIDGE, WORLD VISION) pour une recherche active des Contacts des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissaient pas leur statut sérologique. Par ailleurs, plusieurs interventions ont été entreprises également par le PNLS pour fournir une assistance technique aux partenaires d'implémentation. Entre autres, l'équipe de l'UCMIT/PNLS en collaboration avec les réseaux de soins et CHARESS avait réalisé Huit (8) sessions de formation au cours du dernier semestre, dans le but de renforcer les compétences des prestataires, des Agents de santé communautaire Polyvalents et des Pairs pour une meilleure approche des Contacts de Patient Index.



Quelques Sessions de formation sur la Prise en Charge des Contacts des Patients Index (PCPI) en image.

Session de formation des Agents de santé communautaire polyvalents et pairs provenant des différents réseaux de Soins du 17-18 Septembre 2020 à l'Hôtel KINAM à Pétion Ville.



Présentation sur la prévention des IST / PrEP

Formation sur la prise en charge des contacts des patients index (PCPI) pour les sites du Projet ECP2 et le réseau BRIDGE, 10 au 12 août 2020 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP/HUEH)



Présentation de l'application Web PCPI & des techniques de communication

Session de formation pour des prestataires de Soins et des Agents de Santé communautaire Polyvalent et Pairs du réseau BRIDGE/ISPD du 2- 4 Septembre au bureau de l'UCMIT PNLS



Présentation sur la prévention PrEP & Remise des certificats par les cadres de l'UCMIT/PNLS et BRIDGE

Session de formation des prestataires provenant des sites du réseau SANTE dans le grand Nord (Nord, Nord-Est, Nord-Ouest) du 21-24 Septembre 2020 à l'Hôtellerie Roi Henry Christophe du Cap-Haïtien.



Intervention du représentant du PNLS à la formation sur la prise en charge des contacts des patients index (PCPI)

Session de formation des Agents de santé communautaire polyvalents provenant des sites du réseau SANTE Département du NORD, du 4- 5 Novembre 2020 à l'Hôtel Villa CANA Cap-Haïtien



Groupe de travail des ASCPS de Saint Raphael en train de préparer le résumé des notions vues le premier jour de formation



Intervention des ASCP

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

Dr Ermane ROBIN, MSPP/PNLS

Dr Middle FLEURANTIN, MSPP/PNLS

Conception et mise en page

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



Solidarité mondiale et responsabilité partagée
Ansanm, nap pran responsablite n pou sida kaba



Le sida en chiffres (Haïti 2020)

Indicateurs	Année 2019
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	160 000
Nombre de personnes actives sous ARV au 30 mars 2020	119 700
Nombre estime d'enfants vivant avec le VIH	8 200
Nombre estimé de Nouvelles infections	5 600
Incidence estimée du VIH	0,51 pour 1000, soit 51 cas pour 100 000 pers.
Nombre estimé de décès dus au sida	2 700
Couverture estimée de PVVIH connaissant leur statut	79%
Couverture estimée ARV globale (tous âges)	75%
Couverture estimée du traitement ARV des femmes adultes	84%
Couverture estimée du traitement ARV des enfants	45
Couverture estimée du traitement ARV des Femmes enceintes	86%
Couverture Charge Virale Indétectable	64%
Enfants ayant bénéficié d'un test PCR < 2 mois après la naissance	2 700 soit 72% des enf. exposés enregistrés
Prévalence du VIH chez les HARSAH (2014)	12,9%
Prévalence du VIH chez les PS (2014)	8,7%
Nbre d'institutions sanitaires offrant les services de dépistage du VIH	179
Nombre d'institutions sanitaires offrant le paquet complet de PTME	144
Nombre d'institutions sanitaires offrant les ARV	165

Cascade Patients Index de Juillet 2017 – Octobre 2020	
Nombre de Patients Index à contacter	53 821
Nombre de Patients Index contactés	50 046
Nombre de Patients Index qui acceptent PCPI	46 547
Nombre de Patients Index qui ont fourni des Contacts	33 348

Suivi des Contacts de Patients Index de Juillet 2017 – Octobre 2020	
Nombre de Contacts enregistrés	43 771
Nombre de Contacts retrouvés	34 705
Nombre de Contacts qui acceptent l'offre de Service PCPI	32 952
Nombre de Contacts ne connaissaient pas leur Statut VIH parmi ceux Retrouvés	25 610
Nombre de contacts testés parmi ceux qui ne connaissaient pas leur statut VIH	24 631
Nombre de contacts positifs parmi les nouveaux testés	8 208
Nombre de contacts nouvellement testés VIH+ mis sous traitement	7 954

Source : MSPP-PNLS, Révision des Estimations-Projections de 2020 / www.mesi.ht

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