



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population

Bulletin
de Surveillance
Epidémiologique
No. 1

Programme National de Lutte contre Les IST/VIH/SIDA

Comité de rédaction du Bulletin

1. Dr Edieu LOUISSAINT, MSPP/PNLS
2. Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS
3. M. Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS
4. Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS
5. Dr Barbara ROUSSEL, NASTAD
6. Dr Edna PIERRE, NASTAD
7. Dr Nadjy JOSEPH, NASTAD
8. Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Personnes ayant appuyé le comité de rédaction

1. Dr Jean Ronald CADET, Conseiller Technique MSPP

Conception et mise en forme

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS



LE MOT DU DIRECTEUR GENERAL DU MSPP

Au début des années 80, l'apparition de la pandémie du sida avait créé beaucoup de frayeur au niveau des populations, du fait que l'humanité n'avait pas encore une réponse appropriée et que l'on s'acheminait inexorablement vers la mort une fois dépisté VIH positif. Le chemin parcouru a été long et très difficile. Les États, les organisations internationales, les organisations de la société civile, les populations, les PVVIH, les universités et les chercheurs se sont mobilisés pour constituer un grand faisceau mondial pour faire face à cette pandémie.

Aujourd'hui, les résultats sont probants. Les besoins sont énormes; notre pays a beaucoup d'effort à faire pour fournir l'accès universel à des services de diagnostics, de soins, de traitement et de prévention de qualité à toutes ses filles et tous ses fils. Mais, il y a quand même lieu d'espérer.

Les décideurs politiques sont conscients du lien étroit entre le VIH/sida et le développement. Au niveau du Ministère de la santé, tout est mis en œuvre pour que le Programme National de Lutte contre le sida et les IST ait les ressources nécessaires pour maintenir les acquis et faire face aux nouveaux défis dans un contexte mondial de crise économique et de rareté de ressources.

L'espoir fait vivre mais il y a plus que cela. La communauté scientifique mondiale a prouvé que l'espérance de vie actuelle d'un patient séropositif bien suivi est superposable à celle de la population générale pour la tranche d'âge considérée. Les résultats de l'étude HPTN 052 nous encouragent à redoubler d'effort, à resserrer les rangs, à intensifier les activités de prévention et à étendre la stratégie PCIMAA à tous les départements.

Nous ne serons pas à ce niveau, s'il n'y avait pas un suivi continu des tendances de son évolution, l'analyse régulière des performances de nos projets et surtout de la détermination à donner des résultats. Nous attendons avec impatience EMMUS V qui nous permettra de mieux nous situer et de prendre des décisions judicieuses et opportunes au bénéfice des PVVIH et de la population toute entière.

Avec la publication de la Politique Nationale de Santé, la Direction générale du Ministère de la santé a passé des instructions pour que tous les plans stratégiques des programmes soient révisés et soient en adéquation avec cette dernière. De même, il est urgent que des plans de suivi et évaluation soient élaborés pour tous les programmes afin que les responsables puissent assurer leur suivi et permettre au Ministère de prendre les décisions nécessaires au bon moment.

La coïncidence de la parution du premier numéro du bulletin de surveillance épidémiologique avec la commémoration de la journée mondiale du sida n'est pas le fruit du hasard. Elle est un des résultats de l'engagement du Ministère de la Santé à assurer une bonne gouvernance du Programme en fournissant des informations pertinentes, fiables et valides de façon périodique sur l'évolution de l'épidémie et sur la mise en œuvre des interventions clés du programme.

La Direction générale encourage toutes les parties prenantes de la Riposte Nationale à soutenir cette initiative, à informer le comité de rédaction de certains événements et à participer à l'élaboration de ce bulletin. La direction générale souhaite une longue vie à cette initiative.


