



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS)**

**Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des
prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH**

RAPPORT FINAL

Version finale du rapport : 24 octobre 2016

**Coordination Technique du PNLS
200, route de Frères Pétion-Ville, Haïti**

Organisation responsable de l'implémentation du projet d'étude : Coordination Technique du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida.

La CT du PNLS est la direction centrale au sein du MSPPP qui est responsable de la gestion au quotidien de la gouvernance de la lutte contre les IST/VIH/Sida.

Adresse physique : 200, route de Frères, Pétion ville, jdvobe@yahoo.fr (509) 37 01 45 53

Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liée au VIH

Principaux investigateurs :

M. Emmanuel Pierre, statisticien, chef de service ai suivi et évaluation

Mme Rose Dyna Georgie A. Boulay, épidémiologiste de terrain, gestionnaire senior de données

Dr Gracia Desforges, conseiller technique

M. Robert Philippe, consultant principal

Co-investigateurs :

Mme Nirva Duval, chef de service suivi et évaluation

M. Jethro Guerrier, gestionnaire de données

M. Jean Etienne Toussaint, gestionnaire de données

Mme Blondine Jean Baptiste, officier planification suivi et évaluation

Source de financement :

Cette recherche est financée par le projet « investing for impact against TB and HIV » qui est une subvention en VIH/sida accordée à Haïti par le Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et le Sida dont PSI/OHMaSS est le Réciendaire Principal.

Octobre 2016

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ACRONYMES	5
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	7
RESUME EXECUTIF	8
I. INTRODUCTION.....	11
1.1. Mise en contexte et Justification	11
1.2. Rétention sous TAR	12
1.3. La stigmatisation et la discrimination	14
1.4. Objectifs de l'enquête.....	17
1.5. Plan du rapport	18
II. METHODOLOGIE	18
2.1. Conception de l'étude.....	18
2.2. Méthodes et Sources de collecte des données	18
2.3. Outils de collecte.....	19
2.3.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois.....	19
2.3.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME	19
2.3.3. Pour le niveau perçu de la discrimination.....	19
2.4. Choix de la population d'étude et des PPS	19
2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion	20
2.5.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois.....	20
2.5.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME	20
2.5.3. Pour le niveau perçu de la discrimination.....	20
2.6. Unité statistique et Base de sondage	21
2.6.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois :.....	21
2.6.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME	21
2.6.3. Pour le niveau perçu de la discrimination.....	21
2.7. Echantillonnage pour la rétention des femmes en PTME et la discrimination	21
2.7.1. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME	21
2.7.2. Pour la mesure de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH	22
2.8. Choix des enquêteurs	22

2.9.	Durée de la collecte des données	23
2.10.	Traitement de données et contrôle de la qualité	23
2.11.	Considérations éthiques et légales	24
2.12.	Limitations.....	25
III.	RESULTATS DE L'ETUDE.....	25
3.1.	Rétention à 6 et à 12 mois	26
3.2.	Rétention des femmes en PTME 12 mois après accouchement.....	36
3.3.	Résultats de l'enquête sur la stigmatisation et discrimination.....	40
3.3.1.	Caractéristiques générales des répondants.....	41
3.3.2.	Contrôle de l'infection	42
3.3.3.	Cadre environnemental de l'établissement de santé.....	44
3.3.4.	Politiques des établissements de santé	46
3.3.5.	Opinions sur les patients vivant avec le VIH	47
IV.	Conclusions et recommandations.....	49
V.	RÉFÉRENCES	53
VI.	LES ANNEXES.....	55
	Annexe 1. Résultats des sites taux de rétention à 6 et 12 mois.	55
	Annexe 2. Liste d'institutions retenues pour la rétention après accouchement.	60
	Annexe 3. Questionnaire stigmatisation et discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé.....	62
	Annexe 4. Formulaire de consentement libre et éclairé	69
	Annexe 5. Quelques définitions opérationnelles.....	71
	Annexe 6. Engagement d'assurance de confidentialité.....	74

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude n'aurait jamais vu le jour sans la collaboration, le support et l'expertise de nombreuses personnes et institutions qui ont accompagné la Coordination Technique du PNLS dans cette démarche. La liste est trop longue pour que la CT/PNLS mentionne tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la réussite de cette étude. Elle inclut tous le personnel des PPS qui font partie de l'étude, les membres de l'équipe de suivi et évaluation de la Coordination qui ont eu la lourde tâche de collecter les données, les directions départementales du MSPP et les responsables des réseaux.

La Coordination voudrait également exprimer sa profonde gratitude à PSI/OHMaSS (Programme Santé Information/Organisation Haïtienne de Marketing sur les Services de Santé) qui à travers le Fonds Mondial a financé la réalisation de cette étude.

La CT/PNLS est également reconnaissante au consultant, Robert Philippe, engagé comme l'un des investigateurs principaux qui a concouru à l'amélioration du protocole de l'étude, au contrôle de la qualité et l'analyse des données collectées, et à la rédaction du rapport final.

A toutes ces personnes et institutions, la Coordination Technique du PNLS adresse une fois de plus ses plus vives et sincères remerciements.

LISTE DES ACRONYMES

ARV	Anti Rétro Viral
CAL	Centre de Santee Avel Lits
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CS	Centre de Santé
CSL	Centre de Santé Sans Lits
CT	Coordination Technique
DP	Dispensaire
DRO	Disease Reporting Officer
EMR	Electronic Medical Record
FM	Fonds Mondial
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HD	Hôpital Départemental
HU	Hôpital Universitaire
HS	Hôpital Spécialisé
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce
ICC	International Child Care
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training Education Center for Health
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing sur les Services de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PATHFINDER	PATHINDER International
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PIH	Partner In Health
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida
POZ	Promoteur Objectif Zéro sida

PPS	Point de Prestation de Services
PSI	Programme Santé Information
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SE	Suivi et Evaluation
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TE	Transfert Entrant
TS	Transfert Sortant
UGP	Unité de Gestion de Projet
UMARYLAND	Université de Maryland
UMIAMI	Université de Miami
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Table 1 : Répartition des nouveaux enrôlés sous ARV entre 1er janvier et 31 décembre 2014 par département	26
Table 2 : Répartition des nouveaux enrôlés par département entre janvier et décembre 2014, Haïti 2016	27
Table 3: Répartition des nouveaux enrôlés par réseau entre janvier et décembre 2014, Haïti 2016.....	27
Table 4:Taux de rétention de la cohorte nette de 2014 par département et par sexe.....	31
Table 5 : Taux de rétention par réseau et par âge.....	33
Table 6:Caractéristiques des femmes enceintes à l'enrôlement en 2013.....	37
Table 7: Répartition des FE enrôlées sous ARV en 2013 par département	38
Table 8: Répartition des FE enrôlées sous ARV en 2013 par département	38
Table 9: Taux de rétention des femmes enceintes nouvellement enrôlées sous ARV en 2013 12 mois après accouchement par département et par âge	39
Table 10: Caractéristiques des répondants	41
Table 11: Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé les réactions suivantes dans votre centre de santé ?	45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV en 2014, Haïti 2016	25
Figure 2: Taux de rétention de la cohorte nette de 2014 par département	25
Figure 3 : Taux de rétention de la cohorte nette de 2014 par réseau	27
Figure 4: Statut des patients enrôlés sous TAR après 12 mois	28
Figure 5: Répartition des raisons d'inactivités des patients sous TAR de la cohorte 2014, Haïti 2016	28
Figure 6: Répartition des raisons d'inactivité par département	29
Figure 7: Répartition des raisons d'inactivité par réseau	30
Figure 8 : Taux de rétention des FE enrôlées sous ARV 12 mois après accouchement	33
Figure 9: Dans quelle mesure auriez-vous peur de contracter le VIH en faisant les actions suivantes ?	36
Figure 10: Est-ce que vous appliquez généralement l'une des stratégies suivantes quand vous fournissez des soins ou des services à un patient vivant avec le VIH ?	36
Figure 11: Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes	38
Figure 12: Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes	39

RESUME EXECUTIF

Ce rapport présente le résultat de l'enquête de rétention et de perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH réalisée dans 131 PPS offrant le TAR au niveau des dix départements géographiques d'Haïti du 1^{er} Avril au 30 juin 2016. L'objectif est de mesurer le taux de rétention à 6 et à 12 mois des patients sous TAR en Haïti et comprendre la stigmatisation et les perceptions sociales qui la conditionnent chez les prestataires de soins. Il s'agit spécifiquement déterminer la proportion des patients encore en vie et sous TAR à 6 et 12 mois après l'initiation du traitement au sein de la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 ; de déterminer la proportion de femmes enceintes sous TAR 12 mois après leur accouchement de la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013 et de déterminer le niveau de la crainte de l'infection VIH parmi le personnel de santé.

La collecte de données a été faite par la revue des registres ARV et des dossiers médicaux électroniques (DME/i-Santé). L'enquête des patients sous TAR de la cohorte de 2014 est exhaustive. L'échantillon des femmes enceintes de la cohorte de 2013 a été déterminé à partir du logiciel libre de calcul en ligne OpenEpi version 3 (www.openepi.com). Selon cette méthode, la taille de l'échantillon est de 533 avec un niveau de confiance de 95%. Le nombre de femmes enceintes à enquêter par institution, 35 au total répondant aux critères d'inclusion, a été calculé proportionnellement à la taille de l'échantillon. Les prestataires (médecin/infirmière, psychologue/Travailleur social et Gestionnaire de données) des 35 PPS incluant dans l'étude étaient éligibles pour l'enquête sur la stigmatisation et la discrimination, soit 140 à raison de 4 par PPS. Les données de rétention ont été collectées du 1^{er} avril au 30 Juin 2016 par les gestionnaire de données de PNLS à partir d'un outil électronique (Excel) développé par OMS et celles de la stigmatisation grâce au questionnaire standardisé développé par le projet Politique Sanitaire de l'USAID/PEPFAR.

Les résultats de l'enquête indiquent que le taux de rétention à 6 mois de la cohorte de 2014 est de 79,4% tandis que la rétention à 12 mois est de 68,2%. Ces taux de rétention varient d'un département à l'autre et d'un réseau à l'autre. Ainsi, le taux de rétention à 12 mois de suivi des patients sous TAR varie de 79% (département du Sud) à 53% (département du Centre). Les départements du Sud, des Nippes et du Nord ont affiché les plus fort taux de rétention à 12

mois, soit respectivement 79%, 75% et 73%. Quatre départements sont en dessous de la moyenne nationale : Nord-Est (66%), Sud-Est (64%), Artibonite (61%), et Centre (53%). Il en résulte que deux (2) départements sur dix (2) ont atteints le standard de l'OMS après 12 mois de suivi ; il s'agit des départements du Sud (79%) et des Nippes (75%). La désagrégation des taux de rétention par sexe et âge indique que les taux de rétention sont faibles chez les femmes enceintes quel que soit le département considéré. Il en résulte que la rétention des femmes enceintes sous TAR est un problème sérieux pour la performance du Programme au niveau national. Les départements qui ont un taux de rétention élevé chez les femmes enceintes sont ceux qui accusent les taux de rétention les plus élevés.

La répartition du taux de rétention par réseau indique que les réseaux HTW (100%), PATHFINDER (78,8%), CMMB (78,8%) et POZ (78%) sont plus performants dans la rétention des patients enrôlés sous TAR après 12 mois de suivi. Ils sont les seuls à atteindre le seuil fixé par l'OMS pour la rétention à 12 mois.

En ce qui a trait à la rétention des femmes en PTME, le taux de rétention 12 mois après accouchement est de 60%. Pour les 40% (201) de femmes en PTME inactives, la quasi-totalité (192) sont des perdues de vue (96%).

Globalement, le Programme retient 68% des patients sous traitement après 12 mois de suivi et 60% en PTME. Il en résulte que les cas de perdus de vue sont le goulot d'étranglement du Programme de VIH/sida en Haïti.

Les résultats de l'enquête sur la stigmatisation indiquent que plus de 75% des 139 prestataires enquêtés sont âgés de moins de 40 ans. Ils sont majoritairement des femmes (63%) et près de 2/3 (74%) travaillent dans des PPS de trois départements : Ouest (41,7%), Artibonite (18,7%) et Nord (13,7%). Ils sont en général par ordre décroissant des infirmières (33%), des DRO (21%) et des Médecins (19%). En moyenne, moins de 50% d'eux ont déjà suivi une formation sur les termes suivants : 1) Stigmatisation et discrimination liées au VIH (58,3%) ; 2) Contrôle des infections et précautions universelles (43,3%); 3) Consentement informé des patients, privauté et confidentialité (41,7%) ; et 4) Stigmatisation et discrimination de populations clés exposées au VIH (33,1%).

On constate qu'une proportion non négligeable de prestataire a la crainte de l'infection à VIH. Cette crainte de l'infection peut conduire à l'utilisation inutile de certaines mesures de

protection qui visiblement identifient les PVVIH, stigmatisent et révèlent ainsi le statut sérologique des patients à d'autres staffs et aux autres patients.

L'observation de comportement stigmatisant est un bon proxy pour la discrimination dans les centres de santé. L'analyse des données révèle la présence de la stigmatisation observée dans l'environnement des PPS. La stigmatisation secondaire est également présente dans les PPS. L'étude montre également qu'au moins 8% des prestataires ont observé que des collègues hésitent à travailler avec un collègue qui vit avec le VIH. Ce qui n'est pas sans conséquence dans la prise en charge de la maladie.

Les résultats indiquent que 6% de prestataires sont d'accord d'administrer un test de dépistage sans informer le patient ; 19% ne seront confrontés à aucune répercussion au travail s'ils font preuve de discrimination envers les PVVIH, 27% ont déclaré qu'il n'y a pas assez de fournitures appropriées dans leur centre de santé pour réduire le risque de transmission du VIH et 22% sont aussi d'accord qu'il n'y a pas de procédures standardisées dans leur centre de santé qui réduisent leur risque de contracter le VIH. Finalement, 61% des prestataires ont déclaré qu'il n'y a pas de lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.

Ces résultats sont très préoccupants puisqu'il s'agit des facteurs institutionnels qui peuvent aider à réduire la stigmatisation et la discrimination et qui peuvent aussi encourager le personnel des PPS à offrir des services sécuritaires et attrayants aux PVVIH et les populations clés affectées par le VIH.

I. INTRODUCTION

1.1. Mise en contexte et Justification

La rétention des patients VIH positifs sous TAR est devenue un enjeu majeur de tous les Programmes de lutte contre le VIH à travers le monde. Rappelons que l'infection à VIH et sa conséquence, le sida, demeurent une priorité mondiale majeure, depuis 1983. Ils constituent une situation d'urgence mondiale et représentent l'un des défis redoutables pour le développement, le progrès et la stabilité de nos sociétés respectives et du monde. Malgré les progrès importants réalisés depuis plus de 30 ans, en matière de prévention, de la diminution de nouvelles infections à VIH et de celle du nombre des décès annuels liés au Sida, l'épidémie de VIH reste une catastrophe humaine sans précédent qui inflige d'immenses souffrances aux pays, aux communautés et aux familles du monde entier en témoigne le nombre de personnes vivant avec le VIH qui continue à augmenter. Selon le rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie, à la fin de 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, 2,0 millions ont été nouvellement infectées au cours de cette année et 1.2 millions en sont décédés (ONUSIDA, juillet 2015)¹.

La CT du PNLS a réalisé, au cours des 4 dernières années, 3 enquêtes de rétention sous TAR dont les rapports finaux et/ou les bulletins de surveillance épidémiologique qui en ont fait état peuvent être retrouvés au niveau du site web du MSPP, le www.mspp.ht . Ces enquêtes ont étudié différentes cohortes pour la mesure de plusieurs taux de rétention. La présente s'intéresse à la cohorte janvier – décembre 2014.

Les enquêtes de rétention sous TAR déjà réalisées montrent que le taux principal, celui à 12 mois sous régime de première intention, en Haïti a respecté le standard de l'OMS qui est de 75%, sauf celle de la dernière enquête sur la cohorte octobre 2012 – septembre 2013 qui a fourni un taux de 73,1%². Mais cet indicateur, qui est également un IAP pour prévenir le plus tôt possible l'apparition des résistances du VIH, mérite d'être mesuré régulièrement et d'après le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018, il doit l'être annuellement. Etant donné la nécessité d'un traitement à vie, nous devons nous attendre à l'augmentation des résistances du VIH aux ARV chez les PVVIH sous TAR. Cet élément intrinsèque à l'administration du TAR justifie à lui seul la conduite d'enquêtes de rétention de façon régulière.

¹ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_epi_core_fr.pdf

² <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Bulletin%20de%20Surveillance%20epid%C3%A9miologique%20VIHSida%20num%C3%A9ro%202011.pdf>

1.2. Rétention sous TAR

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est un domaine dynamique qui évolue rapidement et est caractérisée par la contribution de l'OMS qui se charge de communiquer à toutes les coordinations nationales de lutte contre le sida les nouvelles directives en la matière. Ainsi, selon les recommandations de 2013, toutes les femmes enceintes et allaitantes infectées par le VIH devraient initier une trithérapie antirétrovirale qui doit être maintenue au moins pendant toute la durée du risque de transmission mère-enfant (Option B). Le traitement antirétroviral doit être poursuivi à vie chez les femmes qui sont éligibles au traitement ARV (Option B+). Cette simplification permettrait de maximiser le rendement des programmes de PTME par un meilleur alignement avec les programmes de traitement antirétroviral et un renforcement des liens entre ces deux programmes à tous les niveaux de prestation de services³.

Dès lors les options B et B + sont les régimes privilégiés et nécessaires. Dans tous les pays bénéficiant des fonds de PEPFAR, la proportion de femmes enceintes qui entreprennent une thérapie à vie sur l'option B + est passée de 26 % en 2011 à 84 % en 2014⁴.

En Haïti, l'application de l'option B+ s'est vite répandue dans le milieu de la prise en charge du VIH chez les femmes enceintes nouvellement enrôlées dans la cadre de la PTME. Entre 2012 et 2014, le pourcentage de femmes enceintes séropositives enrôlées sous traitement à vie est passé de 40 % à plus de 90 %. Le lancement d'un traitement antirétroviral à vie pour toutes les femmes enceintes, quel que soit le nombre de CD4 est une stratégie prometteuse⁵.

Cependant l'efficacité des programmes de PTME à travers l'option B+ ne doit pas être évaluée seulement en fonction de la vitesse de l'application des normes et du succès de l'initiation. A l'heure actuelle, des auteurs tels que Coutoudis⁶ se demandent si l'option B+ est la meilleure alternative possible. Est-il éthique de donner aux femmes enceintes ayant un nombre élevé de

³ OMS, Avril 2012

⁴ PEPFAR, 2015 annual report to congress, Mars 2015

⁵ Van de Perre, BMJ 2013, cité dans

⁶ Coutoudis, The Lancet 2013. Traitement par prévention et grossesse en Afrique subsaharienne cité par Didier Koumavi EKOUÉVI, Paris, 26 nov. 2013.

cellules CD4 >500 un traitement à vie sans en comprendre pleinement les bénéfices à long terme et les risques⁷ ?

Au-delà de ces questionnements, le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 vise un taux de rétention de 85 % de patients placés sous ARV après 12 mois d'initiation. En fonction de cet objectif, nous nous proposons d'évaluer le taux de rétention des femmes sous ARV 12 mois après l'accouchement et ayant été enrôlées sous ARV entre 2012 et 2013.

Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, numéro 3⁸, avait profité de l'enquête de 2012 pour discuter et administrer un questionnaire aux prestataires sur les facteurs d'attrition au TAR selon leurs points de vue. Dans la présente enquête, et selon la même approche, la CT du PNLS introduit un autre sujet qui pourrait être un facteur responsable, au sein des PPS eux-mêmes, de l'abandon du traitement : la stigmatisation et la discrimination. La CT, s'alignant entièrement sur la « déclaration politique sur le VIH/sida⁹ » de juin 2011 de l'assemblée générale des Nations Unies et du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018, doit trouver, promouvoir et/ou renforcer les stratégies qui respectent les droits de l'homme pour réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH. Dans le cadre de cette enquête, l'aspect stigmatisation et comportement des prestataires face au VIH y a été abordé.

⁷ Coutoudis, The Lancet 2013. Traitement par prévention et grossesse en Afrique subsaharienne cité par Didier Koumavi EKOUEVI, Paris, 26 nov. 2013.

⁸ <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Bulletin%20de%20Surveillance%20Epidemiologique%20VIH%20Sida%20no%203.pdf>

⁹ http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf

1.3. La stigmatisation et la discrimination

Plus de 30 ans après l'apparition de l'épidémie à VIH, la stigmatisation et les discriminations liées au VIH/sida sont encore une réalité à travers le monde et encore plus dans des pays comme Haïti. En décembre 2015, au cours d'une rencontre liée à la commémoration de la JMS dans le Nord, nombreuses ont été les plaintes et les revendications des PVVIH relatives à la stigmatisation et les discriminations subies au sein de nos institutions et de nos communautés. Ils soulignent le rejet par leur communautés ou, cas le plus tragique, par leurs propres familles. Ils ont peur d'être montrés du doigt, ce qui les condamne au silence ; or, dans la lutte contre le sida, le silence est synonyme de mort. La stigmatisation et les discriminations ont des conséquences extrêmement graves sur l'utilisation des services de santé pour la prévention, le diagnostic et le traitement (Link, 2001 ; AIDES, 2015). Rappelons-nous cette phrase de Nelson Mandela qui est restée célèbre sur la stigmatisation liée au sida dans son discours lors de la cérémonie de clôture de la conférence de Barcelone le 15 juillet 2002. « Nombreux sont ceux et celles qui souffrent du sida; ceux qui ne mourront pas des conséquences directes de la maladie seront tués presque aussi sûrement par la stigmatisation qui frappe toutes les personnes atteintes du virus ».

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de juin 2001¹⁰ adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, souligne le consensus mondial sur la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au sida. Elle stipule que le combat contre la stigmatisation et la discrimination est une condition préalable à l'efficacité de la prévention et de la prise en charge, et réaffirme que la discrimination liée au statut sérologique d'une personne constitue une violation des droits de l'homme.

La stigmatisation et la discrimination existent, malheureusement, dans les milieux institutionnels, en particulier sur le lieu de travail, dans les services de soins de santé, les prisons, les établissements d'enseignement et les centres sociaux. Cette discrimination concrétise la stigmatisation effective en des politiques et des pratiques institutionnelles discriminant les PVVIH, ou au contraire en une absence de politiques antidiscriminatoires ou de procédures de réparation. Les exemples de cette forme de discrimination à l'égard des PVVIH sont entre autres : soins de qualité inférieure, déni d'accès aux soins et au traitement,

¹⁰ http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_fr.pdf

dépistage du VIH sans consentement, violations de la confidentialité, notamment parler de la séropositivité d'une personne à ses proches ou à des organismes extérieurs, attitudes négatives et pratiques dégradantes de la part des professionnels de la santé.

Le sida n'est pas la seule maladie qui peut entraîner de la stigmatisation et de la discrimination. Dans le temps, la stigmatisation et les discriminations ont frappé les victimes de toute une variété de maladies ou d'états de fait : tuberculose, maladies mentales, épilepsie, anomalies physiques, alcool et abus de drogues, mauvais traitements physiques et abus sexuels, appartenance raciale ou genre (Goffman, 1963). La stigmatisation est essentiellement associée aux maladies qui provoquent des altérations des traits, aux maladies incurables, ou aux infections perçues comme étant le résultat du comportement des victimes. La stigmatisation est fréquente aussi pour les maladies vues comme étant dues à des violations de normes sociales, par exemple pratique sexuelle condamnée par la société (Crandall, 1995). Le sida, malheureusement, répond, à tous ces critères.

La stigmatisation associée au sida est fondée sur des idées reçues selon lesquelles les personnes infectées auraient transgressé un ensemble de valeurs et de croyances partagées (De Bruyn, 1999). Ces « transgressions » touchent souvent à la sexualité, ou à des comportements illégaux et socialement inacceptables, comme la consommation de drogues. Des hommes atteints du VIH peuvent se retrouver catalogués comme homosexuels, bisexuels, ou ayant eu des relations sexuelles avec des prostituées. Les femmes atteintes du VIH peuvent être perçues comme ayant des mœurs légères. La société perpétue souvent la stigmatisation et la discrimination par peur ou ignorance, ou même simplement parce qu'il est toujours plus facile d'accuser la victime. En rejetant les responsabilités sur certains individus ou certains groupes, la société tente de justifier son refus de soin et de compassion envers ces personnes ou ces groupes (Bharat, 2001).

La stigmatisation et la discrimination peuvent être les principaux obstacles à l'utilisation des services de santé pour la prévention, le diagnostic et le traitement. La honte attachée au VIH/sida peut dissuader les individus à solliciter conseils, tests de dépistage ou traitements, ce qui ruine tous les efforts de prévention. Cette honte agit aussi comme un frein à l'accès aux soins, à une gestion rationnelle de leur état de santé (ONUSIDA, 2001). La peur de l'infection peut conduire le personnel de santé à des réactions de mépris, de violence, voire au refus pur et simple de traiter les personnes vivant avec le sida. Ainsi, La stigmatisation et la discrimination

peuvent contribuer à l'extension de l'épidémie à VIH, car elles suscitent une culture du secret, du silence, de l'ignorance, du reproche, de la culpabilisation et de la victimisation. Cela peut entraîner, évidemment, des souffrances ainsi que des effets économiques et sociaux désastreux pour les PVVIH, leurs familles et les communautés.

Pour les PVVIH, la stigmatisation et la discrimination dans les centres de santé peuvent présenter de graves obstacles, qui affectent leur accès aux soins de santé et leur engagement. Dans le but de renforcer la prise de conscience de la stigmatisation et de son impact dévastateur sur la vie des gens, La CT du PNLS se propose cette année, à travers l'enquête sur la rétention des patients sous TAR, d'investiguer sur la stigmatisation et la discrimination. L'investigation sur cette « épidémie cachée »¹¹ sera conduite à l'aide d'un questionnaire¹² testé et utilisé à l'échelle mondiale pour mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé. Car, reconnaître l'existence de la stigmatisation et de la discrimination constitue la première étape d'une action qui pourrait améliorer notablement la vie des PVVIH, leurs familles et la société en général. Il est probablement difficile d'éradiquer la stigmatisation et la discrimination, mais certaines interventions peuvent en limiter les effets.

Nous retenons dans le cadre de la réalisation de cette enquête les définitions suivantes sur la stigmatisation et la discrimination :

- La **stigmatisation** est un sérieux désaccord social de caractéristiques ou croyances personnelles qui sont perçues comme allant à l'encontre des normes culturelles (Goffman, 1963). Elle a été décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres (PNLS, 2013). Les caractéristiques sur lesquelles se portent la stigmatisation, par exemple la couleur de la peau, la manière de parler et la préférence sexuelle, peuvent être totalement arbitraires. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur (Parker, 2002).
- La **discrimination** est la conséquence de la stigmatisation (Parker, 2002). Elle est définie comme l'application de la stigmatisation. A son tour, elle encourage et renforce la stigmatisation. La discrimination, telle que définie par l'ONUSIDA (2001) dans le « Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec

¹¹ http://vih.org/sites/default/files/transcriptases_148.pdf

¹² <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=stigmaPackage>

le VIH », renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne, généralement mais pas exclusivement, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier, par exemple dans le cas du VIH et du sida, une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif, que ces mesures aient ou non une quelconque justification (PNLS, 2013).

1.4. Objectifs de l'enquête

- Mesurer le taux de rétention à 6 et à 12 mois de la cohorte 2014 de tous les nouveaux patients enrôlés sous TAR du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 au niveau de tous les PPS ayant offert des services et soins VIH/Sida pour la période couverte par cette enquête.
- Mesurer le taux de rétention des femmes enceintes 12 mois après accouchement pour la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.
- Comprendre la stigmatisation et les perceptions sociales qui la conditionnent chez les prestataires de soins pour adapter les supervisions et les formations afin de minimiser l'impact de cette stigmatisation sur la rétention et l'adhérence au TAR.

De manière spécifique, il s'agit de :

- Déterminer la proportion des patients encore en vie et sous TAR à 6 et 12 mois après l'initiation du traitement au sein de la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.
- Déterminer la proportion de femmes enceintes sous TAR, au sein de la cohorte précédente sur la base d'un échantillon qui continue à prendre leur traitement après leur accouchement entre le du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.
- Identifier les causes de sortie des patients en suivi au niveau de chaque PPS au sein de la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.
- Déterminer le niveau de la crainte de l'infection VIH parmi le personnel de santé.
- Déterminer les stéréotypes et les préjugés liés aux PVVIH ou perçus comme tels
- Proposer le contenu que pourrait avoir un code déontologique à soumettre au MSPP à faire signer par les prestataires de services offrant des services et soins VIH/sida.

1.5. Plan du rapport

Le document est organisé en trois chapitres principaux et l'introduction, comme premier chapitre, qui fait une mise en contexte de l'étude et présente ses objectifs et les limites. Le deuxième traite de la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'étude. Le troisième présente les résultats détaillés de l'étude pour l'ensemble du pays puis par département et par réseau. Enfin, le quatrième fait la conclusion et formule des recommandations.

II. METHODOLOGIE

2.1. Conception de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale sur la rétention sous traitement antirétroviral (TAR) des patients VIH positifs. Elle a été réalisée au niveau de la cohorte de nouveaux patients enrôlés sous TAR du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014. Une cohorte est définie, dans le cadre de cette étude, comme tous les patients enrôlés aux ARV du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.

2.2. Méthodes et Sources de collecte des données

La collecte des données a été faite par la revue des registres des patients sous TAR et des dossiers médicaux électroniques (DME/i. Santé) et une enquête auprès des prestataires de soins au niveau d'un échantillon de PPS pour le niveau perçu de la stigmatisation des patients VIH.

Trois (3) sources de collecte de données étaient utilisées pour réaliser l'enquête, notamment :

- Les registres ARV des patients pour la détermination du taux de rétention à 6 et à 12 mois au niveau de tous les PPS pour la cohorte du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 ;
- Les registres : ARV, Prénatal et Maternité, y compris les dossiers médicaux papier et/ou électroniques pour évaluer la rétention à 12 mois après l'accouchement des femmes enceintes placés sous ARV en 2013, à travers un échantillon de PPS ;
- Les prestataires de soins en vue de mesurer le niveau perçu de stigmatisation des patients VIH au niveau institutionnel à travers un échantillon de PPS.

2.3. Outils de collecte

2.3.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois

L'outil de collecte de données pour la mesure de la rétention sous TAR à 6 et 12 mois est le même qui a été utilisé lors de l'enquête réalisée entre décembre 2013 et mars 2014. Il s'agit d'un outil électronique (Excel) développé par OMS comportant des formules pour le calcul automatique des indicateurs. Cet outil a été utilisé lors des enquêtes sur la rétention à 12 mois des patients sous ARV en 2012 et 2013.

2.3.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME

Les données pour l'enquête de rétention sur les femmes enceintes enrôlées sous TAR 12 mois après l'accouchement ont été collectées à partir d'un outil électronique (Excel) développé par OMS comportant des formules pour le calcul automatique des indicateurs. Cet outil a été utilisé lors des enquêtes sur la rétention à 12 mois des patients sous ARV en 2012 et 2013. Il a été réadapté pour la saisie des données collectées dans le cadre de cette enquête. Cet outil développé par OMS a déjà été adapté et utilisé pour toutes les enquêtes conduites en Haïti sur les IAP (y compris la rétention) en 2006, 2007, 2009, 2010, 2012 et 2014.

2.3.3. Pour le niveau perçu de la discrimination

Pour mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé, le questionnaire standardisé (en annexe) développé par le projet Politique Sanitaire de l'USAID/PEPFAR a été utilisé. Cet outil a été testé à l'échelle mondiale pour mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les centres de santé. Cet outil peut aider à faciliter le suivi de routine de la stigmatisation liée au VIH ainsi que l'expansion et l'amélioration des programmations et politiques au niveau des centres de santé.

2.4. Choix de la population d'étude et des PPS

Taux de rétention à 6 et à 12 mois. Il s'agit d'une enquête exhaustive où toutes les institutions offrant le service ARV à travers le pays étaient sélectionnées pour la période de l'étude. Ainsi la population de l'enquête est constituée de tous les patients (homme, femme non enceinte, femme enceinte, enfant) qui ont été enrôlés dans le registre ARV de toutes les institutions ayant offert le TAR pour la période de l'étude.

Rétention chez les femmes enceintes / option B+. La population pour la rétention des femmes en PTME 12 mois après l'accouchement est composée de la cohorte des femmes enceintes ayant initié le TAR au cours de la période de janvier à décembre 2013, soit : 3505¹³

Stigmatisation et discrimination. La population pour la mesure du niveau perçu de la discrimination est constituée de 152 prestataires travaillant au niveau des 38 PPS retenus pour l'enquête sur la rétention des femmes en PTME 12 mois après accouchement.

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.5.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois

Critère d'inclusion : Patients (homme, femme non enceinte, femme enceinte, enfant) initialement mis sous traitement antirétroviral dans l'établissement d'origine.

Critère d'exclusion : Patients (homme, femme non enceinte, femme enceinte, enfant) ayant préalablement été enrôlés dans un autre établissement de soins et traitement.

2.5.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME

Critère d'inclusion : tous les hôpitaux départementaux et tous les autres sites ayant enrôlé au moins 30 femmes enceintes pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

Critère d'exclusion : tous les sites n'ayant pas pu enrôlés au moins 30 femmes enceintes pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

2.5.3. Pour le niveau perçu de la discrimination

Critère d'inclusion : prestataire (médecin/infirmière, psychologue/travailleur social, gestionnaire de données) travaillant au niveau des sites PTME retenus pour l'établissement de l'échantillon de la deuxième partie de l'enquête.

Critère d'exclusion : prestataire (médecin/infirmière, psychologue/travailleur social, gestionnaire de données) ne travaillant pas au niveau des sites PTME retenus pour l'établissement de l'échantillon de la deuxième partie de l'enquête.

¹³ Source : www.mesi.ht

2.6. Unité statistique et Base de sondage

2.6.1. Pour la rétention à 6 et à 12 mois

L'unité statistique est un patient éligible (enfant ou adulte) ayant initié un TAR à long terme du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 conformément au protocole de traitement approuvé par le manuel de norme de prise en charge du MSPP.

Les informations relatives aux patients ont été collectées à partir des registres ARV selon un ordre chronologique de janvier à décembre 2014. En d'autre terme, l'enregistrement des patients a été fait de manière bien ordonné suivant la date d'enrôlement. Ainsi, les registres ARV ont constitué la base de sondage.

2.6.2. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME

L'unité statistique est une femme enceinte ayant initié le TAR au cours de la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013.

Base de sondage : Les informations relatives aux femmes enceintes ont été collectées à partir des registres ARV et de maternité selon un ordre chronologique de janvier à décembre 2013. En d'autre terme, l'enregistrement des FE a été fait de manière bien ordonnée suivant la date d'enrôlement. En outre, d'autres sources telles : le dossier médical et/ou un cahier auxiliaire tenu par la case manager étaient utilisés là où les données au niveau des registres ARV et maternité n'étaient pas complètes.

2.6.3. Pour le niveau perçu de la discrimination

L'unité statistique pour le niveau perçu de la discrimination est un médecin/infirmière, un psychologue/travailleur social, un technicien de labo et un gestionnaire de données. Cette enquête a eu lieu parmi le personnel des centres de santé pour une meilleure adaptation de la supervision auprès de ce groupe. Il s'agit d'une étude descriptive, transversale.

2.7. Echantillonnage pour la rétention des femmes en PTME et la discrimination

2.7.1. Pour la rétention 12 mois après accouchement des femmes en PTME

L'échantillon des femmes enceintes a été déterminé à partir du logiciel libre de calcul en ligne OpenEpi version 3 (www.openepi.com). Selon cette méthode, la taille de l'échantillon est de 533 avec un niveau de confiance de 95%. Les paramètres pris en compte sont

- Fréquence (taux de rétention) estimée : 75% ;

- Précision : 5% ;
- Population de femmes enceintes pour les 38 sites répondant au critère d'inclusion : 2506 ;
- Effet de champ: 2.0 ;
- Taille de l'échantillon $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z_{1-\alpha/2}^2 * (N-1) + p*(1-p)]$.

Le nombre de femmes enceintes (FE) enquêté par institution était déterminé proportionnellement à la taille de l'échantillon (voir annexe 2). Etant donné que les femmes enceintes sont enregistrées dans les registres PTME selon un ordre chronologique, le choix des femmes enquêtées était fait selon la méthode aléatoire systématique.

2.7.2. Pour la mesure de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Il s'agit d'un échantillon de convenance (raisonné) constitué de 152 prestataires travaillant au niveau des 38 PPS retenus pour la 2^e enquête. Soit 4 par institution, répartis comme suit : un médecin/infirmière, un psychologue/travailleur social, un technicien de labo et un gestionnaire de données. Cet échantillon permettra de faire le point (diagnostic de situation) sur la stigmatisation et la discrimination au niveau de ces PPS. Ces informations seront utilisées à l'adaptation au contexte haïtien d'un code déontologique au MSPP. Le MSPP disposera ainsi d'un outil efficace qui, associé à la supervision et à la formation continue, pourra réduire la stigmatisation chez les prestataires de soins au niveau de l'ensemble du secteur de la santé.

2.8. Choix des enquêteurs

La collecte des données était effectuée par 4 équipes. Chaque équipe était constituée d'au moins 1 enquêteur, un chauffeur du PNLS et l'Officier de Suivi/Évaluation de la Direction Sanitaire départementale. Les enquêteurs étaient les membres du service de Suivi/Evaluation de la Coordination Technique du PNLS (Gestionnaire de Données, Statisticien et Officier de Planification et de Suivi/Evaluation).

Les questionnaires ont été pré-testés avant la collecte sur le terrain en vue d'une meilleure appropriation. Une journée de formation sur le remplissage des questionnaires était réalisée à l'intention des enquêteurs et des superviseurs en vue de bien remplir les questionnaires et formulaires durant la collecte de données.

2.9. Durée de la collecte des données

Les activités de terrain pour la collecte de données s'étaient réalisées sur une période allant du 1^{er} Avril au 30 Juin 2016 au niveau de l'ensemble des institutions ARV pour la période. Chaque équipe avait au moins 30 institutions, dépendamment de la taille de l'institution et du type d'enquête (mesure de la rétention sous TAR, retentions des femmes enceintes 12 mois après accouchement, stigmatisation et discrimination auprès des prestataires). La collecte de données a duré au moins deux journées par institution.

2.10. Traitement de données et contrôle de la qualité

Des procédures relatives au contrôle de qualité des données saisies étaient préalablement définies. Pour minimiser les erreurs, l'interface de saisie de données était configurée de manière à ce qu'il ait la même apparence que le questionnaire papier en naviguant par séquence à travers les questions et en codant les réponses automatiquement, tout en vérifiant les sauts de questions.

Les questionnaires sur la stigmatisation et discrimination remplis ont été transférés au niveau central pour la saisie à partir du logiciel de traitement statistique (SPSS) qui permettra de faire des analyses et de produire des tableaux.