Dr Marie Guirlaine RAYMOND CHARITÉ
Directeur Général



EDITORIAL

Chers amis lecteurs,

Combien d'entre nous ont déjà investi tant d'énergies et de ressources intellectuelles à l'aboutissement de ce rêve qui se transforme aujourd'hui en réalité : la parution d'un bulletin épidémiologique du VIH/SIDA de façon régulière. Ils sont nombreux et leur histoire remonte, déjà à peu de temps, après l'apparition de cette épidémie. Ils seront assurément contents que d'autres aient repris le flambeau et certainement assureront sa pérennisation afin que nous soyons avisés de façon régulière sur l'évolution de l'épidémie et le chemin déjà parcouru.

En lisant les résolutions adoptées lors du XIVE sommet de la francophonie à Kinshasa les 13 et 14 octobre 2012, je me suis dit que le bulletin épidémiologique VIH/SIDA en Haïti tombe au bon moment. Car, comment pourrions-nous « stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous » sans un produit d'information de qualité qui éclaire nos chemins à très court terme. Tel que le recommande le plan national suivi et évaluation 2012 – 2015, ce bulletin est un produit d'information, conçu par un comité de rédaction similaire à un comité de revue par les paires qui fournira des informations sur les nouvelles infections et les patients sous traitement. Une attention spéciale sera accordée à l'élimination de la transmission mère enfant (ETME). Son édition sera faite chaque 2 mois au cours des 12 prochains mois et par la suite elle sera mensuelle.

Ce XIVE sommet de la francophonie, à travers les interventions de Abdou Diouf et de Michel Sidibé, respectivement Secrétaire général de la francophonie et Directeur exécutif de l'ONUSIDA, interpelle plus d'un sur l'efficacité de nos actions et la sincérité de nos engagements. « Responsabilité partagée et solidarité mondiale » est encore plus excitant et plus émouvant que d'autres slogans ou leitmotiv. J'ai ressenti quelque chose d'infiniment agréable qui m'indique que le « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au SIDA » est à la portée de l'humanité et que de plus en plus le « penser globalement et

agir localement » est la stratégie la plus opérationnelle pour atteindre les objectifs du millénaire car elle tient compte de nos environnements et de nos cultures.

Ce bulletin est le fruit d'une collaboration sérieuse entre différentes parties prenantes de la Riposte nationale au SIDA. Il bénéficiera, en particulier, de l'expertise de la NASTAD qui gère la base de données de surveillance du VIH/SIDA en Haïti avec l'appui technique de Solutions. Que tous ceux qui ont contribué à la sortie de ce premier bulletin en soient remerciés. Il est ouvert à tous ceux qui voudront devenir des rédacteurs bénévoles. Il nous fournira des informations sur un ensemble d'indicateurs qui peuvent être désagrégés par sexe, âge et département. Les plus importants seront : le nombre de cas notifiés VIH+ en particulier les femmes enceintes, le nombre de nouveaux cas VIH+ mis sous traitement antirétroviral (TAR), le nombre de nouvelles femmes enceintes VIH+ sous TAR, le nombre de perdus de vue sous TAR et le nombre de nouveaux enfants séropositifs diagnostiqués par PCR. En ce qui concerne le format, il sera modifié à l'occasion de certains événements tels que la journée mondiale du SIDA.

Je souhaite longue vie au bulletin épidémiologique VIH/SIDA en Haïti.

Bonne lecture et bonne utilisation des données
contenues dans ce premier numéro,


Dr Joëlle Deas VAN ONACKER
Coordonnatrice du PNLS



INTRODUCTION

Le contexte socioéconomique et environnemental particulier fait d'Haïti un terrain propice au maintien de l'épidémie du VIH. L'implication des plus hautes instances du pays dans le concert des actions de la réponse holistique nécessaire à ce fléau justifie la mise en place de mécanismes efficaces d'harmonisation et de coordination en vue d'une performance optimale dans le pilotage et la réalisation des actions. Cela suppose une parfaite maîtrise des contours et de l'évolution de l'épidémie à travers tout le pays.

La surveillance épidémiologique reste une aire essentielle de la santé publique qui permet d'identifier à tout moment les facteurs de risque, de suivre leur évolution et d'évaluer les effets des mesures prises sur leur contrôle.

Pilier important de veille sanitaire, un bulletin épidémiologique représente à la fois un outil de partage d'informations entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la Riposte et un dispositif de gouvernance sanitaire. Il s'agit de réaliser de manière continue la symétrie d'information entre les groupes d'acteurs/partenaires locaux, nationaux, régionaux et internationaux. L'auditoire ciblé s'étend aux partenaires de l'ensemble des secteurs connexes concernés par la réponse nationale multisectorielle, les responsables sectoriels au niveau stratégique, tactique, opérationnel, les partenaires (agences) intervenant dans l'assistance technique et financière à la Riposte, les opérateurs (ONG) supportant ou intervenant directement dans la prestation de services, les associations de PVVIH impliquées dans la lutte et la communauté à travers les organisations de base.

Rappel de certains indicateurs sociodémographiques

Dans le souci de procéder à une analyse approfondie des différents indicateurs retenus dans le bulletin, il s'avère important de considérer les principales caractéristiques sociodémographiques de la population haïtienne en vue d'avoir les éléments nécessaires nous permettant de mieux appréhender la problématique du VIH. En effet, selon une publication

de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, on estime la population totale à 10.413.000 dont 48% vit en milieu urbain en 2012. De cette population, les adultes de 15-49 représentent un peu plus de la moitié, soit 52%¹.

Selon l'EMMUS IV, la prévalence du VIH est de 2,2% ; mais bientôt les résultats de l'EMMUS V fourniront des informations sur la prévalence actuelle de l'infection au VIH. Dans les prochains numéros, nous espérons vous communiquer les résultats définitifs de cette enquête.



¹ Projections Populations, IHSI-CELADE, Haïti, 2007

Evolution du système de surveillance du VIH/sida en Haïti

Le VIH/sida en Haïti a été reconnu comme une priorité de Santé Publique par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dès l'apparition des premiers cas. La Riposte nationale avec le support des partenaires internationaux visait :

- La prévention de nouvelles infections ;
- L'accès aux soins et au traitement des personnes atteintes de VIH ;
- La diminution de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida

L'une des stratégies utilisées est l'utilisation de la surveillance épidémiologique du VIH. Cette dernière constitue un outil essentiel au suivi des tendances de l'épidémie, à la planification et à la mise en œuvre des programmes de prévention, de soins et de traitement.

La notification de cas, un aspect essentiel de la surveillance, a été pris en compte par le MSPP dès le début de l'épidémie. Mais avec l'évolution des capacités de diagnostic de l'infection au VIH et l'expansion des services de soins et de traitement, il s'est avéré nécessaire d'adapter et de renforcer le système existant. Ainsi, en 2003 la NASTAD², identifiée comme un partenaire clé, a bénéficié des ressources de CDC afin d'assister le MSPP dans l'évaluation du système préexistant, la conception et l'implantation d'un système national de notification des cas de VIH/sida.

Après une phase pilote de 5 ans, en Décembre 2008, le système de surveillance a été lancé au niveau national ; et à date 152 sur 270 sites offrant les services de dépistage volontaire (soit 52%) rapportent régulièrement au système national de surveillance de VIH/sida via la notification de cas. La figure suivante fournit la répartition des institutions sur le territoire.

² Alliance National des Directeurs de SIDA des Etats et Territoires Américains

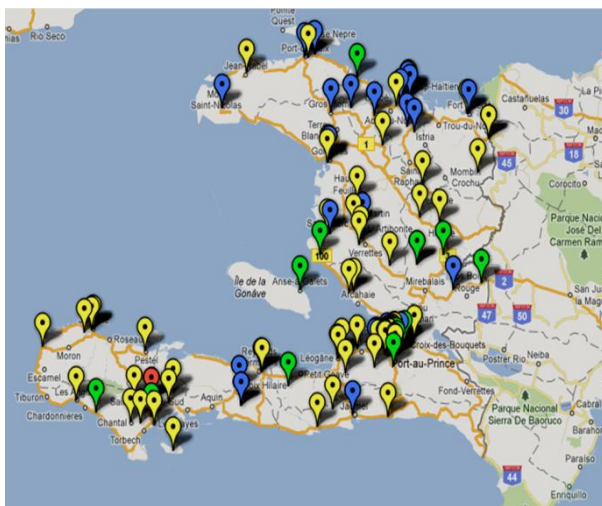


Figure 1: Sites rapportant au système national de surveillance du VIH (HASS) pour l'année de 2012