Toutes les données des enquêtes 1 et 2 étaient collectées directement sur ordinateur par les membres du service SE du PNLS. La vérification des valeurs aberrantes et autres erreurs dans tous les fichiers était notifiée par le consultant qui les a retournées aux collecteurs de données pour explication et/ou pour correction à faire au niveau du PPS. La saisie des données sur la stigmatisation était assurée par un contractuel. Une double saisie était effectuée pour un minimum de 10% des questionnaires remplis choisis au hasard afin de tester le niveau d'erreur dans le processus de saisie.

L'ossature de l'analyse pour la rétention se construit sur la base des standards fixés par l'OMS en matière de rétention des patients sous TAR qui sont :

- Taux de rétention à 6 mois : 85%
- Taux de rétention à 12 mois : 75%

Cette enquête fournit des informations par département, par réseau et pour l'ensemble du pays.

2.11. Considérations éthiques et légales

Les données de l'étude sur la rétention des patients sous TAR sont conservées au PNLS. Pendant la durée de l'étude, les données étaient stockées dans des ordinateurs à accès restreint à la Coordination Technique du PNLS. Seules les personnes autorisées avaient accès au contenu de la base de données de l'étude.

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

Concernant, l'enquête sur la stigmatisation et la discrimination, le questionnaire était rempli par le personnel du PPS lui-même. Les questionnaires remplis sont ensuite transmis à l'enquêteur qui, après vérification d'un choix de réponse aux différentes questions, les ont conservés dans des enveloppes fermées. Pour préserver l'anonymat, les noms n'étaient pas collectés, ce, pour faciliter la saisie par le contractuel qui avait préalablement signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

La participation à cette enquête était entièrement volontaire. L'enquêté était par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y contribuer en totalité ou en partie (ex. ne pas vouloir répondre à certaines questions). Aucun frais n'était donné aux enquêtés, aucune utilisation de coercition, d'incitation et/ou d'intimidation n'était pas faite pour obtenir leur consentement.

Comme toute étude scientifique déjà réalisée par la CT du PNLS ou ayant reçu un appui de sa part, le protocole était soumis au Comité National de Bioéthique et avait reçu son approbation avant son exécution.

2.12. Limitations

Les résultats de cette étude doivent être contextualisés. Pour la rétention des femmes en PTME, aucune généralisation ne saurait être faite; néanmoins, des références, des hypothèses et des comparaisons peuvent en être tirées par des chercheurs en tenant compte des approches conceptuelles et des devis de leurs études. Sur la stigmatisation liée au VIH, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des PPS et des prestataires et la qualité des répondants et celle des réponses ne sont pas assurées. Il est possible qu'il y ait des biais de réponses.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

Le nombre d'institutions sanitaires offrant la prise en charges des personnes vivant avec le VIH en 2014 était de 147. Selon les données rapportées sur mesi.ht (2014), ces 147 points de prestations de services (PPS) ont enrôlés 19 018 personnes sous ARV entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014. Parmi ces nouveaux enrôles sous ARV de la période: 695 (4%) sont des enfants, 6 621 (35%) sont des hommes, 8 943 (47%) sont des femmes et 2 759 (15%) sont des femmes enceintes.

Le tableau 1 indique que près de la moitié (46%) des nouveaux enrôlés sous ARV au niveau national se trouvent au niveau du département de l'Ouest. Alors les départements de l'Artibonite, du Centre, de la Grand'Anse, des Nippes, Du Nord, du Nord-Est et du Nord-Ouest, ensemble, ne comptent que 46% des nouveaux enrôlés sous ARV de la période. Ceci est dû au fait que le département de l'Ouest a beaucoup plus de PPS (33,3%) et contient l'un des plus grands établissements (les centres GHESKIO) offrant les services de prise en charges du VIH en Haïti. Selon les données rapportées, soixante-deux pourcent (62%) des nouveaux enrôlés de la période de l'étude étaient des femmes âgées de 15 ans et plus dont 15% étaient enceintes. Similairement à la cohorte de 2014, 4% des nouveaux enrôlés sous ARV étaient des enfants.

Table 1 : Répartition des nouveaux enrôlés sous ARV entre 1er janvier et 31 décembre 2014 par département, MSPP/PNLS 2016

Département	Effectif PPS pour la période	Effectif nouveaux enrôlés rapportés	Pourcentage nouveaux enrôlés rapportés	Pourcentage cumulé nouveaux enrôlés rapportés
Artibonite	20	2 718	14,3	14
Centre	9	958	5,0	19
Grand anse	9	535	2,8	22
Nippes	5	451	2,4	25
Nord	17	2 339	12,3	37
Nord est	12	812	4,3	41
Nord-Ouest	7	1 022	5,4	47
Ouest	49	8 767	46,1	93
Sud	12	1 057	5,6	98
Sud est	7	359	1,9	100
Haïti	147	19018	100	

Source : Mesi.ht consulté le 21 juillet 2016

3.1. *Rétention à 6 et à 12 mois*

Pour déterminer les taux de retentions des patients sous ARV de la cohorte 2014, 131 des 147 PPS ont été visités par cinq enquêteurs du PNLS du 1^{er} mars au 31 mai 2016. Selon les données collectées, dans les sources primaires de collecte de données, par les enquêteurs de la Coordination Technique du PNLS dans le cadre de cette étude, 18 416 patients ont été nouvellement enrôlés sous ARV pour la période de l'étude dans les 131 PPS visités. Le tableau 2 affiche la répartition des nouveaux enrôlés sous ARV par département pour les PPS de l'étude. Il indique que la cohorte nette de patients à 6 et 12 mois est respectivement 17 988 et 17 789. Il en résulte que 3% de patients (630) ont été transférés dans une autre institution de prise en charge du VIH/sida après un an. L'analyse des données du tableau 2 montre que les transferts sortants sont plus importants que les transferts entrants étant donné que globalement la cohorte d'origine est supérieure aux cohortes nettes.

La mobilité des patients dans le circuit national de prise en charge a été prise en compte dans le cadre de cette étude selon qu'ils ont été référés par un autre PPS ou qu'ils ont arrêté le traitement pour continuer à bénéficier des services hors de l'établissement d'enrôlement. Il est

important de noter que selon la méthode de calcul utilisée, les transferts ailleurs n'ont pas influencé le taux de rétention.

Table 2 : Répartition des nouveaux enrôlés par département entre janvier et décembre 2014, MSPP/PNLS 2016

Département	Effectif PPS visité	Cohorte d'origine enregistrée	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois
Artibonite	17	2 621	2 563	2 544
Centre	9	989	979	963
Grand'Anse	9	461	435	413
Nippes	4	452	427	418
Nord	14	2 420	2 332	2 286
Nord-Est	9	776	767	759
Nord-Ouest	7	1 027	970	955
Ouest	45	8 263	8 148	8 112
Sud	11	1 040	1 006	983
Sud-Est	6	367	361	356
Haïti	131	18 416	17 988	17 789

Le tableau 3 donne la distribution des nouveaux enrôlés par réseau. Il montre qu'il y a au total 15 réseaux de prise en charge du VIH et que les six principaux réseaux en terme de nombre de nouveaux patients enrôlés sont respectivement par ordre décroissant : GHESKIO (31%), UGP/MSPP (21%), PIH (12%), CMMB (8%), URC (7%) et PATHFINDER (7%).

Table 3: Répartition des nouveaux enrôlés par réseau entre janvier et décembre 2014, MSPP/PNLS 2016

Réseaux	Effectif PPS visité	Cohorte d'origine enregistrée	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois
GHESKIO	18	5 735	5 626	5 617
CDS	9	457	446	445
CMMB	8	1 439	1 322	1 293
FOSREF	8	253	250	246
HTW	1	10	5	5
ICC	3	95	83	67
ITECH	3	489	463	458
PATHFINDER	16	1 231	1 223	1 200
PIH	12	2 437	2 412	2 391
POZ	1	62	60	59
UGP/MSPP	29	3 813	3 744	3 684
UMARYLAND	5	655	630	618
UMIAMI	1	343	341	336

URC	16	1 320	1 306	1 293
WORLD VISION	1	77	77	77
Total	131	18 416	17 988	17 789

Le taux de rétention de la cohorte de 2014 est de 79,4% à 6 mois et 68,2% à 12 mois. Comparée au taux de rétention à 12 mois de la cohorte de 2013, il en résulte une baisse considérable de 4%. La figure 1 affiche les taux de rétention par sexe et par âge (adulte et enfants). L'analyse des taux de rétention par sexe explique en partie le faible taux de rétention enregistré au niveau national 12 mois après la mise sous ARV des patients VIH positifs. Le taux de rétention des femmes enceintes sous ARV est très faible (55,6 %) comparé aux autres catégories. Le faible taux de rétention des femmes enceintes sous TAR a impacté négativement le taux de rétention national. Ce résultat confirme la continuité de la baisse progressive de la rétention sous TAR depuis 2010.

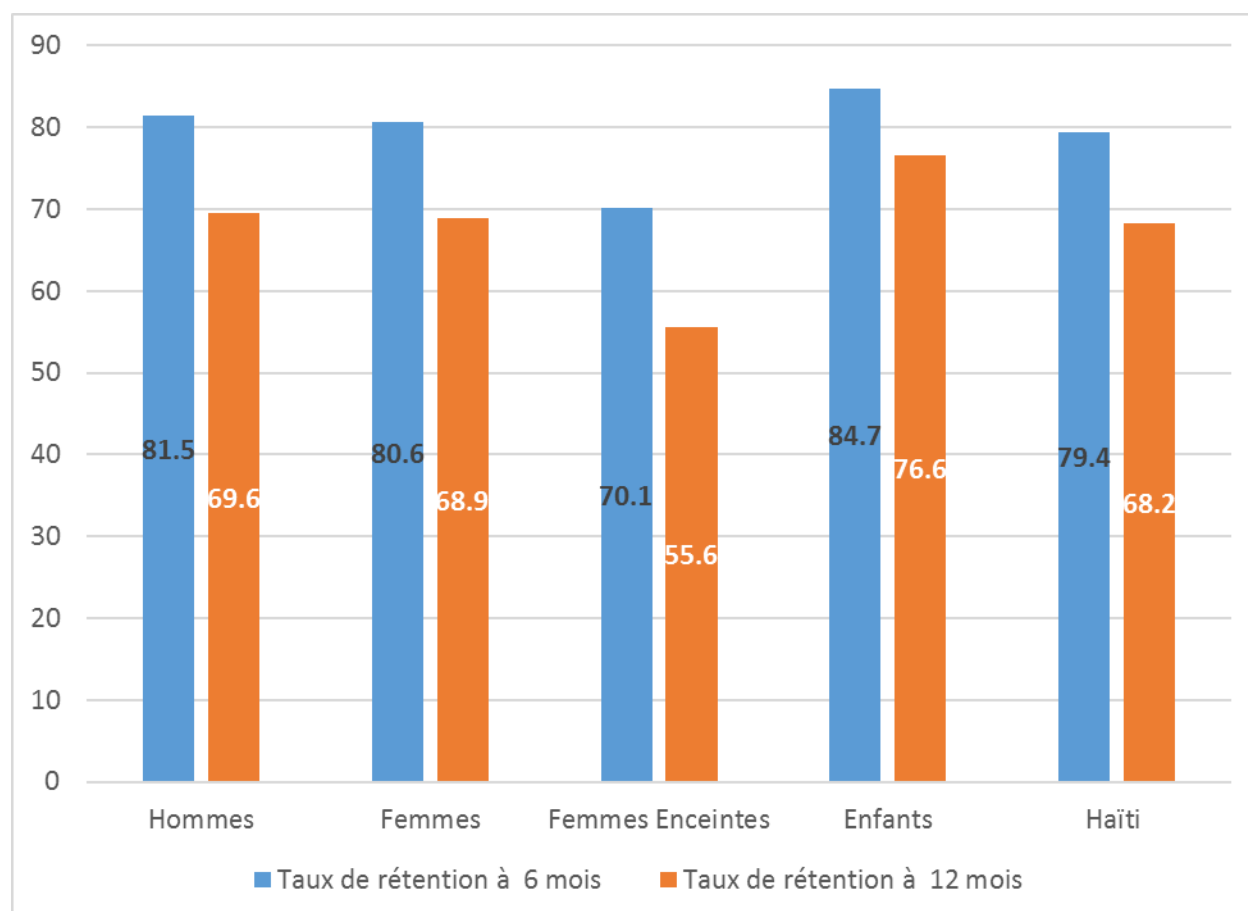


Figure 1: Taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV en 2014, MSPP/PNLS 2016

Le taux de rétention est quasiment similaire entre les hommes et les femmes. Il est respectivement de 81,5% et 80,6% à 6 mois et 69% chez les deux sexes à 12 mois de suivi. Les standards fixés par l'OMS en matière de rétention des patients sous TAR sont de 85% et 75 % respectivement à 6 mois et 12 mois. L'analyse des données indiquent que seule la rétention chez les enfants a atteint ces standards ; puisque le taux de rétention à 6 mois est 85% chez les enfants et celui de 12 mois est de 77% (Fig. 1).

Tableau 4 : Taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV en 2014, MSPP/PNLS 2016

Type de PPS	Rétention 6 mois	Rétention 12 mois	Effectif
HU/HD/HS	79%	68%	21
HCR et CAL	80%	69%	75
DP et CSL	80%	64%	35
Haïti	79,4	68,2	131

La figure 2 présente les taux de rétention des patients sous TAR à 6 et à 12 mois par département. Le taux de rétention à 12 mois de suivi des patients sous TAR varie de 79% (département du Sud) à 53% (département du Centre). Les départements du Sud, des Nippes et du Nord ont affiché les plus fort taux de rétention à 12 mois, soit respectivement 79%, 75% et 73%. Quatre départements sont en dessous de la moyenne nationale : Nord-Est (66%), Sud-Est (64%), Artibonite (61%), et Centre (53%). Il en résulte que deux (2) départements sur dix (2) ont atteints le standard de l'OMS après 12 mois de suivi ; il s'agit des départements du Sud (79%) et des Nippes (75%).

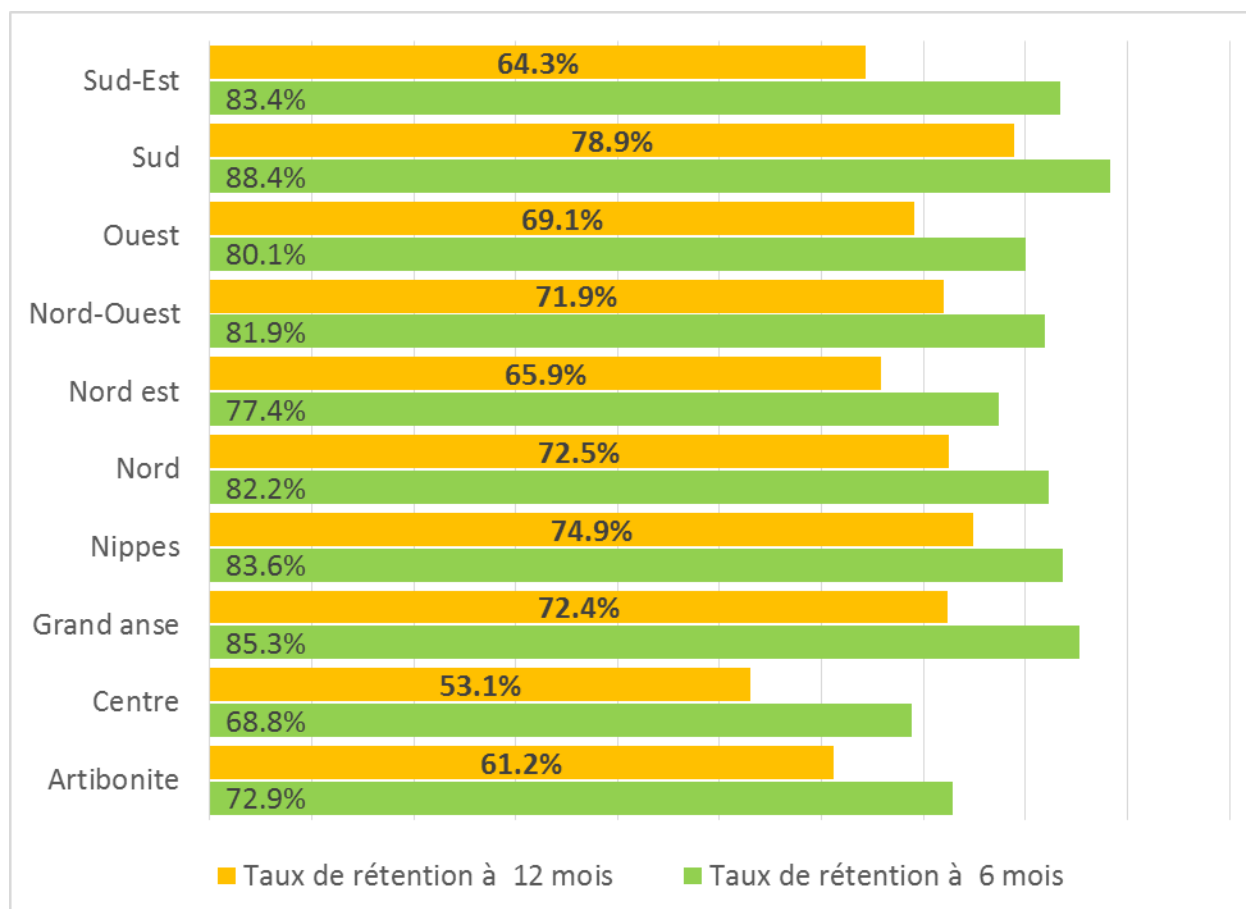


Figure 2 : Répartition des taux de rétention pour la cohorte nette de patients enrôlés sous TAR en 2014 par département, MSPP/PNLS 2016

La désagrégation des taux de rétention par sexe et âge indique que les taux de rétention sont faibles chez les femmes enceintes quel que soit le département considéré. Il en résulte que la rétention des femmes enceintes sous TAR est un problème sérieux pour la performance du Programme au niveau national. Les départements qui ont un taux de rétention élevé chez les femmes enceintes sont ceux qui accusent les taux de rétention les plus élevés, en témoigne le tableau 4.

Le faible taux de rétention des enfants dans certains départements contribue également à la baisse du taux de rétention au niveau national. Le taux de rétention à 12 mois chez les enfants varie de 41 % à 89% selon le département. Les départements des Nippes (41%), du Centre (50%) et Grand'Anse (52%) accusent de manière croissante les plus faibles taux de rétention à 12 mois chez les enfants sous TAR. Cependant, tous les autres départements ont atteints le standard de taux de rétention de 75% à 12 mois fixé par OMS. Il est important de noter que le

nombre d'enfants enrôlés sous TAR est très faible. De ce fait, l'inactivité d'un enfant pourrait faire chuter drastiquement le taux de rétention (faible dénominateur).

Le standard fixé par OMS (75%) à 12 mois est atteint :

- Chez les hommes, pour les départements du Nord et du Sud ;
- Chez les femmes, pour les départements du Nord, Nord-Est Nord-Ouest et du Sud ;
- Chez les femmes enceintes, seulement pour le département du Nord-Ouest.