Les divers éléments qui ont été mis en place pour aboutir à cette réalisation sont :

- la formation de plus de 800 personnels de la santé dans plus de 300 institutions du pays ;
- l'étroite collaboration entre partenaires appuyant le Ministère de la Santé dans ses différentes démarches ;
- l'expertise et l'appui technique de firmes locales spécialisées et d'institutions internationales.

Le but ultime du système est de collecter les données de toutes les institutions du pays offrant des services de dépistage, de soins et de traitement du VIH/sida.

Description du système national de surveillance VIH/sida

Le système national de surveillance du VIH/sida est une forme active de surveillance basée sur la notification de cas. Chaque cas VIH est compté de façon unique dans le système suivant un processus central de duplication.

Ces informations sont ensuite conservées dans la base nationale de surveillance et offrent la possibilité aux différents intervenants:

- d'avoir une meilleure compréhension de la tendance de l'épidémie ;
- d'identifier les groupes les plus exposés ;
- d'orienter des programmes de prévention pour les groupes les plus exposés ;
- de développer des politiques adaptées aux besoins identifiés.

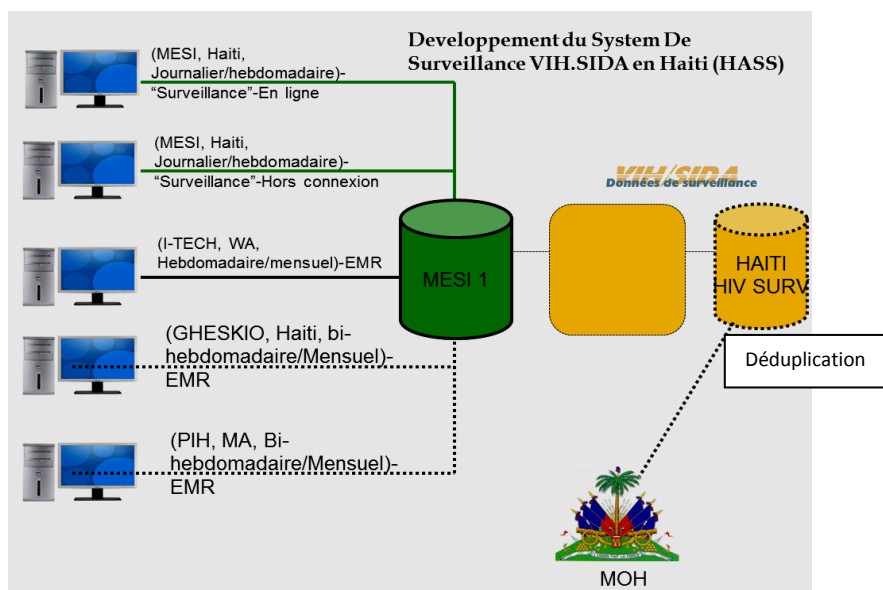


Figure 2. Modélisation actuelle du système de surveillance épidémiologique en Haïti

Le système est alimenté électroniquement par des sites offrant les services de dépistage à travers la saisie des fiches de notification sur l'interface MESI³ et par les bases de données EMR⁴: celui du MSPP (I-santé), de GHESKIO et de Zanmi Lasante.

³ Monitoring and Evaluation and Surveillance Interface

⁴ Electronic Medical Records

De 2004 à date, environ 208.700 cas de VIH ont été rapportés au système central de données et 160.913 cas uniques ont été extraits avec possibilité de réaliser des analyses détaillées telles que présentées dans les tableaux et graphes contenus dans ce bulletin.

Outre les cas incidents de VIH, ce système permet de documenter la date de début des soins, le premier test de CD4, la première prescription d'ARV, le diagnostic de sida en fonction des stades de l'OMS (3,4) et du taux de CD4 (<350), les décès à travers les données rapportées par les EMR.



Evolution de la notification de cas de VIH à travers la base nationale de surveillance du VIH/sida

Depuis la relance de la notification de cas au cours de l'année de 2004, le nombre d'institutions de santé rapportant à la base nationale de surveillance du VIH/sida n'a cessé d'augmenter, permettant la capture de la majorité des cas VIH diagnostiqués au niveau national. Les données collectées permettent de traiter et d'analyser les données relatives à la tendance de l'épidémie et aux populations les plus touchées en tenant compte des facteurs de risque⁵. Les graphes et tableaux présentés dans ce numéro fournissent des informations sur certains indicateurs clés comme : les cas incidents au niveau de la population, le nombre de patients enrôlés en soins, le nombre de patients placés sous TAR, femmes enceintes VIH positif et enrôlées dans un programme de traitement, et le nombre d'enfants VIH positif.

1. Cas VIH rapportés à la base nationale de surveillance de 2004 au premier trimestre de 2012

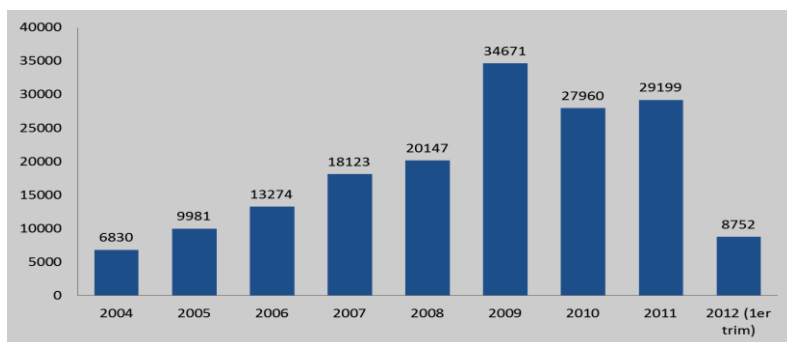


Figure 3: Répartition de cas rapportés à la base nationale de surveillance en Haïti de 2004 au premier trimestre de 2012, NASTAD

De 2004 à 2008, on observe une augmentation linéaire du nombre de cas rapportés par année. Le pic observé pour l'année de 2009 fait suite au

⁵ Les données collectées sont en processus de validation et peuvent changées en fonction des nouvelles trouvailles

lancement national du système. Ce pic est suivi par une baisse en 2010 qui peut être expliqué par la survenue du tremblement de terre le 12 Janvier 2010. La reprise de cette tendance a été observée à nouveau en 2011.

Évènements sentinelles de la vie du patient rapportés de 2004 au premier trimestre de 2012

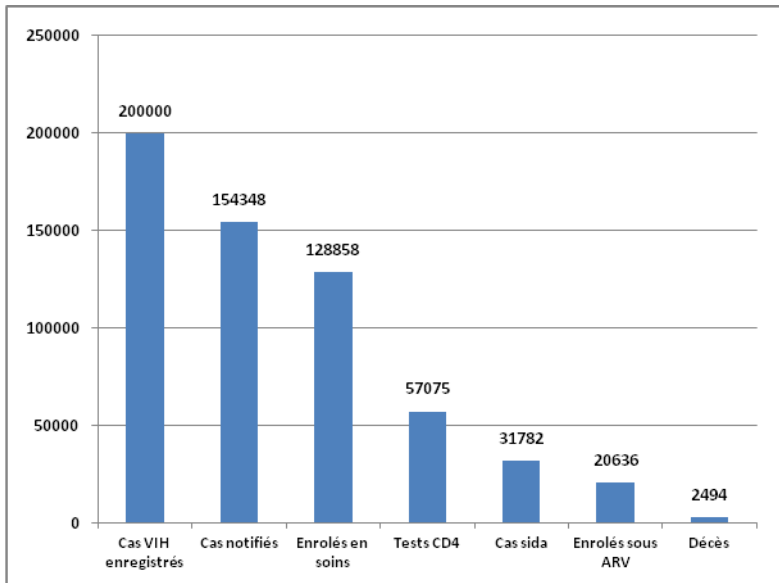


Figure 4: Distribution du nombre de cas VIH rapportés en Haïti en fonction des évènements sentinelles dans l'histoire et l'évolution de l'infection au VIH