Table 4: Taux de rétention de la cohorte nette de patients enrôlés sous TAR en 2014 par département et par sexe

Département	Taux de rétention à 6 mois				Taux de rétention à 12 mois			
	H	F	FE	Enf.	H	F	FE	Enf.
Artibonite	77,0	76,2	63,2	84,2	64,3	64,3	50,4	76,3
Centre	68,0	64,3	55,6	68,6	60,0	50,4	43,6	49,6
Grand anse	73,5	72,5	54,7	57,5	62,7	62,0	43,0	52,1
Nippes	77,2	79,8	48,2	40,9	64,0	67,4	46,4	40,9
Nord	86,0	83,9	72,4	86,1	77,0	76,1	63,3	78,8
Nord-Est	80,6	86,7	65,5	87,2	65,4	76,6	46,5	80,2
Nord-Ouest	82,6	82,4	86,0	82,9	73,1	74,5	75,5	83,9
Ouest	82,9	79,8	75,2	86,3	71,2	68,7	57,1	82,1
Sud	88,6	90,3	81,6	94,3	82,7	81,5	70,1	77,3
Sud est	83,1	85,9	74,8	97,2	68,2	70,4	43,0	88,9
Haïti	81,5	80,6	70,1	84,7	69,6	68,9	55,6	76,6

La figure 3 affiche la distribution des taux de rétention de la cohorte des patients de 2014 par réseau après 6 et 12 mois de suivi. Elle indique que les réseaux HTW, PATHFINDER, CMMB et POZ sont plus performants dans la rétention des patients enrôlés sous TAR après 12 mois de suivi. Ils sont les seuls à atteindre le seuil fixé par l'OMS pour la rétention à 12 mois. Ils accusent respectivement un taux de rétention de 100%, 78,8%, 78,8% et 78,0%. Il faut se rappeler que les réseaux HTW et POZ n'ont qu'un site chacun. Le réseau ICC enregistre le plus faible taux de rétention à 12 mois (22,4%), suivi de World Vision (58,4%) et PIH (57,3%).

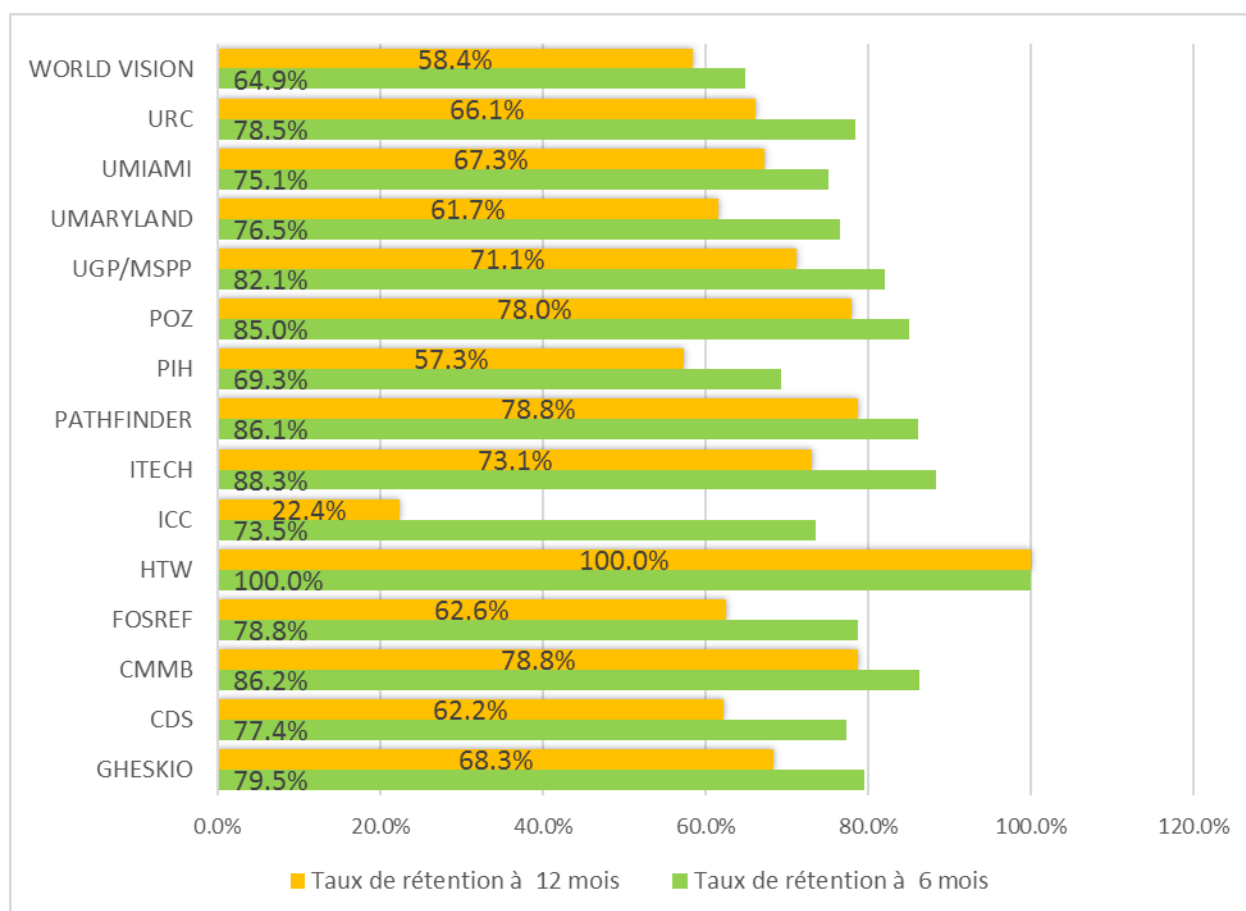


Figure 3 : Répartition des taux de rétention à 6 et à 12 mois par réseau pour la cohorte nette de patients enrôlés sous TAR en 2014, MSPP/PNLS 2016

La répartition du taux de rétention des patients sous TAR pour la cohorte 2014 indique que trois (3) réseaux : FOSREF, ICC et UMARYLAND ont retenu 100% des enfants enrôlés sous TAR après 6 mois ainsi qu’après 12 mois de suivi (Tab 5). Les réseaux HTW (100%), POZ (86%), CMMB (78%) et I-TECH (77%) ont affiché le plus fort de rétention à 12 mois chez les hommes alors que chez les femmes, ce sont les réseaux HTW (100%), POZ (83%), CMMB (77%), UGP/MSPP (76%) et CDS (76%) qui ont le meilleur taux de rétention à 12 mois. Le réseau CMMB a le meilleur taux de rétention à 12 mois chez les femmes enceintes sous TAR (76%), suivi du réseau I-TECH (72%).

Table 5 : Taux de rétention de la cohorte nette de patients enrôlés sous TAR en 2013 par réseau et par âge, MSPP/PNLS, 2016

Département	Taux de rétention à 6 mois				Taux de rétention à 12 mois			
	H	F	FE	Enf.	H	F	FE	Enf.
GHEKIO	81,4	81,4	80	88,7	70,5	68,6	66,9	83,1
CDS	82,5	87,9	76,8	88,7	66,2	76,2	58,3	81,5
CMMB	87,4	83,8	80	81,3	77,7	77,7	76,2	80,0
FOSREF	88	76,2	68,2	100,0	73	64,9	44,9	100
HTW	100,0	100,0			100,0	100,0		
ICC	77	65,3	50,0	100,0	23,2	7,13	25,0	100,0
ITECH	90	83,2	92,1	90,7	77,5	65,5	71,7	89,0
PATHFINDER	72,9	79,2	67,7	93,3	66	73,4	57	88,9
PIH	71,6	71,2	63,1	68,4	61,2	57,1	51,9	55,6
POZ	95,4	89,6	44,4		85,7	82,7	44,4	
UGP/MSPP	85,0	85,8	73,6	89,5	75,0	75,7	56,0	80,4
UMARYLAND	77,6	77,2	64,5	100,0	59,4	68,7	57,4	100,0
UMIAM	76,3	77,3	71,4	50	68,9	70,3	53,5	50,0
URC	86,2	77,4	58,6	89,2	74,1	67,2	466	78,3
WORLD VISION	70,5	632	70		70,5	57,1	50	
Haïti	81,5	80,6	70.1	84,7	69,6	68,9	55,6	76,6

La figure 4 présente le statut des patients 12 mois après leur enrôlement sous ARV. Elle indique le programme national du VIH/SIAD ne retient que 68% des patient sous TAR après 12 mois

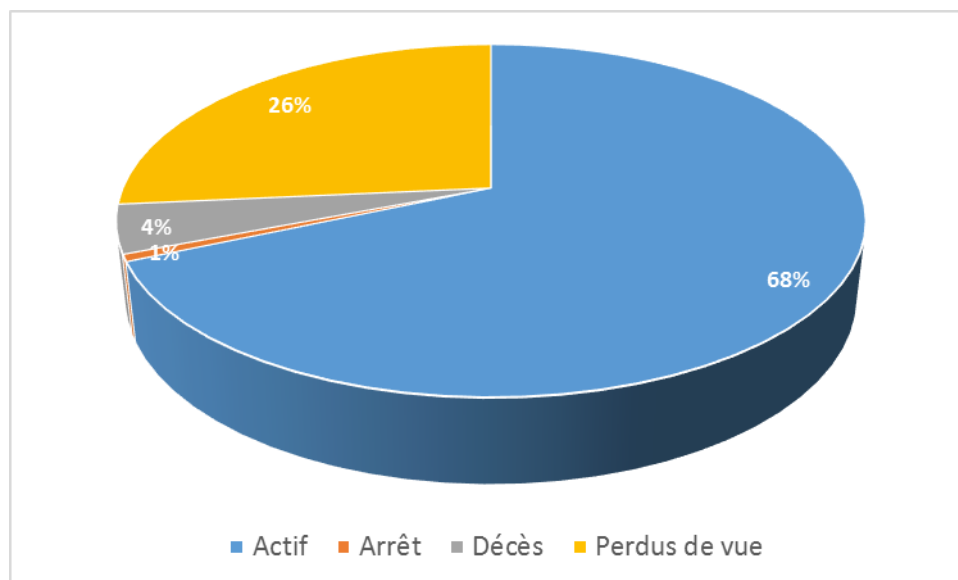


Figure 4: Statut des patients 12 mois après enrôlement sous TAR, MSPP/PNLS, 2016

Il en résulte que 32% sont inactifs, incluent 26% de perdus de vue, 4% de décès et 1% d'arrêt. Ces résultats doivent interpeller les gestionnaires des PPS et des réseaux pour développer de nouvelle stratégie de relance des cas de perdu de vue de manière à freiner la chute du taux de rétention des patients sous TAR.

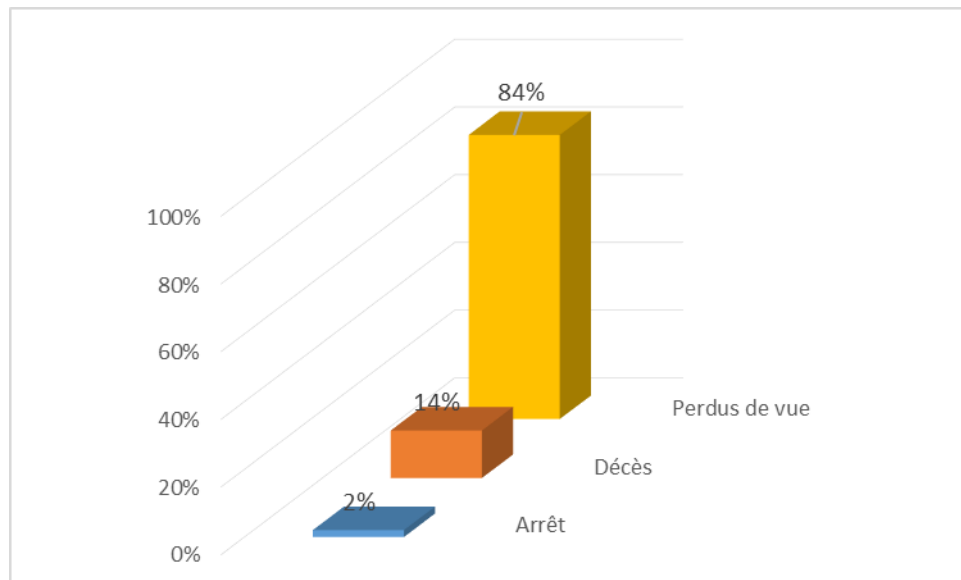


Figure 5: Répartition des raisons d'inactivités de la cohorte nette de patients sous TAR en 2014, MSPP/PNLS 2016.

Globalement, le taux d'attrition dans le Programme de prise en charge du VIH/Sida est de 31% (5194). La figure 5 affiche les raisons d'inactivité des patients sous TAR après 12 mois de suivi. Elle montre que plus de 8 patients inactifs sur 10 (84%) sont perdus de vue dans moins d'un an de traitement tandis que 14% sont décédés dans le même intervalle. Il va s'en dire que le goulot d'étranglement du programme national reste le cas des perdus de vue.

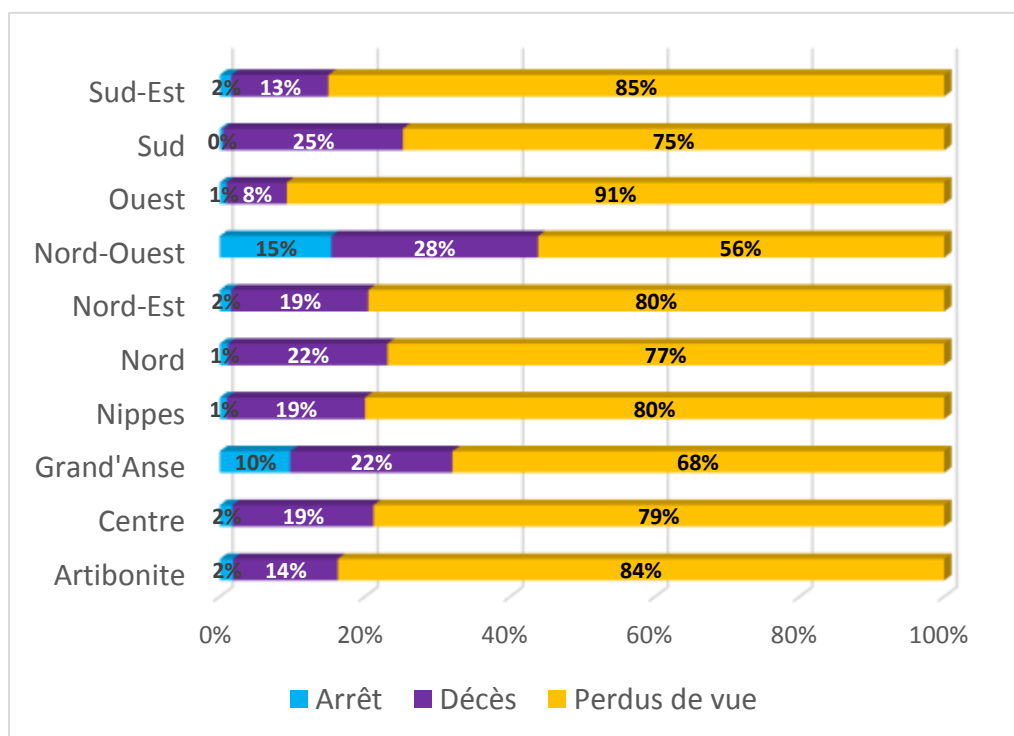


Figure 6: Répartition des raisons d'inactivité de la cohorte nette de patients sous TAR en 2014 par département, MSPP/PNLS 2016

La répartition des raisons d'inactivité par département (fig. 6) montre que le département du Nord-Ouest a le plus faible taux de perdus de vue comparativement aux autres départements. Le taux de décès est plus élevé au niveau du département du Nord-Ouest ainsi que les arrêts.

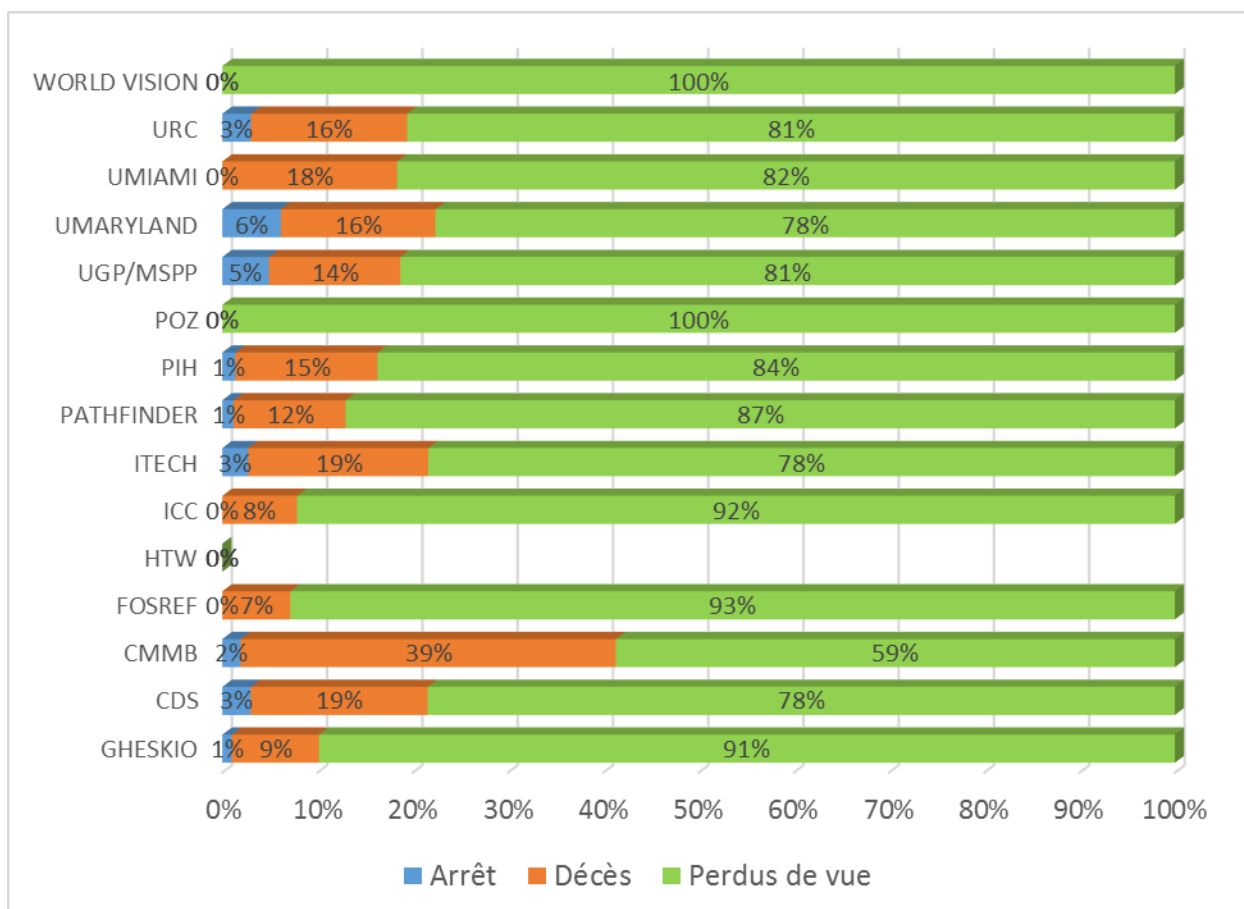


Figure 7: Répartition des raisons d'inactivité de la cohorte nette de patients sous TAR en 2014 par département, MSPP/PNLS 2016

Le taux de perdu de vue entre les réseaux varie de 58% à 100%. Le réseau CMMB accuse le taux de décès le plus élevé (40%) comparé aux autres réseaux (Fig. 7). En ce qui a trait aux réseaux POZ et World Vision, 100% des patients inactifs sont des patients perdus de vue.

3.2. Rétention des femmes en PTME 12 mois après accouchement

Le nombre de femmes enceintes faisant partie de l'étude est 515 réparties dans 36 PPS, soit un taux de réussite de 97% (515/533) de la population espérée et 95% des PPS. Le tableau ci-dessous affiche les caractéristiques des femmes enceintes à l'enrôlement sous ARV. Il indique que près de 6 femmes enceintes sur 10 enrôlées sous ARV en 2013 (57%) étaient âgées entre 25 et 34 ans. L'âge médian est 28 ans alors que l'âge médian à l'enrôlement est 26 ans.