Ce graphe met en évidence le nombre de cas VIH. Des 200.000 cas cumulés au niveau des rapports disponibles sur MESI, 77% ont été notifiés et 64% ont été enrôlés en soins. 44% des patients enrôlés ont pu bénéficier d'un test CD4. Un patient enrôlé sur 4 (25%) a atteint le stade sida, alors qu'à date seulement 16% ont été initiés aux antirétroviraux.

2. Population rapportée de PVVIH de 2004 à 2011

Tableau1. Distribution du nombre de PVVIH notifiés selon le département jusqu'en 2011

Département	Population	Proportion en %	fréquence cumulée en %	PVVIH	Proportion en %	fréquence cumulée en %
Ouest	3664620	36,9	36,9	77431	54,50	54,50
Artibonite	1571020	15,8	52,7	12718	8,95	63,45
Nord	970495	9,8	62,5	14900	10,48	73,93
Sud	704760	7,1	69,6	9126	6,42	80,35
Centre	678626	6,8	76,4	8,785	6,18	86,53
Nord-ouest	662777	6,7	83,1	6310	4,44	90,97
Sud est	575293	5,8	88,9	3079	2,16	93,13
Grande Anse	425878	4,3	93,2	5195	3,65	96,78
Nord est	358277	3,6	96,8	3106	2,18	98,96
Nippes	311497	3,1	100,0	1413	0,99	100,00
Total	9923243	100,0		142063	100,00	

Ce tableau montre que plus de 75% de la population haïtienne et de celle des PVVIH résident dans 4 départements : l'Ouest, l'Artibonite, le Nord et le Sud. Donc, ces départements renferment 3 sur 4 habitants de la population totale d'Haïti. Il en est de même des PVVIH. Le cas du département de l'Artibonite indiquant une inadéquation entre la population et le nombre de PVVIH serait dû à une sous notification de cas que le comité de rédaction compte investiguer ultérieurement.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes diagnostiquées VIH en Haïti

1. Notification de cas VIH positif de 2004 au premier trimestre de 2012 par groupe d'âge et par sexe.

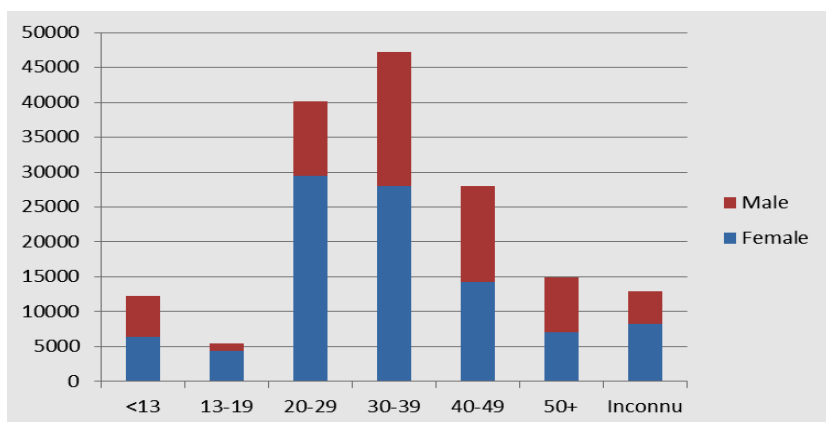


Figure 5: Répartition des cas rapportés sur HASS par groupe d'âge et par sexe de 2004 au premier trimestre de 2012

Ce graphe montre le nombre de cas VIH positif rapportés de 2004 au premier trimestre de 2012 par groupe d'âge et par sexe. On constate que pour les groupes d'âge <13, 40-49 et 50+, il y a plus de femmes à être testées VIH positif que d'homme. Les femmes de 20-39 représentent plus de 2/3 des personnes testées VIH positif.

2. Proportion de cas de VIH rapportés de 2004 au premier trimestre de 2012 par sexe incluant la sous-population de femmes enceintes

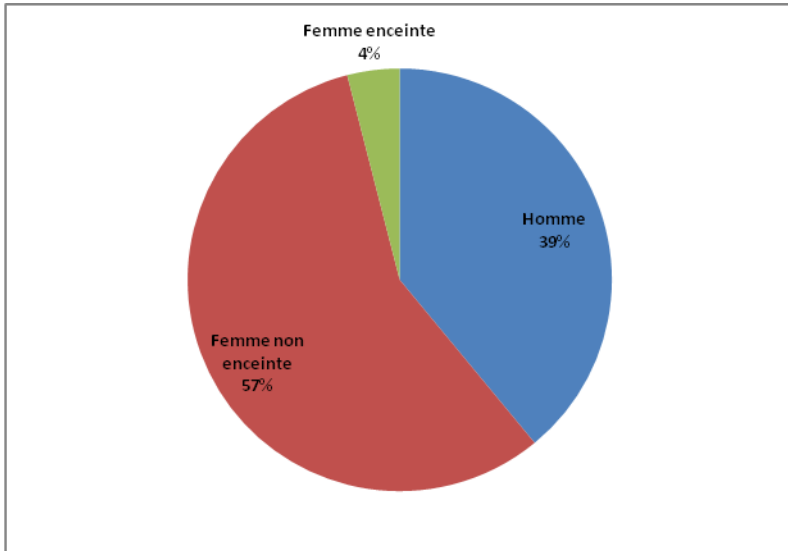


Figure 6: Répartition du nombre de femmes VIV diagnostiquée en fonction du statut de grossesse

Les femmes représentent la plus forte proportion de cas de VIH rapportés, soit 57% pour la catégorie non enceinte et 4% pour les femmes enceintes au moment du diagnostic, soit un total de 61% ; alors que la population d'hommes représente 39% des personnes notifiées de 1984 au premier trimestre de 2012.

3. Cas de VIH positif rapportés en fonction du statut matrimonial

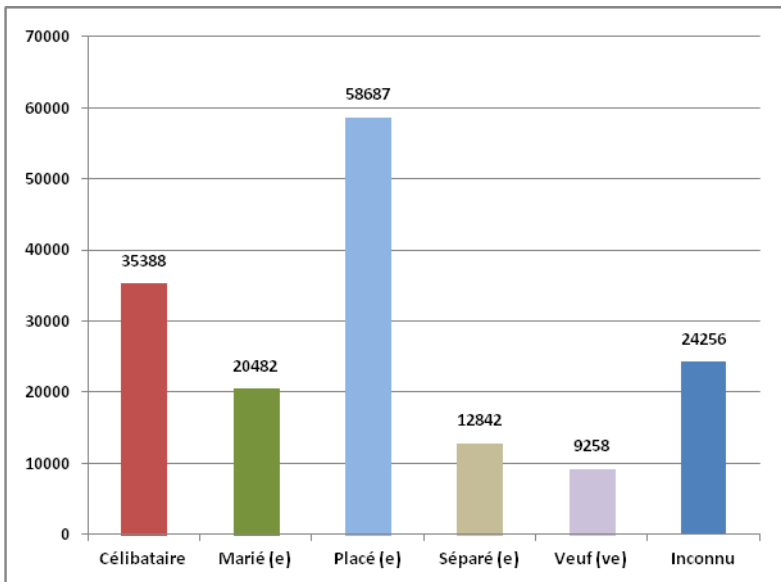


Figure 7. Répartition des cas notifiés selon le statut matrimonial. NASTAD, 2012

D'après le graphique précédent, la catégorie « placé » représente la plus forte proportion de cas de VIH suivi des célibataires. Pour ce graphe il est important de noter les inconnus qui représentent 15% de cas rapportés. Cette forte proportion d'inconnu pour la variable statut matrimonial peut être dû au fait que ces données ne sont pas collectées systématiquement.