Table 6:Caractéristiques des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013, MSPP/PNLS, 2016

Caractéristiques des FE enrôlées en 2013	Cohorte FE enrôlées 2013	En %
FE enrôlées	515	100
Médiane Age (IQR¹⁴)	28 (24 33)	-
Médiane Age à l'enrôlement (IQR)	26 (21 30)	-
Groupe d'âge		
13-24 ans	143	28
25-34 ans	291	57
35-45 ans	81	16
Stade OMS à l'enrôlement		
I	325	63
II	80	16
III	21	4
IV	5	1
ND	84	16
CD4 à l'enrôlement		
Médiane	525 (341 703)	-
Min	8	-
Max	1802	-
Statuts à l'enrôlement		
En CPN	497	96
En Soins	15	3
Sous ARV	3	1

Un tiers (63%) des femmes enceintes de la cohorte sont enrôlées sous ARV au stade I. la quasi-totalité d'entre elles (96%) étaient enrôlées en clinique prénatale (CPN). Il en résulte que la proportion de femmes sous TAR devenue enceinte a considérablement baissé.

Le tableau 7 affiche la répartition des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013 par département. Il indique que le département de l'Ouest compte la moitié (258) des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013 ; le département de l'Artibonite vient ensuite avec 20% (103) des femmes enceintes de la cohorte.

¹⁴ Intervalle interquartile

Table 7: Répartition des FE enrôlées sous ARV en 2013 par département, MSPP/PNLS, 2016

Département	Sites	Femmes Enceintes enrôlées	En %
Artibonite	7	103	20%
Centre	1	10	2%
Grand anse	2	15	3%
Nippes	1	10	2%
Nord	6	59	11%
Nord-Est	3	33	6%
Nord-Ouest	1	15	3
Ouest	13	258	50%
Sud	1	8	2%
Sud-Est	1	4	1%
Haïti	36	515	100

La répartition des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013 par réseau montre que les réseaux UGP/PSPP (34%) et GHESKIO (21%) sont les deux réseaux qui enrôlent beaucoup plus de femmes enceintes sous ARV au niveau national en 2013. Sur chaque dix (10) femmes enceintes enrôlées sous ARV, ils en enrôlent au moins 5 (Tableau 8).

Tableau 8: Répartition des FE enrôlées sous ARV en 2013 par département, MSPP/PNLS, 2016

Réseaux	Sites	FE nouvellement enrôlées	En %
CDS	1	11	2%
CMMB	1	7	1%
GHESKIO	4	109	21%
ITECH	4	39	8%
PIH	4	74	14%
SSQH	7	80	16%
UGP/MSPP	13	176	34%
UMARYLAND	2	19	4%
Total	36	515	100

Le taux de rétention des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013 12 mois après accouchement est 58%. Ce taux varie selon le département et l'âge. Il est de 62% et 61% respectivement pour le groupe d'âge 20-24 et 35-49. En ce qui trait aux départements, il varie de 40% (Nippes) et 88% (Sud).

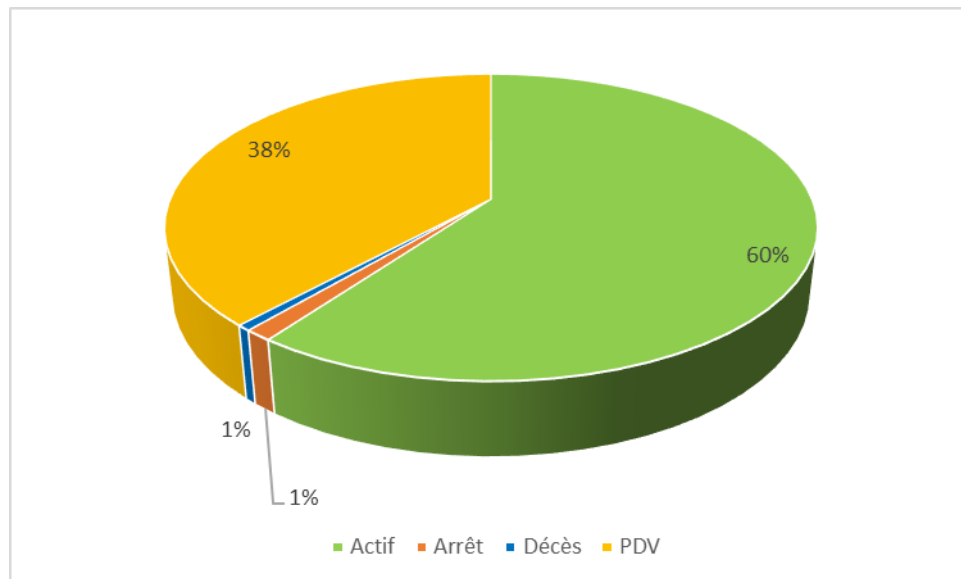


Figure 8 : Statut des femmes enceintes enrôlées en 2013 12 mois après accouchement, MSPP/PNLS, 2016

La figure 8 indique que 38% des femmes enceintes enrôlées sous ARV en 2013 sont perdues de vue 12 mois après accouchement. Il en résulte que le taux de rétention 12 mois après accouchement pour la cohorte nette de patientes enrôlées sous TAR en 2013 est 60%.

Table 8: Taux de rétention des femmes enceintes nouvellement enrôlées sous ARV en 2013 12 mois après accouchement par département et par âge, MSPP/PNLS 2016

Catégories		Statut					Effectif (N=503)	Taux de rétention
		Active	PDV	Arrêt	TO	Décès		
Age	< 15	0	1	0	0	0	1	0
	15 - 19	24	18	1	2	0	45	58
	20 - 24	49	40	2	3	0	94	55
	25 - 34	160	111	2	9	2	284	60
	35 - 49	50	22	1	5	1	79	70
Département	Artibonite	49	52	0	2	0	103	50
	Centre	7	2	0	1	0	10	80
	Grande anse	9	4	0	2	0	15	73
	Nippes	4	6	0	0	0	10	40
	Nord	32	26	0	1	0	59	56
	Nord-Est	14	17		1	1	33	45
	Nord-Ouest	8	1	4	2	0	15	67
	Ouest	150	82	2	10	2	246	65
	Sud	7	1	0	0	0	8	88
	Sud est	3	1				4	75
Haïti		283	192	6	19	3	503	60

Le taux de rétention des femmes enceintes enrôlées sous ARV à la date probable d'accouchement est de 84%. La figure 9 montre que 12 mois après accouchement ce taux est passé à 60%. Les principales raisons de cette baisse substantielle de la retenions sont les cas des perdues de vue.

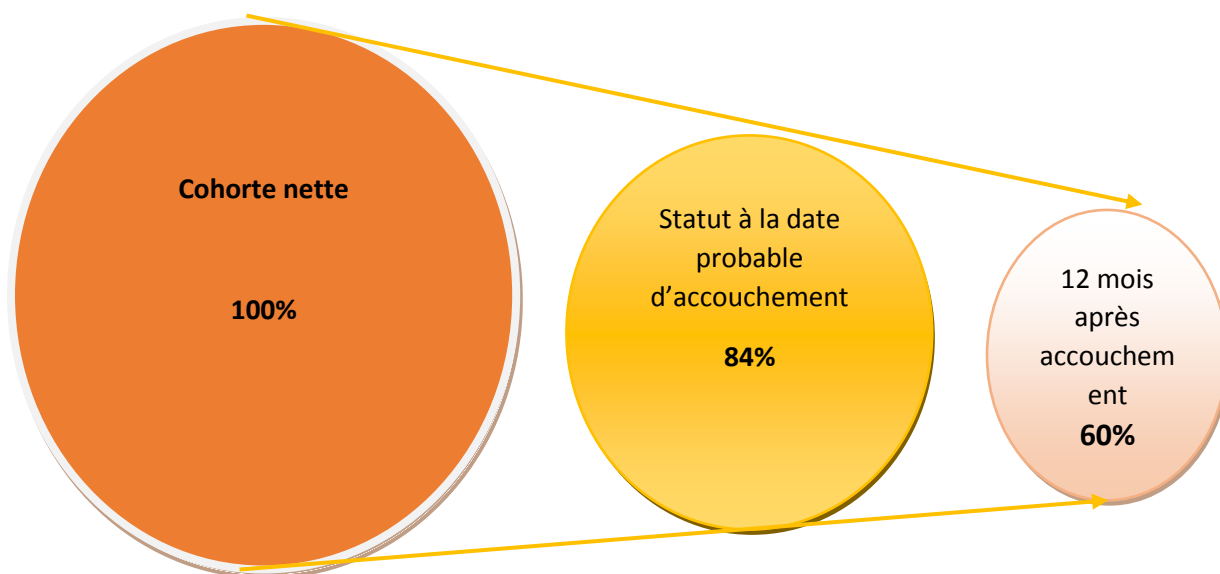


Figure 9 : Taux de rétention des FE enrôlées sous ARV 12 mois après accouchement, MSPP/PNLS 2016

3.3. Résultats de l'enquête sur la stigmatisation et discrimination

Pour les personnes vivant avec et affectées par le VIH, la stigmatisation et la discrimination dans les centres de santé présentent de graves obstacles, qui affectent leur accès aux soins de santé et leur engagement¹⁵. Depuis le début de l'épidémie de Sida, la stigmatisation et la discrimination associée à l'infection à VIH ont aggravé les répercussions négatives de l'épidémie. La stigmatisation peut conduire à la discrimination et à d'autres violations des droits humains, ce qui affecte fondamentalement le bien-être des personnes vivant avec le VIH.

Dans le but de renforcer la prise de conscience de la stigmatisation et de son impact dévastateur sur la vie des gens, la CT du PNLS a introduit, cette année dans l'enquête sur la rétention des patients sous TAR, un module sur la stigmatisation et la discrimination. L'investigation sur cette « épidémie cachée »¹⁶ a été conduite à l'aide d'un questionnaire¹⁷ testé et utilisé à l'échelle mondiale pour mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé.

¹⁵ Projet de Politique Sanitaire. 2013. « Mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le Personnel des Centres de Santé: Bref questionnaire standardisé. » Washington, DC: Futures Group, Projet de Politique Sanitaire.

¹⁶ http://vih.org/sites/default/files/transcriptases_148.pdf

¹⁷ <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=stigmaPackage>

Cette section de l'étude présente les principaux résultats de l'enquête menée auprès de 139 personnels de santé dans 37 institutions sanitaires des dix départements d'Haïti.

3.3.1. Caractéristiques générales des répondants

Un total de 139 personnels de santé dans 37 PPS a répondu avec succès le questionnaire sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé. Le tableau 10 ci-dessous affiche les informations de base sur les répondants.

Table 9: Caractéristiques des répondants, MSPP/PNLS 2016

Information de base	Personnel	Pourcentage
Age moyen (Min Max)	36 (23 61)	–
Age médian (IQR)	34 (31 39)	–
Sexe		
Femmes	87	62,6
Hommes	52	37,4
Département		
Artibonite	26	18,7
Centre	5	3,6
Grand'Anse	6	4,3
Nippes	5	3,6
Nord	19	13,7
Nord-Est	8	5,8
Nord-Ouest	4	2,9
Ouest	58	41,7
Sud	4	2,9
Sud-Est	4	2,9
Age groupé		
23-29	17	14
30-39	67	63
40-46	20	17
50-61	7	6
Type de personnel		
Médecin	26	18,7
Infirmière	46	33,1
DRO	29	20,9
Psychologue	17	12,2
Travailleur Social	14	10,1
Laborantin	5	3,6
Autres	2	1,4
Ont déjà suivi une formation sur :		
Stigmatisation et discrimination liées au VIH	81	58,3
Contrôle des infections et précautions universelles	63	43,3
Consentement informé des patients, privauté et confidentialité	58	41,7
Stigmatisation et discrimination de populations clés exposées au VIH	46	33,1
Total	139	100

L'âge moyen des répondants est 36 ans tandis que l'âge médian est de 34 ans. L'analyse du tableau 10 indique plus de 75% d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans. Ils sont majoritairement des femmes (63%) et près de 2/3 (74%) travaillent dans des PPS de trois

départements : Ouest (41.7%), Artibonite (18.7%) et Nord (13.7%). Ils sont en général par ordre décroissant des infirmières (33%), des DRO (21%) et des Médecins (19%). En moyenne, moins de 50% d'eux ont déjà suivi une formation sur les thèmes suivants :

- Stigmatisation et discrimination liées au VIH (58,3%) ;
- Contrôle des infections et précautions universelles (43,3%) ;
- Consentement informé des patients, confidentialité et confidentialité (41,7%) ;
- Stigmatisation et discrimination de populations clés exposées au VIH (33,1%).

3.3.2. Contrôle de l'infection

Pour cerner les craintes liées à l'infection au VIH dans les PPS, deux questions ont été posées au personnel. La figure 9 affiche les résultats de la première question relative à la peur de contracter le VIH tandis que la figure 10 donne ceux de la deuxième question. La figure 9 montre que 13% et 6% du personnel ont un peu peur de contracter le VIH respectivement en prélevant du sang d'un patient vivant avec le VIH et en changeant le pansement d'un patient vivant avec le VIH. La majorité du personnel (83%) n'a pas peur de toucher les vêtements d'un patient vivant avec le VIH.

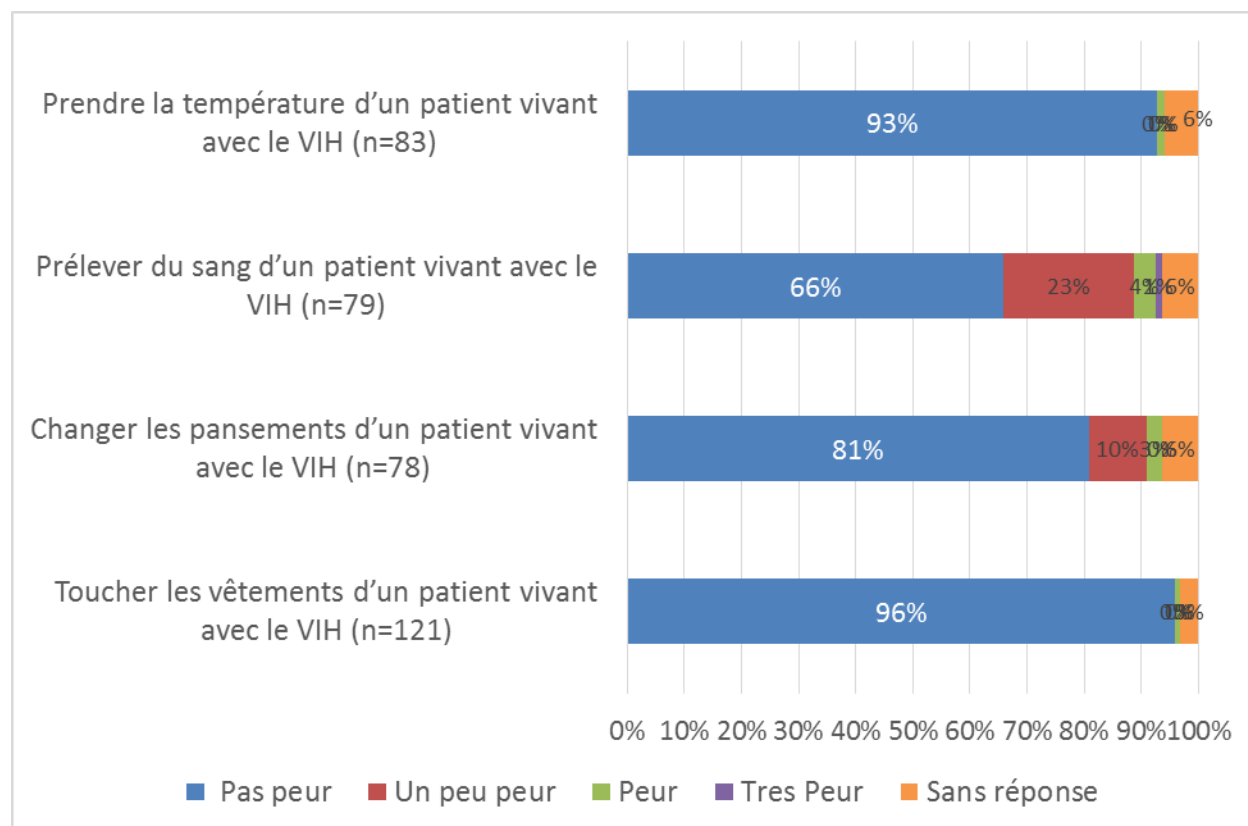


Figure 9: Dans quelle mesure auriez-vous peur de contracter le VIH en faisant les actions suivantes ? MSPP/PNLS 2016

On constate une proportion importante de *sans objet* et de *non réponse* qui pourrait due au fait que le questionnaire a été administré par le prestataire lui-même et que les questions ont été mal-interprétées.

Une faible proportion du personnel des PPS, en moyenne 5%, applique généralement une stratégie pour fournir des soins ou des services à un patient vivant avec le VIH (fig. 10), telle que : éviter le contact physique (8%), porter deux paires de gants (4%), porter des gant durant toutes les activités liées à l'administration des soins au patient (3%) et utiliser une ou des stratégies de contrôle de l'infection avec des patients vivant avec le VIH que vous n'utilisez pas avec d'autres patients (4%).

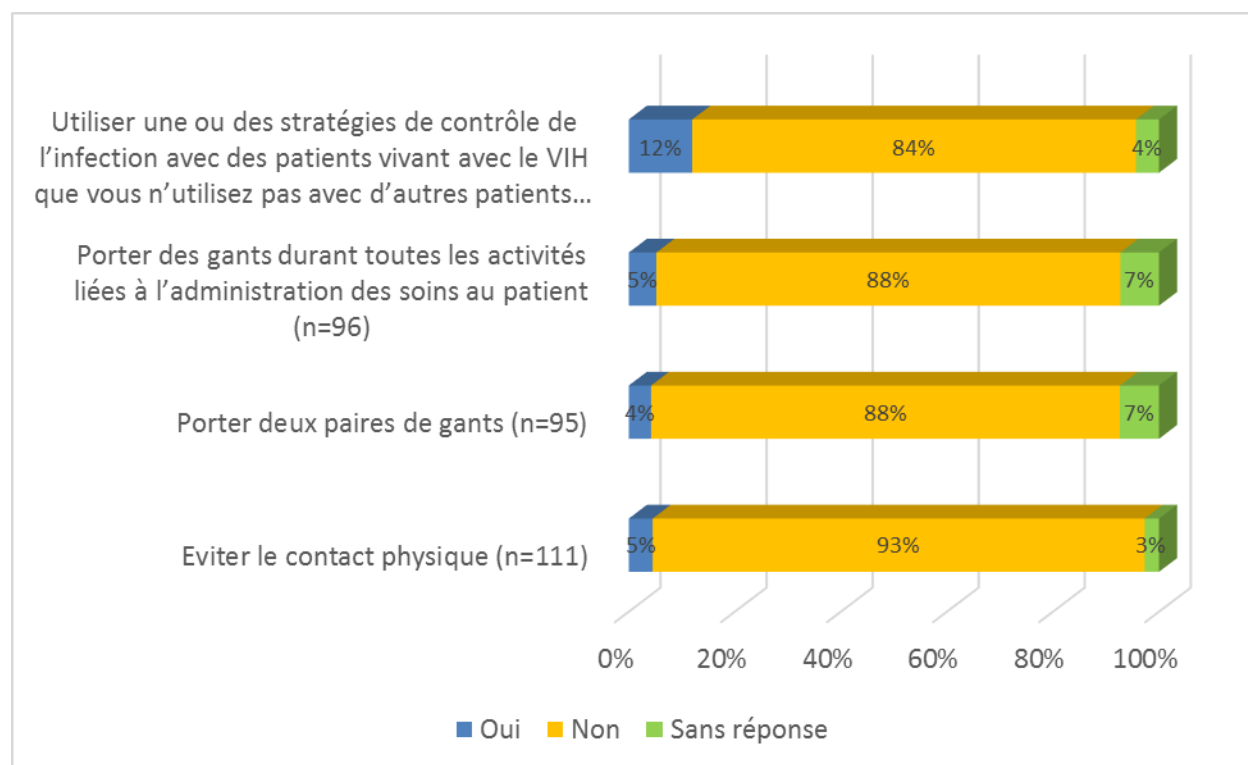


Figure 10 : Est-ce que vous appliquez généralement l'une des stratégies suivantes quand vous fournissez des soins ou des services à un patient vivant avec le VIH ? MSPP/PNLS 2016

On constate qu'une proportion non négligeable de prestataire a la crainte de l'infection à VIH. Cette crainte de l'infection peut conduire à l'utilisation inutile de certaines mesures de protection qui visiblement identifient les PVVIH, stigmatisent et révèlent ainsi le statut sérologique des patients à d'autres staff et aux autres patients. Les précautions inutiles lors de la fourniture de soins aux patients PVVIH dans un PPS est une manifestation de la crainte de l'infection à VIH dans les tâches routinières du prestataire.

3.3.3. Cadre environnemental de l'établissement de santé

Le cadre environnemental de l'établissement de santé a été appréhendé par des questions sur les pratiques et l'expérience de travail des prestataires dans un PPS qui fournit des soins aux PVVIH. Un petit peu plus que deux tiers (78%) du personnel des PPS avait noté la présence d'un PVVIH dans son établissement de prise en charge du VIH durant les 12 derniers mois ; 10% ont noté le contraire alors que 12% ne savaient pas ou ne répondent pas à cette question. Il en résulte que 78% des prestataires ont eu l'opportunité d'observer des comportements discriminatoires dans leur centre de santé.

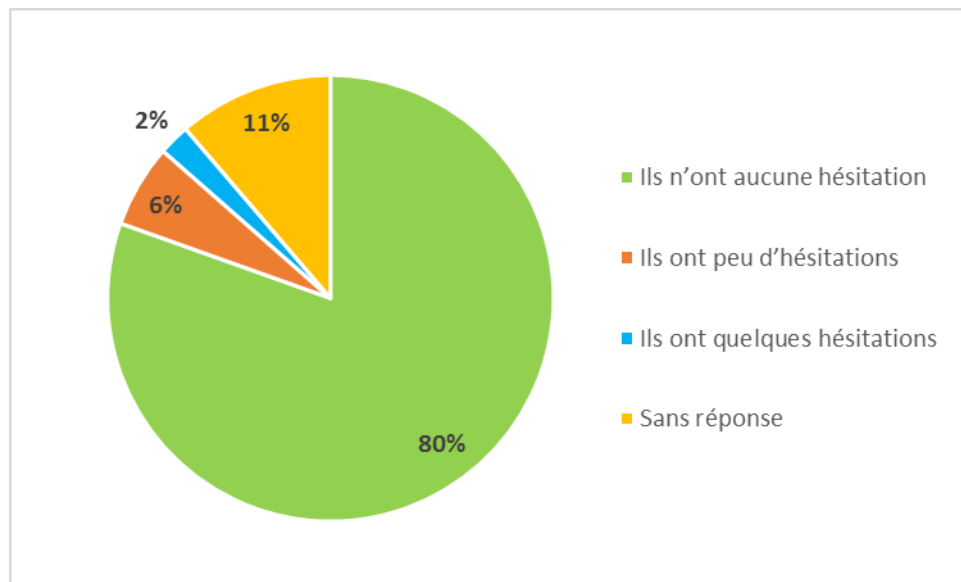


Figure 11 : Dans quelle mesure les prestataires de soins dans ce centre hésitent-ils à travailler avec un collègue qui vit avec le VIH, quelles que soient ses obligations professionnelles, MSPP/PNLS 2016

L'analyse de la figure 11 indique que 8% de prestataires enquêtés ont déclaré avoir observé des prestataires de leur PPS qui hésitent à travailler avec un collègue qui vit avec le VIH, qu'elles que soient ses obligations professionnelles alors que 11% n'ont pas donné de réponses.

L'analyse du tableau 11 laisse croire que certains prestataires ont observé durant les 12 derniers mois des réactions atypiques envers des PVVIH dans leur PPS, tel que : 20% ont observé que des prestataires ont certaine fois refusé de traiter un PVVIH ou perçu comme tel ; 15% ont observé que des prestataires ont fourni des soins de moindre qualité à un PVVIH ou à un patient perçu comme tel, par rapport à d'autres patients et 22% ont observé que des prestataires qui parlent en mal des PVVIH ou perçues comme telles. Environ 9% des prestataires n'ont répondu à aucune de ces trois questions.

Table 10: Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé les réactions suivantes dans votre centre de santé ? MSPP/PNLS 2016

Questions (N=135)	Jamais	1 ou 2 fois	Plusieurs fois	La plus plupart du temps	Non réponse
Des prestataires de soins qui refusent de traiter un patient vivant avec le VIH ou perçu comme tel ?	72%	14%	5%	1%	8%
Des prestataires de soins qui fournissent des soins de moindre qualité à un patient vivant avec le VIH, ou à un patient perçu comme tel, par rapport à d'autres patients ?	75%	9%	5%	1%	10%
Des prestataires de soins parlant en mal des personnes vivant avec le VIH ou perçues comme telles ?	70%	15%	4%	3%	9%

Durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, 10% du personnel des PPS ont remarqué que des gens parlent d'eux en mal parce qu'ils prodiguent des soins aux patients vivant avec le VIH ; 2% ont remarqué que des amis ou de la famille leur ont évité parce qu'ils prodiguent des soins aux patients vivant avec le VIH et 5% ont également remarqué que des collègues leur ont évité parce qu'ils prodiguent des soins aux PVVIH (stigmatisation secondaire).

L'observation de comportement stigmatisant est un bon proxy pour la discrimination dans les centres de santé. L'analyse des données révèle la présence de la stigmatisation observée dans l'environnement des PPS. Il est important de savoir qu'il existe de la discrimination dans les PPS dans la prise en charge des PVVIH parce que certains individus sont souvent influencés par ce qu'ils voient ou par ce qui se passe dans son entourage. La perception de la stigmatisation peut aussi influencer des comportements discriminatoires. Si un prestataire perçoit que l'environnement de stigmatisant dans un PPS est accepté ou est la norme, il peut lui-même décider de la façon qu'il interagit et offre les services aux PVVIH.

La stigmatisation secondaire est également présente dans les PPS. Parce que les prestataires peuvent anticiper ou vivre la stigmatisation à cause de leur implication dans la prise en charge des PVVIH, il est donc important de promouvoir la conception et l'implémentation de programme d'intervention de lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui les adresse spécifiquement.

L'étude montre également qu'au moins 8% des prestataires ont observé que des collègues hésitent à travailler avec un collègue qui vit avec le VIH. Ce qui n'est pas sans conséquence dans la prise en charge de la maladie. Un patient ou un PVVIH qui observe ou perçoit que les

prestataires stigmatisent les PVVIH pourrait être hésité à se faire dépister et/ou à chercher des soins contre le VIH qu'il a besoin par peur que son statut sérologique ne soit révélé.

3.3.4. Politiques des établissements de santé

Cette section aborde des questions relatives aux politiques institutionnelles et au cadre de travail dans les points de prestations de Services (PPS). Dans les PPS touchés par l'étude, 93% du personnel sont d'accord qu'il n'est pas acceptable d'administrer un test de dépistage du VIH à un patient sans l'informer. Par contre, 6% sont d'accord qu'il est acceptable d'administrer un test de dépistage du VIH à un patient sans l'informer. D'un autre côté, 4% du personnel des PPS ne seront confrontés à aucune répercussion au travail s'ils font preuve de discriminations envers les PVVIH tandis que 15% du personnel ne savent pas ce qui arrivera dans ce cas et 2% n'ont pas répondu à cette question.

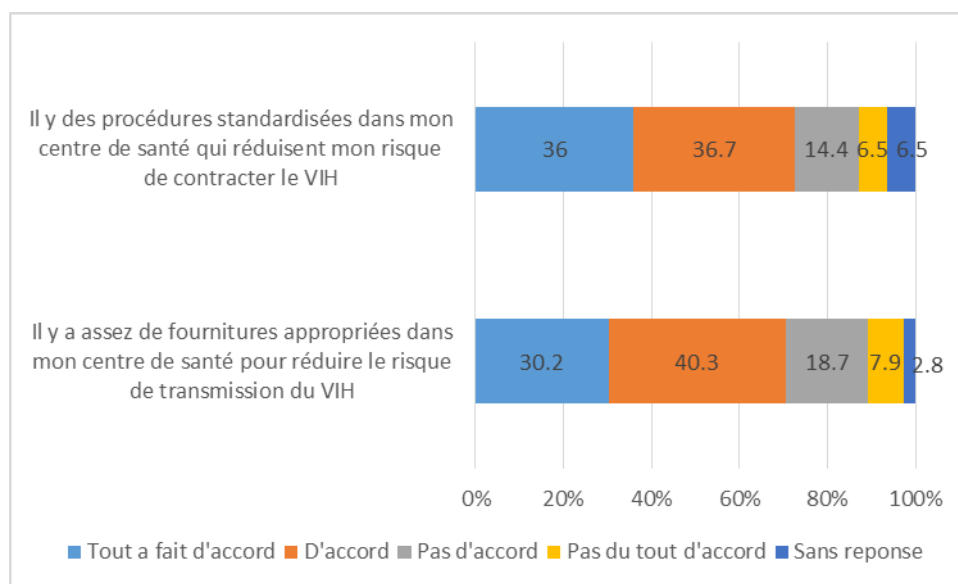


Figure 12: Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes ? MSPP/PNLS 2016

La figure 12 ci-dessous montre que 72% du personnel des PPS sont d'accord qu'il y a assez de fournitures appropriées dans leur centre de santé pour réduire le risque de transmission du VIH et 75% sont aussi d'accord qu'il y a des procédures standardisées dans leur centre de santé qui réduisent leur risque de contracter le VIH. Trente-cinq pourcent (35%) du personnel des PPS ont déclaré que leur centre de santé a des lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations, 36% a déclaré le contraire tandis que 26% ne savent pas.

Les résultats indiquent que 6% de prestataires sont d'accord d'administrer un test de dépistage sans informer le patient ; 19% ne seront confrontés à aucune répercussion au travail s'ils font

preuve de discriminations envers les PVVIH, 27% ont déclaré qu'il n'y a pas assez de fournitures appropriées dans leur centre de santé pour réduire le risque de transmission du VIH et 22% sont aussi d'accord qu'il n'y a pas de procédures standardisées dans leur centre de santé qui réduisent leur risque de contracter le VIH. Finalement, 61% des prestataires ont déclaré qu'il n'y a pas de lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.

Ces résultats sont très préoccupants puisqu'il s'agit des facteurs institutionnels qui peuvent aider à réduire la stigmatisation et la discrimination et qui peuvent aussi encourager le personnel des PPS à offrir des services sécuritaires et attrayants aux PVVIH et les populations clé affectées par le VIH.

Dans les PPS où ces politiques et lignes directrices existent, la stigmatisation peut se produire si les politiques et les lignes directrices ne sont pas connues par le personnel ou si elles ne sont pas appliquées.

3.3.5. Opinions sur les patients vivant avec le VIH

Les opinions concernant les patients vivant avec le VIH sont abordées dans cette partie du rapport. Une forte majorité du personnel (92%) n'est pas d'accord que le VIH est un châtiment pour une mauvaise conduite alors que 7% sont d'accord (Figure 13).

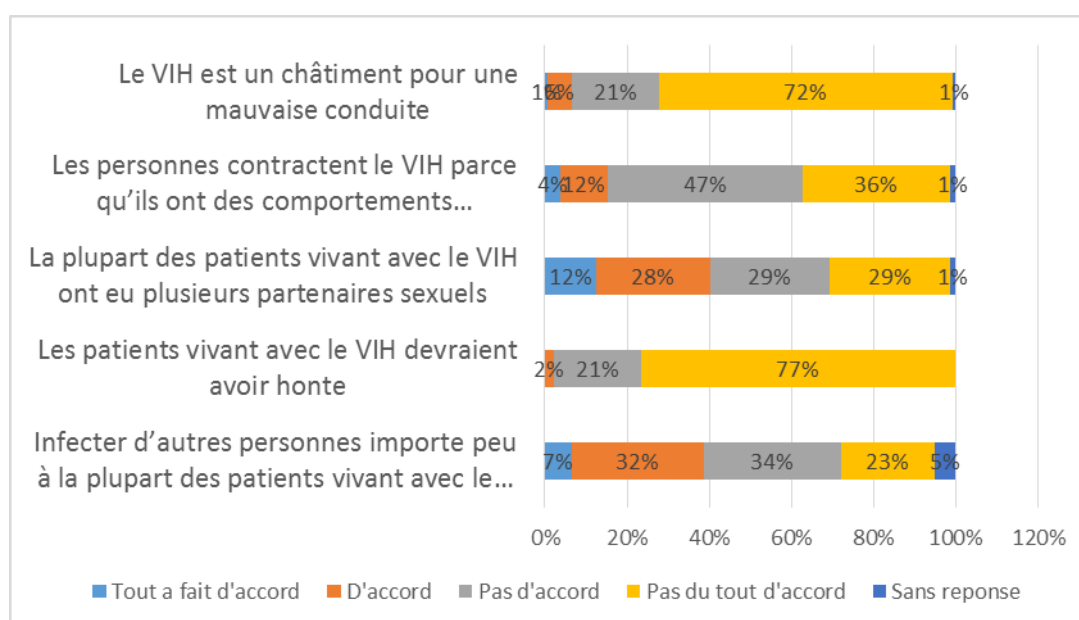


Figure 13: Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes ? MSPP/PNLS 2016

15% de prestataires sont d'accord que les personnes contractent le VIH parce qu'elles ont des comportements irresponsables. Environ 39% sont d'accord que la plupart des PVVIH ont eu plusieurs partenaires sexuels. La quasi-totalité des prestataires (98%) ne sont pas d'accord que les patients vivant avec le VIH devraient avoir honte. Selon la figure 12, 39% du personnel des PPS sont d'accord qu'infecter d'autres personnes importe peu à la plupart des PVVIH alors 56% sont d'avis contraire.

Près de 8 prestataires sur 10 (79%) sont d'accord qu'on devrait laisser les femmes vivant avec le VIH avoir des enfants si elles le souhaitent alors 17% ne sont pas d'accord.

En ce qui a trait aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, 87% du personnel des PPS ne sont pas d'accord, même s'ils avaient le choix, de ne pas donner des soins à ce groupe. Ils acceptent de donner des soins à ce groupe parce qu'il ne les fait pas encourir plus de risques de contracter la maladie (73%), parce que ce groupe n'a pas de comportements immoraux (58%) et parce qu'ils ont reçu des formations pour travailler avec ce groupe (54%).

89% du personnel des centres de santé ne sont pas d'accord, même s'ils avaient le choix, de ne pas fournir des services aux travailleurs de sexe (hommes ou femmes). Ils préfèrent fournir les services aux travailleurs de sexe parce qu'ils ne les font pas encourir plus de risques de contracter la maladie (70%), parce que ce groupe n'a pas des comportements immoraux (58%) et parce qu'ils ont reçu de formations pour travailler avec ce groupe (52%).

L'une des causes de la stigmatisation et la discrimination du VIH dans les centres de santé est l'attitude des prestataires de soins envers les PVVIH. Mesurer des attitudes et des préjugés envers les PVVIH et les populations clé est important parce que les attitudes peuvent affecter consciemment ou inconsciemment comment un prestataire traite les patients, quel type de soins qui est prescrit aux patients à qui le dépistage est offert ; tout cela peut conduire à une évaluation de risque imprécise.

IV. Conclusions et recommandations

4.1. Conclusions

Les résultats de l'enquête de rétention des patients enrôlés sous ARV entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014 indiquent que le taux de rétention des patients sous TAR est de 80% après 6 mois de suivi et 69% après 12 mois de suivi. En ce qui a trait à la rétention des femmes enceintes sous ARV en 2013 après accouchement, le taux de rétention 12 mois après enrôlement est de 82% alors que le taux de rétention 12 mois après accouchement est de 59%. Le taux de rétention obtenu pour la cohorte 2014 et celle des femmes enceintes nouvellement enrôlés en 2013 est inférieur au standard fixé par OMS (75%) après 12 mois de suivi.

Ces résultats devraient interpeler les responsables du Programme particulièrement, les responsables du counseling et les équipes de santé communautaire. On constate que depuis 2012 (74%), le taux de rétention à 12 mois ne fait que décroître. L'étude montre que les principales causes d'inactivité sont particulièrement les perdus de vue. Contrairement aux années antérieures, les décès ont considérablement diminué. Elle met évidence le rôle des perdus de vue dans la rétention sous TAR. Il apparait évidence que la perte de vue reste le goulot d'étranglement pour la rétention des patients sous TAR.

Les résultats de l'enquête sur la stigmatisation et la discrimination indiquent qu'il y a encore une certaine crainte liée à l'infection au VIH dans les PPS puisqu'une proportion non négligeable (13%) ont un peu peur de contracter le VIH respectivement en prélevant du sang d'un patient vivant avec le VIH et en changeant les pansements d'un patient vivant avec le VIH. Des réactions atypiques envers des PVVIH sont observées dans certains PPS, tel que 20% ont observé que des prestataires ont certaine fois refusé de traiter un PVVIH ou perçu comme tel ; 15% ont observé que des prestataires ont fourni des soins de moindre qualité à un PVVIH ou à un patient perçu comme tel, par rapport à d'autres patients et 19% ont observé que des prestataires qui parlent en mal des PVVIH ou perçus comme tels. Selon les résultats obtenus, 19% de prestataires ont déclaré qu'ils ne seront confrontés à aucune répercussion au travail s'ils font preuve de discriminations envers les PVVIH, 27% ont déclaré qu'il n'y a pas assez de fournitures appropriées dans leur centre de santé pour réduire le risque de transmission du VIH et 22% sont aussi d'accord qu'il n'y a pas de procédures standardisées dans leur centre de santé qui réduisent leur risque de contracter le VIH. Finalement, 61% des prestataires ont

déclaré qu'il n'y a pas de lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.

Des comportements discriminatoires et des attitudes envers les PVVIH existent parmi une proportion importante de professionnels de la santé dans le PPS touchés par l'étude. Le manque d'éducation sur le VIH/sida et la stigmatisation y relatif, le manque de protection, l'absence de normes pratiques et de procédures de prise en charge et le manque de fournitures appropriées dans les PPS pour la prise en charge semblent contribuer à ces pratiques et attitudes.

4.2. Recommandations

Basées sur ces résultats, des recommandations pertinentes sont formulées à l'intention des responsables du programme à tous les niveaux : national (MSPP/PNLS), départemental (DDS), réseaux et sites.

Au Ministère de la santé publique (MSPP/PNLS)

- Refaire cette étude avec un échantillon représentatif au niveau national afin de développer et d'appliquer un code de déontologie.
- Réaliser une étude qualitative pour expliquer les causes de perdus de vue des patients sous TAR.
- Elaborer des lignes directrices nationales de réponse à la rétention en soin des patients sous TAR.
- Promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans le tracking des patients perdus de vue ; telle que la géolocalisation des patients.
- Mobiliser des ressources supplémentaires pour implémenter de nouvelles stratégies utilisant le GPS dans le système de tracking des perdus de vue.
- Encourager les directions départementales sanitaires à réaliser des études départementales régulières sur la rétention au TAR et les IAP afin des sensibiliser les sites sur la surveillance et la prévention des résistances évitables du VIH aux ARV.

- Développer et implémenter un programme national de formation spécifique sur la stigmatisation et la discrimination pour les prestataires afin de réduire la stigmatisation et la discrimination observée dans les PPS.
- Développer des procédures standardisées et des lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.
- Elaborer un code déontologique à faire signer par les prestataires de services offrant des services et soins VIH/sida afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dans les PPS.

Aux Directions départementales sanitaires (DDS)

- Renforcer la coordination des soins et le suivi des activités de prise en charge par une meilleure communication entre les différents acteurs qui interviennent dans le département.
- Renforcer le système de surveillance et de l'évaluation de la PTME.
- Appuyer les sites/réseaux dans le renforcement de la stratégie de tracking des patients perdus de vue.
- Réaliser une fois l'an une étude sur la rétention à 12 mois des patients sous TAR et des IAP et un atelier départemental de leçons apprises sur la surveillance et la prévention des résistances évitables du VIH aux ARV.
- Documenter et partager les leçons apprises dans la mise en œuvre du programme de prise en charge au niveau départemental, national et dans les conférences internationales.

Aux responsables de Réseaux et aux sites de prise en charge

- Renforcer le counseling et la stratégie de tracking des patients perdus de vue.
- Mettre en place un système d'alerte pour les patients perdus de vue, décédé et transféré out.
- Réaliser une enquête de rétention à 12 mois chaque année, étant donné que le taux de rétention est relativement stable après 12 mois.

- Assurer un suivi régulier des indicateurs d'alerte précoce afin de suivre et de prévenir les résistances évitables du VIH aux médicaments ARV et de déterminer l'émergence de la pharmaco résistance du VIH.
- Faire respecter les procédures standardisées et les lignes directrices écrites existantes dans le PPS pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.

RÉFÉRENCES

- Aggleton P. et Parker R. (2002) HIV/AIDS stigma, discrimination and human rights – a critical overview. *Health and Human Rights*, 6, 1:1-15.
- AIDES. VIH/HEPATITES, la face cache des discriminations. 2015 <http://www.aides.org/rapport-discriminations->
- Bharat, S. et al. 2001, India: HIV and AIDS-related discrimination, Stigmatisation and Denial. ONUSIDA, Genève. 2001.
- Clouse K et al. 2013. Patient retention from HIV diagnosis through one year on antiretroviral therapy at a primary healthcare clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 February 1; 62(2)
- Crandall, C.S. & Moriarty, D. 1995, Physical illness, stigma, and social rejection. *British Journal of Psychology* 34 (1), p.67-83
- De Bruyn, T. (1999), HIV/AIDS and Discrimination 2. Stigma and discriminations: definitions and concepts. Ottawa: Canadian HIV/AIDS Legal Network and the Canadian AIDS Society.
- Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, 1963 (ISBN 0-671-62244-7)
- Jain, A., D. Carr, and L. Nyblade. 2015. *Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff: Standardized Brief Questionnaire User Guide*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Link, B. & Phelan, J. (2001), On stigma and its Public Health Implications. Présenté dans le cadre de la conférence Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda, National Institute of Health, Washington, DC, 5-7 September 2001.
- Nyblade L et al. 2013. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis *Journal of the International AIDS Society* 2013, 16(Suppl 2):18718
- Nyblade L et al. 2009. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society* 2009, 12:15
- ONUSIDA. 2001. Protocole pour l'identification de la discrimination au l'égard des personnes vivant avec le VIH. Version française, septembre 2001. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-Protocol_fr.pdf
- ONUSIDA. 2001. Ouganda: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatisation and Denial, 2001, Genève.
- PNLS, 2013. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, numéro 3. <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Bulletin%20de%20Surveillance%20Epidemiologique%20VIH%20Sida%20no%203.pdf>
- Parker R. et Aggleton P. (2002) *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action*. Population Council: Horizons Project. Disponible sur : <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf>. Voir aussi : Maluwa M.

- Projet de Politique Sanitaire. 2013. « Mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi le Personnel des Centres de Santé: Bref questionnaire standardisé. » Washington, DC: Futures Group, Projet de Politique Sanitaire.
- Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, et al. (2005) Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. PLoS Med 2(8): e246.
- Santé Canada. 1996. Comprehensive Guide for the Care of Persons with HIV Disease. Association canadienne des infirmières soignant le sida. 1996.
- Spiritia Foundation. 2001. Documentation of Discrimination Against People Living with HIV/AIDS in Indonesia. A Peer Group Documentation Project. 2001.

V. LES ANNEXES

Annexe 1. Résultats des sites taux de rétention à 6 et 12 mois.

Département Artibonite

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
Hôpital Toussaint L. d'Hennerly	29	28	71,4%	57,1%
HPG des Gonaïves	177	175	73,7%	56,6%
CS K. Soleil	193	181	70,7%	55,9%
Marmelade	14	14	35,7%	35,7%
Ste Claire d'Assise	45	43	83,7%	74,4%
St François d'Assise	81	77	89,6%	63,5%
Hop Claire Heureuse	119	119	86,6%	73,1%
CS de Pierre Payen	106	105	83,8%	80,0%
Centre Lakay de St Marc	46	46	89,1%	76,1%
CCMC V	632	621	65,2%	56,1%
Hôpital Dumarsais Estime	349	348	72,4%	63,7%
SSPE de St Marc	432	428	72,0%	61,6%
CS Terre Blanche	17	17	76%	64,71%
Hôpital Alma Mater de Gros Morne	166	147	88%	81%
Mennonite Gros Morne	21	21	48%	0%
CS Raboteau	165	165	68%	49%
CS Saint Michel de l'Attalaye	29	28	71%	57%

Département du Centre

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
CS de Boucan Carré	73	72	55,6%	51,5%
CS de Maissade	14	13	30,8%	36,4%
CS de Thomonde	96	95	66,3%	47,4%
Hôpital Bon Sauveur de Cange	52	52	76,9%	61,5%
Hôpital de la Nativité de Belladères	67	67	58,2%	47,0%
Hôpital la Colline de Lascahobas	129	128	72,7%	57,9%
CS de Cerca la Source	84	83	81%	68%
Hôpital Universitaire de Mirbalais	234	234	84,2%	61,1%
Hôpital Ste Thérèse de Hinche	240	235	56%	41%

Département de la Grande Anse

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
CS de Corail	9	9	88,9%	77,8%
CS de Gebeau	34	22	95,5%	16,7%
CS de Moron	24	21	90,5%	63,6%
CS Saint Joseph des Abricots	18	18	38,9%	38,9%
CS de Pestel	36	36	69,4%	61,1%
HHF Klinik Pèp Bondye	84	83	88,0%	79,5%
Hôpital de la Communauté Damme Marienne	50	50	80,0%	73,5%
Hôpital Saint Antoine de Jérémie	206	196	90,8%	76,9%

Département des Nippes

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
Centre santé de Jules Fleury de l'Anse à Veau	37	36	69,4%	50,0%
Clinique Bethel de Fonds des Nègres	249	226	88,9%	85,5%
Hôpital Ste Therese de Miragoane	152	151	80,8%	66,9%
Petit Trou de Nippes	14	14	64,3%	50,0%

Département du Nord

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
CS Bethesda	342	336	83,9%	70,9%
CS Borgne	118	117	83,8%	74,1%
CS Dugué	146	143	86,0%	73,2%
Hôpital Fort St Michel	179	178	81,5%	68,4%
CDS la Fossette	198	198	71,7%	59,7%
CDS Grande Rivière du Nord	143	129	93,0%	89,8%
Hôpital Justinien	343	341	75,1%	67,3%
Hôpital St Jean Limbé	202	181	89,0%	81,6%
Hôpital Bienfaisance Pignon	60	60	88,3%	87,7%
Hôpital Esperance de Pilate	186	167	80,8%	75,3%
CDS Port Margot	39	39	69,2%	59,5%
Hôpital Sacré Cœur de Milot	278	276	87,3%	76,5%

Département du Nord-Est

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
Hôpital Fort Liberté	227	225	85,3%	78,3%
CDS Mombin Crochu	38	38	94,7%	73,7%
CDS Mont Organisé	55	53	81,1%	69,2%
CDS Ouanaminthe	185	184	70,1%	60,4%
CDS Terrier Rouge	65	64	81,3%	73,4%
CDS Trou du Nord	206	203	70,0%	52,5%

Département du Nord-Ouest

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
Centre Médical Beraca	276	270	79,6%	65,4%
Centre Sante Anse à Foleur	5	4	50,0%	66,7%
HCR Bassin Bleu	14	13	92,3%	92,3%
HIC de Port de Paix	392	373	78,8%	70,0%
Hôpital Notre Dame de Jean Rabel	137	136	84,6%	79,4%
Hôpital de Bombardopolis	167	138	92,0%	83,3%
Hôpital Notre Dame des Palmiste	36	36	80,6%	61,1%

Département de l'Ouest

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
POZ- Montrouis	49	49	75,5%	68,8%
Sanatorium de Sigueneau	180	178	64,6%	49,4%
Institut des Maladies Infectieuses et de Santé de la reproduction	543	532	69,2%	57,6%
Hôpital Notre Dame de Petit-Goâve	191	183	86,3%	79,1%
Hôpital Wesleyen de la Gonâve	100	99	89,9%	87,9%
GHEKIO bicentenaire	2474	2438	76,7%	66,6%
CS Arcachon 32	129	129	85,3%	73,6%
Clinique Communautaire de Martissant	205	205	98,5%	97,1%
Clinique Communautaire de Delmas 75	213	213	99,1%	98,6%
Clinique St Paul de Montrouis	35	35	77,1%	58,8%

CS Cabaret	50	49	89,8%	62,5%
Centre de Santé St Michel de Fontamara	68	66	75,8%	54,4%
Hôpital de Carrefour	125	125	79,2%	65,0%
Hôpital Diquini	69	68	92,6%	77,6%
Centre Jeune Delmas 19	16	16	93,8%	81,3%
Centre Jeunes Delmas 33	19	16	87,5%	86,7%
Centre de Christ Roi	17	17	76,5%	76,5%
Centre Espoir POZ	62	60	85,0%	78,0%
Centre de Santé FOME	77	77	64,9%	58,4%
CEGYPEF	59	59	79,7%	43,1%
CS Croix des missions	67	67	89,6%	77,6%
Lakay Grand Rue	51	51	74,5%	66,0%
CHAPI	83	83	80,7%	63,9%
Centre Hospitalier Eliazar Germain	182	182	84,6%	70,7%
HUEH	529	525	89,5%	82,6%
Hôpital nos petits frères et sœurs	101	87	83,9%	71,8%
CDS Croix des Bouquets	230	228	71,5%	52,9%
Portail Léogane	94	92	63,0%	47,8%
CS Solino	28	28	60,7%	37,0%
Institut Fame Perero	372	371	89,5%	82,6%
CDS Aurore du Bel'Air	11	11	63,6%	63,6%
Centre Jeunes Plaine	17	17	70,6%	70,6%
Hôpital Bernard Mevs	404	400	83,0%	67,6%
Hôpital Foyer Ste Camille	242	237	80,6%	68,5%
Hôpital Isaie jeanty	235	233	82,0%	72,8%
Hôpital Nicolas Armand	46	46	80,4%	56,5%
ICC Grace Children	279	276	81,2%	67,3%
Mennonite de Croix des Bouquets	147	143	79,7%	63,4%
OBCG	38	37	73,0%	60,0%
SADA Matheux	106	106	77,4%	65,7%
Sanatorium de Port-au-Prince	42	39	64,1%	37,8%
CHOSCAL	87	85	65%	47%
Hôpital de Fermathe	80	80	83%	82%
Hôpital de la Communauté Haïtienne	111	110	82%	71%

Département du Sud

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
CS DE 4 chemins	50	49	79,6%	71,1%
CS Lumière FINCA	74	74	90,5%	86,5%

Centre de Sante de Saint Louis	39	37	91,9%	83,3%
Dispensaire du Sacré Cœur Charpentier	69	69	84,1%	73,9%
CS Chantal	55	54	85,2%	69,8%
HCR de Port Salut	97	94	92,6%	88,3%
Hôpital Immaculée des Cayes	393	387	87,6%	74,5%
Hôpital Lumière Bonne Fin	53	52	92,3%	82,6%
Hôpital St Boniface de Fonds des Blancs	133	119	93,3%	88,2%
Hôpital Ste Anne de Camp Perrin	67	66	83,3%	78,8%
Prison civile des Cayes	10	5	100%	100%

Département du Sud-Est

PPS	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois	Rétention à 6 mois	Rétention à 12 mois
CDS Baint	33	31	87,1%	77,4%
CDS Belle Anse	9	9	66,7%	62,5%
CDS Marigot	43	43	74,4%	55,8%
Centre de Sante de Thiotte	60	58	82,8%	67,9%
Centre de Sante Emmanuel Cayes Jacmel	40	40	75,0%	35,0%
Hôpital St Michel de Jacmel	182	180	87,8%	69,7%

Annexe 2. Liste d'institutions retenues¹⁸ pour la rétention après accouchement.

No	Département	Institution	FE nouvellement enrôlées	%	nH	K
1	Artibonite	Hôpital Claire Heureuse de Marchand Dessalines	38	1.5	8	5
2	Artibonite	Centre de Santé Saint-Michel de l'Attalaye	42	1.7	9	5
3	Artibonite	Centre de Santé de Raboteau	44	1.8	9	5
4	Artibonite	Hôpital Secours - Providence de Gonaïves	61	2.4	13	5
5	Artibonite	Hôpital Dumarsais Estimé	67	2.7	14	5
6	Artibonite	SSPE de Saint-Marc	78	3.1	17	5
7	Artibonite	Centre Médical Charles Colimon	153	6.1	33	5
8	Centre	Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche	49	2.0	10	5
9	Grande anse	Klinik Pèp Bondye	51	2.0	11	5
10	Grande anse	Hôpital Saint-Antoine de Jérémie	20	0.8	4	5
11	Nippes	Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoâne	49	2.0	10	5
12	Nord	Hôpital Grande-Rivière du Nord	31	1.2	7	5
13	Nord	Hôpital Saint-Jean de Limbé	33	1.3	7	5
14	Nord	Clinique Médico-Chirurgical de Dugue	35	1.4	7	5
15	Nord	Hôpital Universitaire Justinien	42	1.7	9	5
16	Nord	Hôpital Fort Saint-Michel	45	1.8	10	5
17	Nord	Centre de Santé la Fossette	87	3.5	19	5
18	Nord est	Centre Médico-Social de Ouanaminthe	42	1.7	9	5
19	Nord est	Centre de Santé de Trou du Nord	51	2.0	11	5
20	Nord est	Hôpital de Fort-Liberté	60	2.4	13	5
21	Nord ouest	Hôpital Immaculée Conception Port-de-Paix	69	2.8	15	5

¹⁸ Les 3 sites qui ont moins de 30 FE nouvellement enrôlées sont dans la liste parce que ce sont des hôpitaux départementaux.

22	Sud	Hôpital Immaculée Conception des Cayes	39	1.6	8	5
23	Sud est	Hôpital Saint-Michel de Jacmel	20	0.8	4	5
24	Ouest	Centre Hospitalier Eliazar Germain	31	1.2	7	5
25	Ouest	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH)	47	1.9	10	5
26	Ouest	Hôpital Foyer Saint-Camille	49	2.0	10	5
27	Ouest	Institut des Maladies Infectieuses et Santé de la Reproduction (IMIS)	54	2.2	11	5
28	Ouest	Hôpital de Carrefour	63	2.5	13	5
29	Ouest	Hôpital Universitaire la Paix	82	3.3	17	5
30	Ouest	Clinique Communautaire de Delmas 75	83	3.3	18	5
31	Ouest	CHOSCAL Centre Hospitalier Sainte-Catherine Labouré	85	3.4	18	5
32	Ouest	Clinique Communautaire de Martissant	86	3.4	18	5
33	Ouest	Centre de Santé de la Croix-des-Bouquets	88	3.5	19	5
34	Ouest	Maternité Isaie Jeanty	97	3.9	21	5
35	Ouest	Hôpital Bernard Mevs	99	4.0	21	5
36	Ouest	Hôpital Saint-Damien nos petits frères et soeurs	125	5.0	27	5
37	Ouest	Les Centres GHESKIO -INLR	290	11.6	62	5
38	Ouest	Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve	21	0.8	4	5
Total			2506	1	533	

Annexe 3. Questionnaire stigmatisation et discrimination liées au VIH parmi le personnel des centres de santé



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS)**

**MESURER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIEES AU VIH PARMIS LE
PERSONNEL DES CENTRES DE SANTE**

Questionnaire de collecte de données

Institution : _____ Code : /___/___/

Département : _____ Code : /___/___/

SECTION 1 : INFORMATIONS DE BASE

Nous allons d'abord vous poser des questions de base.

1. Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? ans

2. De quel sexe êtes-vous ? Féminin 1 ☐ Masculin 2 ☐

3. Quel est votre poste actuel ?

Médecin 1 ☐ Infirmière 2 ☐ DRO 3 ☐
Psychologue 4 ☐ Travailleur social 5 ☐

4. Depuis combien de temps avez-vous travaillé dans la santé ? ans

5. Avez-vous déjà travaillé dans une clinique / un hôpital / un département spécialisé dans les soins et le traitement du VIH ? Oui 1 ☐ Non 2 ☐

6. En cas de faible prévalence, veuillez utiliser la question 6a, en cas de forte prévalence, la question 6b.

a. *Durant les 12 derniers mois, à environ combien de patients séropositifs avez-vous prodigué des soins ou offert des services.*

b. *Durant une semaine ordinaire, à environ combien de patients séropositifs prodiguez-vous des soins ou offrez-vous des services ?*

7. Avez-vous déjà reçu une formation dans les domaines suivants ?

(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| a. Stigmatisation et discrimination liées au VIH | 1 | ☐ |
| b. Contrôle des infections et précautions universelles
(y compris la prophylaxie après exposition) | 2 | ☐ |
| c. Consentement informé des patients, privauté et confidentialité | 3 | ☐ |
| | | ☐ |

- d. Stigmatisation et discrimination de populations clés exposées au VIH 4

SECTION 2 : CONTROLE DE L'INFECTION

Nous allons maintenant vous poser des questions sur les craintes liées à l'infection dans votre centre de santé.

8. Dans quelle mesure auriez-vous peur de contracter le VIH en faisant les actions suivantes ?

Si une des actions suivantes n'entre pas dans le cadre de vos responsabilités professionnelles, veuillez indiquer « sans objet. »

- a. Toucher les vêtements d'un patient vivant avec le VIH
☐ 1 Pas peur ☐ 2 Un peu peur ☐ 3 Peur ☐ 4 Très peur ☐ 5 Sans objet
- b. Changer les pansements d'un patient vivant avec le VIH
☐ 1 Pas peur ☐ 2 Un peu peur ☐ 3 Peur ☐ 4 Très peur ☐ 5 Sans objet
- c. Prélever du sang d'un patient vivant avec le VIH
☐ 1 Pas peur ☐ 2 Un peu peur ☐ 3 Peur ☐ 4 Très peur ☐ 5 Sans objet
- d. Prendre la température d'un patient vivant avec le VIH
☐ 1 Pas peur ☐ 2 Un peu peur ☐ 3 Peur ☐ 4 Très peur ☐ 5 Sans objet

9. Est-ce que vous appliquez généralement l'une des stratégies suivantes quand vous fournissez des soins ou des services à un patient vivant avec le VIH ?

- a. Eviter le contact physique
☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Sans Objet
- b. Porter deux paires de gants
☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Sans Objet
- c. Porter des gants durant toutes les activités liées à l'administration des soins au patient
☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Sans Objet
- d. Utiliser une ou des stratégies de contrôle de l'infection avec des patients vivant avec le VIH que vous n'utilisez pas avec d'autres patients
☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Sans Objet

SECTION 3 : CADRE ENVIRONNEMENTAL DE L'ETABLISSEMENT DE SANTÉ

Nous allons maintenant vous poser des questions sur les pratiques dans votre établissement de santé et votre expérience de travail dans un centre qui fournit des soins aux personnes vivant avec le VIH.

10. Durant les 12 derniers mois, avez-vous noté la présence d'une personne vivant avec le VIH dans votre institution santé ?

☐ Oui 1 → aller à la question 10

- ☐ Non 2 —————> aller directement à la question 11
☐ Ne sait pas 3 —————> aller directement à la question 11

11. Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé les réactions suivantes dans votre centre de santé ?

- a. Des prestataires de soins qui refusent de traiter un patient vivant avec le VIH ou perçu comme tel ?
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plupart du temps
- b. Des prestataires de soins qui fournissent des soins de moindre qualité à un patient vivant avec le VIH, ou à un patient perçu comme tel, par rapport à d'autres patients
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plupart du temps
- c. Des prestataires de soins parlant en mal des personnes vivant avec le VIH ou perçues comme telles
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plupart du temps

12. Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous....

- i. remarqué que des gens parlent de vous en mal parce que vous prodiguez des soins aux patients vivant avec le VIH ?
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps
- ii. remarqué que des amis ou de la famille vous ont évité parce que vous prodiguez des soins aux patients vivant avec le VIH ?
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps
- iii. remarqué que des collègues vous ont évité (e) parce que vous prodiguez des soins aux patients vivant avec le VIH ?
☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

13. Dans quelle mesure les prestataires de soins dans ce centre hésitent-ils à travailler avec un collègue qui vit avec le VIH, quelles que soient ses obligations professionnelles ?

- ☐ 1 Ils n'ont aucune hésitation ☐ 2 Ils ont peu d'hésitations ☐ 3 ils ont quelques
☐ 4 Ils ont beaucoup d'hésitations

SECTION 4 : POLITIQUES DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Nous allons maintenant vous poser des questions sur les politiques institutionnelles et le cadre de travail dans votre centre.

14. Dans mon centre, il n'est pas acceptable d'administrer un test de dépistage du VIH à un patient sans l'informer

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

15. Je serai confronté (e) à des répercussions au travail si je fais preuve de discriminations envers les patients vivant avec le VIH

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Je ne sais pas

16. Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes.

a. Il y a assez de fournitures appropriées dans mon centre de santé pour réduire le risque de transmission du VIH

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

a. Il y a des procédures standardisées dans mon centre de santé qui réduisent mon risque de contracter le VIH

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

17. Mon centre de santé a des lignes directrices écrites pour protéger les patients vivant avec le VIH de discriminations.

- ☐ 1 Oui ☐ 2 Non ☐ 3 Je ne sais pas

SECTION 5 : OPINIONS SUR LES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH

Nous allons maintenant vous poser des questions sur les opinions concernant les patients vivant avec le VIH.

18. Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes.

a. Infecter d'autres personnes importe peu à la plupart des patients vivant avec le VIH

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

b. Les patients vivant avec le VIH devraient avoir honte.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

c. La plupart des patients vivant avec le VIH ont eu plusieurs partenaires sexuels.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

d. Les personnes contractent le VIH parce qu'ils ont des comportements irresponsables.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

e. Le VIH est un châtime pour une mauvaise conduite.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

19. On devrait laisser les femmes vivant avec le VIH avoir des enfants si elles le souhaitent.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

20. Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas tout à fait d'accord avec les déclarations suivantes.

a. si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes

- ☐ 1 Tout à fait d'accord → aller à la question 19b
- ☐ 2 D'accord → aller à la question 19b
- ☐ 3 Pas d'accord → aller à la question 20b
- ☐ 4 Pas tout à fait d'accord → aller à la question 20b

b. Je préfère ne pas fournir de services aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes parce que (cocher toutes les raisons pertinentes)

- i. Ils me font encourir plus de risques de contracter la maladie
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord
- ii. Ce groupe a des comportements immoraux
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord
- iii. Je n'ai pas reçu de formation pour travailler avec ce groupe
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord

21. Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les déclarations suivantes ?

a. Si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux travailleurs du sexe (*spécifier hommes ou femmes ou les deux, selon le contexte*)

- ☐ 1 Tout à fait d'accord → aller à la question 20b
- ☐ 2 D'accord → aller à la question 20b
- ☐ 3 Pas d'accord → aller à la question 21
- ☐ 4 Pas tout à fait d'accord → aller à la question 21

b. Je préfère ne pas fournir de services aux travailleurs du sexe (*cocher toutes les raisons pertinentes*)

- i. Ils me font encourir plus de risques de contracter la maladie
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord
- ii. Ce groupe a des comportements immoraux
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord
- iii. Je n'ai pas reçu de formation pour travailler avec ce groupe
 - ☐ 1 d'accord
 - ☐ 2 pas d'accord

MODULE 1 : SOINS PRENATALX, PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE MERE A ENFANT ET SERVICE DE TRAVIL ET D'ACCOUCHEMENT.

La section suivant doit être remplie par les prestataires de services qui travaillent avec des femmes enceintes en matière de soins prénatals et de préventions de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que ceux intervenant dans les services de travail d'accouchement. Si vous ne travaillez ni dans ces domaines ni dans ces lieux, vous avez maintenant fini de remplir ce questionnaire.

22. Dans quelle mesure avez-vous peur à l'idée d'aider le travail ou l'accouchement d'une femme vivant avec le VIH.

- ☐ 1 Pas peur ☐ 2 Un peu peur ☐ 3 Peur ☐ 4 Très peur.

23. Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé d'autres prestataires de soins de santé qui

a) administrent un test de dépistage du VIH a une femme enceinte sans l'en informer

- ☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

b) négligent une femme vivant avec le VIH durant le travail ou l'accouchement à cause de son statut VIH ?

- ☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

c) Utilisent des méthodes supplémentaires de contrôle des infections (*par exemple deux paires de gants*) avec une femme vivant avec le VIH durant le travail et l'accouchement à cause de son statut VIH ?

- ☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

d) révèlent le statut d'une femme enceinte vivant avec le VIH a d'autres personnes sans son consentement ?

- ☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

e) accordent des soins a une femme vivant avec le VIH à condition qu'elle utilise des méthodes de planification familiale ?

- ☐ 1 Jamais ☐ 2 Une ou deux fois ☐ 3 Plusieurs fois ☐ 4 La plus part du temps

24. Etes-vous tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas tout à fait d'accord avec les déclarations suivantes.

a) si une femme enceinte est séropositive, sa famille a le droit de le savoir

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

b) les femmes enceintes qui refusent un test de dépistage du VIH sont irresponsables

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

c) Les femmes vivant le VIH ne devraient pas devenir enceintes si elles ont déjà des enfants

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

d) Il est parfois approprié de stériliser une femme avec le VIH même si elle n'est pas d'accord.

- ☐ 1 Tout à fait d'accord ☐ 2 D'accord ☐ 3 Pas d'accord ☐ 4 Pas du tout d'accord

Annexe 4. Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement à l'intention des participants à l'enquête sur la stigmatisation

Introduction :

Vous êtes invité à participer à ce projet d'enquête sur stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida. Avant d'accepter de participer à cette étude, prenez le temps de lire et de comprendre les informations qui suivent. Ce document vous présente le but et les objectifs de ce projet d'enquête, ses procédures, ses avantages et ses inconvénients. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous semblera utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'enquête :

Cette une recherche qui vise à mesurer la stigmatisation et à comprendre les perceptions sociales qui la conditionnent chez les prestataires de soins pour adapter les supervisions et les formations afin de minimiser l'impact de cette stigmatisation sur la rétention et l'adhérence au TAR.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont de :

- Déterminer le niveau de la crainte de l'infection VIH parmi le personnel des centres de santé.
- Indiquer les stéréotypes et les préjugés liés aux PVVIH ou perçus comme tels.
- comprendre l'environnement politique et de travail au niveau des PPS.

Déroulement de la participation

Votre participation est importante à la réalisation de cette enquête. Elle consiste à répondre à un ensemble de questions qui seront par la suite analysées pour permettre aux investigateurs de comprendre les perceptions sociales qui conditionnent la stigmatisation liée au VIH au niveau des centres de santé. Vos réponses seront écrites dans un questionnaire préétabli. Votre nom ne figurera pas dans ce questionnaire.

Le remplissage du questionnaire durera au grand maximum 45 minutes. Soyez assurés que l'enquêteur ne vous forcera pas à répondre à des questions et qu'il peut reprendre pour vous les questions que vous n'avez pas bien compris ou celles dont il veut avoir plus de clarté et de précision.

Avantages et inconvénients liés à votre participation

Les bénéfices de votre participation à cette recherche pour le programme national sont les suivants :

- Une meilleure connaissance de votre environnement de travail
- Une meilleure connaissance de votre perception sur la stigmatisation liée au VIH

Il n'y a aucun risque ou inconvénient connu à la participation à cette enquête.

Droit de retrait

Vous avez le droit de refuser à tout moment de participer à cette enquête, c'est-à-dire d'interrompre l'entrevue/remplissage du questionnaire et de demander de détruire le

questionnaire. Vous pouvez mettre fin en tout temps à votre participation sans préjudice. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative pour vous.

Confidentialité et gestion des données

Les renseignements recueillis lors de cette enquête seront traités de façon strictement confidentielle. Aucun résultat ne sera nominatif, personne ne pourra vous identifier. Un système de code sera utilisé à cette fin. Votre nom et toutes les autres informations permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés. Tout le matériel d'enquête sera détruit cinq ans après la fin de cette enquête. Les résultats seront utilisés exclusivement par les investigateurs lors de communication scientifique ou d'enseignement, par le Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida, le PSI/OHMaSS et le Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et le Sida.

Signature Je, soussigné (e)..... (Votre nom en lettres majuscules), consens librement à participer à l'enquête intitulée : « **Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liée au VIH** ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature et les avantages du projet d'enquête. Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que l'investigateur m'a fournies.

Signature du participant..... date :..... 2016

Investigateur..... Initiales de l'investigateur date :..... 2016

Annexe 5. Quelques définitions opérationnelles

Définitions opérationnelles de concepts et de variables liés à la rétention sous TAR

Cet annexe contient un certain nombre de concepts et de variables qui seront utilisés dans le cadre de cette enquête.

Cohorte. Une cohorte désigne un ensemble d'individus ayant vécu un même événement au cours d'une même période. Dans le cadre de cette enquête, la période est une période continue de 6 ou 12 mois prenant fin à une date déterminée à l'avance.

Cohorte d'origine. La cohorte d'origine représente le nombre de personnes qui ont initié pour la première fois le TAR au sein d'un PPS à un moment donné (mois calendaire) au cours de la période considérée.

Taux de rétention à 6 mois et à 12 mois. Le taux de rétention est la proportion d'adultes (homme, femme non enceinte, femme enceinte) et d'enfants qui sont toujours en vie et sous traitement antirétroviral à 6 mois et à 12 mois après le début du traitement. Le numérateur est égal au nombre d'adultes (homme, femme non enceinte, femme enceinte) et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous traitement antirétroviral à 6 et à 12 mois après le début du traitement. Le dénominateur se réfère au nombre total d'adultes (homme, femme non enceinte, femme enceinte) et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral il y a de cela 6 ou 12 mois au cours de la période étudiée, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux dont le suivi a été interrompu à 6 ou à 12 mois.

Sous traitement initial de première ligne. Les patients sous traitement de première ligne se rapportent au schéma thérapeutique standard recommandé dans les directives nationales, c'est-à-dire le « manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH ». Ci-dessous les régimes de première ligne préférentiels et alternatifs¹⁹.

¹⁹ Manuel de normes de prise en charge Clinique et thérapeutique des adultes vivant avec le VIH en Haïti. Nov 2013.

Régimes de première ligne préférentiels et alternatifs

Régime préférentiel		Régimes alternatifs
Toute PVVIH Naïve aux ARVs	En cas d'intolérance au TDF ou d'insuffisance rénale,	AZT/3TC/EFV ou NVP
	En cas d'intolérance à EFV	AZT/3TC/NVP
	En cas d'intolérance au TDF ou d'insuffisance rénale, et d'anémie sévère	ABC/3TC/EFV ABC/3TC/NVP
TDF-3TC-EFV	Co-infection VIH/TB	AZT/3TC/TDF AZT+3TC/ABC
	Co-infection VIH/HBV	Régime de deuxième ligne

Cas particulier du d4T :

Les récentes études ont démontré les effets secondaires importants liés au d4T. En 2009, l'OMS conseille de cesser progressivement l'utilisation du d4T, en raison de ses effets secondaires toxiques. Toutefois, pour les patients préalablement placés sous cette molécule, avec une évolution clinique favorable, sans manifestation de toxicité ou d'intolérance, le prestataire jugera des risques encourus pour enlever ou poursuivre avec le d4T. À partir d'octobre 2010, le d4T ne sera utilisé chez les nouveaux patients qu'en présence des conditions figurant dans le tableau des régimes alternatifs.

Sous traitement de première ligne de substitution. Il représente le nombre de patients de la file active qui sont sous schéma alternatif de première ligne. Les régimes de première ligne de substitution sont indiqués dans le tableau ci-dessus.

Sous traitement de deuxième ligne. Il représente le nombre de patients de la file active qui sont sous schéma de deuxième ligne. Ci-dessous, les régimes de deuxième ligne en cours d'utilisation en Haïti²⁰.

²⁰ Manuel de normes de prise en charge Clinique et thérapeutique des adultes vivant avec le VIH en Haïti. Nov 2013.

Catégories de patients	Conditions d'application		Régimes de deuxième ligne
TOUT PATIENT EN ECHEC THERAPEUT IQUE EN 1ere LIGNE	Si AZT, d4T ou ABC ont été utilisés en 1 ^{ère} ligne		TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r (régime préférentiel) TDF + 3TC (ou FTC) + LPV/r
	Si TDF a été utilisé en 1 ^{ère} ligne		AZT + 3TC + ATV/r (régime préférentiel) AZT + 3TC + LPV/r
	Si le patient est sous Rifabutine	Si AZT, d4T ou ABC ont été utilisés en 1 ^{ère} ligne	TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r
		Si TDF a été utilisé en 1 ^{ère} ligne	AZT + 3TC + ATV/r
	Si la Rifabutine n'est pas disponible	Si AZT, d4T ou ABC ont été utilisés en 1 ^{ère} ligne	TDF + 3TC (ou FTC) + double LPV/r* *double LPV/r = 4 comprimés 200/50mg, 2 fois par jour
		Si TDF a été utilisé en 1 ^{ère} ligne	AZT + 3TC + double LPV/r* *double LPV/r = 4 comprimés 200/50mg, 2 fois par jour
	Pas de condition particulière		AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + LPV/r

Arrêts. Les arrêts représentent le total de patients VIH nouvellement enrôlés sous TAR qui a été suspendu (volontaire ou décision médicale) au cours de la période enquêtée.

Décédés. Les décédés représentent le total de patients VIH nouvellement enrôlés sous TAR dans le site qui sont décédés au cours de la période enquêtée.

Perdus de vue. Les perdus de vue constituent le total de patients VIH(+) nouvellement enrôlés sous TAR qui ne sont pas présentés dans le site pour approvisionnement en médicaments ARV depuis trois mois ou plus après la fin de la période enquêtée.

Annexe 6. Engagement d'assurance de confidentialité

Engagement d'assurance de confidentialité pour la réception et l'utilisation des données de l'enquête sur « *Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH* »

Avec l'appui technique et financier de PSI/OHMaSS et du Fonds Mondial, la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le Sida va assurer la conduite d'une enquête importante sur la rétention à 6 et 12 mois, la rétention sous TAR après accouchement et l'appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination. La Coordination Technique du PNLS, comme d'habitude, s'est engagée auprès du Fonds Mondial et selon les règles de l'éthique de la recherche, à garder ces données confidentielles.

Les intervenants au sein de ce projet d'enquête et les autres membres de la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le Sida qui auront accès à ces données devront signer ce formulaire d'engagement d'assurance de confidentialité avant d'entreprendre toute activité de collecte, de saisie de données, d'analyse et d'interprétation de données afin d'assurer la sécurité de toute information confidentielle.

A la fin des analyses ou à la date d'échéance la plus proche, les récipiendaires de données fourniront au statisticien du service suivi et évaluation de la Coordination Technique du PNLS les fichiers de données utilisées pour les saisies et les analyses, ainsi que les résultats de ces analyses. Après ce transfert de l'ensemble des données, les utilisateurs supprimeront les données originales de l'enquête « **Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH** » de tous leurs appareils de stockage personnels et gouvernementaux. Les données agrégées sous forme de tableaux, figures, graphes, et cartes, qui seront utilisées dans les analyses identifiées, ne sont pas sujettes à cette suppression, mais ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins sans autorisation expresse écrite de la Coordinatrice du PNLS.

Sauf en cas de circonstances spécifiques, nécessitant une notification écrite, et l'autorisation du de la Coordinatrice du PNLS, les récipiendaires de données ne peuvent détenir ou utiliser ces données après la date du 1^{er} juin 2016.

Protection des informations confidentielles :

1. «Informations Confidentielles» désignent les documents, données et informations suivantes:
 - Toute donnée de l'enquête « Rétention sous traitement anti rétroviral et appréciation de la perception des prestataires sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH » contenant, nom, numéro d'identification unique, ou coordonnées d'un participant, ou du potentiel participant;
 - Protocole, formulaires de consentement, et les formes spécifiques du protocole ;
 - Résultats de tests de laboratoire des participants à cette enquête contenus dans les registres ARV;
 - Les dossiers médicaux des participants ou participants potentiels à cette enquête ;
 - Toute information sur le statut VIH/sida des participants ou participants potentiels, contenus dans les registres ARV; ainsi que toute autre condition médicale ;

2. Les récipiendaires de données s'engagent à ne pas faire usage, divulguer ou diffuser de quelque manière que ce soit toute information confidentielle, sauf si le cas le nécessite pour effectuer la surveillance, y compris la conformité aux lois et règlements applicables pouvant exiger la divulgation de renseignements confidentiels.
3. Les récipiendaires de données s'engagent à ne pas partager mot(s) de passe d'ordinateur (s), ni fournir l'accès, de quelque manière que ce soit, aux informations confidentielles à toute personne non autorisée.
4. Les récipiendaires de données acceptent de maintenir des procédures appropriées pour s'assurer que les informations confidentielles restent confidentielles.
5. Les obligations de confidentialité imposées aux récipiendaires de données par le présent accord de confidentialité ne sont pas applicables à toute information qui maintenant ou ci-après, tombent dans le domaine public, sans être le résultat d'une action inadéquate ou inaction de leur part.
6. Les récipiendaires de données acceptent de se conformer à toutes les lois et réglementations en vigueur concernant la confidentialité des informations de santé identifiable individuellement.
7. Les récipiendaires de données s'engagent à informer immédiatement le MSPP et le Groupe de travail analytique HASS dans le cas de violation effective de confidentialité ou de toute situation qui pourrait entraîner une infraction ou toute autre violation de l'accord ci-dessus.

Nom _____

Date _____

Signature _____

Témoin _____

Date _____

Signature _____