Traitement Anti Rétroviral

Il est indéniable que nous ne pouvons pas contester à l'heure actuelle la portée du traitement antirétroviral (TAR) comme outil de prévention au rang d'élément essentiel à la réduction de la propagation du VIH. Le rapport ONUSIDA 2012 indique au cours des années 2009 à 2011 que la prophylaxie antirétrovirale a empêché 409.000 enfants de contracter l'infection à VIH dans les pays à faible et moyen revenu alors même que seulement 30% des femmes enceintes éligibles recevaient un traitement antirétroviral.

Il est juste de rappeler le combat mené par cet éminent médecin suisse, Dr Bernard Hirschel dont les travaux sur le TAR comme moyen de prévention ont été salués lors de la 18^e conférence internationale à Vienne en Autriche en juin 2010 et nous ont permis de nous lancer sur la voie de l'accès universel. D'ailleurs, l'avis suisse késako émis en 2008 par la commission fédérale suisse sur le sida, sur la diminution du risque de transmission du VIH par le TAR, est associé à son nom pour sa contribution à sa popularisation⁶ (Vernazza et al, 2008). Les résultats de l'étude phare HIV Prévention Trials Networks 052 (HPTN052) ont démontré qu'une thérapie antirétrovirale administrée de manière précoce aux partenaires séropositifs parmi des couples sérodiscordants entraînait une diminution de 96% de la transmission sexuelle du VIH⁷ (Cohen et al. 2011).

Le comité de rédaction du bulletin épidémiologique a jugé bon de suivre l'évolution du nombre de patients sous TAR en Haïti, étant donné l'importance que revêt la mise de patients séropositifs sous TAR par rapport à la prévention et à la baisse des décès liés au sida⁸ (ONUSIDA, 2012). Notre source principale des données est MESI et nous fournissons périodiquement des données du nombre de nouveaux et du cumul de patients sous TAR en comparaison des besoins de TAR des PVVIH qui sont éligibles selon les normes de prise en charge du MSPP.

En décembre 2011, le cumul de patients sous TAR était de 34.927 (Haïti, rapport UNGASS, 2012) et il représentait une couverture de 58,5% nettement inférieure à ce qu'elle était en 2008 car les critères d'éligibilité ont été entre temps modifiés, particulièrement avec un taux de CD4 passant de moins de 200 à 350 (Manuel de normes de prise en charge des adultes et adolescents vivant avec le VIH, décembre 2010). De janvier à septembre 2012, le nombre total de nouveaux patients incluant les enfants et les femmes enceintes est de 10.028. Le cumul de patients actifs sous TAR à la fin de septembre 2012 est de 41.200. En 9 mois, le PNLS a augmenté le

⁶ Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins suisses. Editores Medicorum Helveticonum. 2008;89 :5

⁷ Cohen M et al. *Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled ART*. 6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rome, abstract MOAX0102, 2011.

⁸ ONUSIDA. Résultats du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport 2012.

nombre de patients sous TAR de près d'un quart de ce qu'il avait pu faire en 10 ans (2001 – 2011).

Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés sous ARV de janvier à septembre selon la catégorie et le sexe.

Mois	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total
Janvier	324	465	45	48	882
Février	315	489	52	50	906
Mars	479	626	59	55	1219
Avril	352	566	59	46	1023
Mai	417	546	95	66	1124
Juin	389	522	113	57	1081
Juillet	420	614	149	40	1223
Aout	375	553	208	55	1191
Septembre	344	723	249	63	1379
Total	3415	5104	1029	480	10028

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht, novembre 2012

Le programme haïtien de lutte contre le VIH/sida a enrôlé une moyenne de 1.114 patients sous TAR de janvier à septembre 2012 ce qui représente une croissance mensuelle de mise sous TAR de 0,03 par rapport au cumul de patients sous TAR en décembre 2012. Les mois de mars, de juillet et de septembre ont été les mois où il y a eu beaucoup plus de patients à mettre sous traitement.

Toutes choses étant égales par ailleurs, si le programme haïtien maintient ce rythme, il est fort probable que la cible visée pour le TAR en 2015 dans le Plan de Suivi et Evaluation 2012 – 2015 du PNLS sera largement atteint dès l'année 2014.

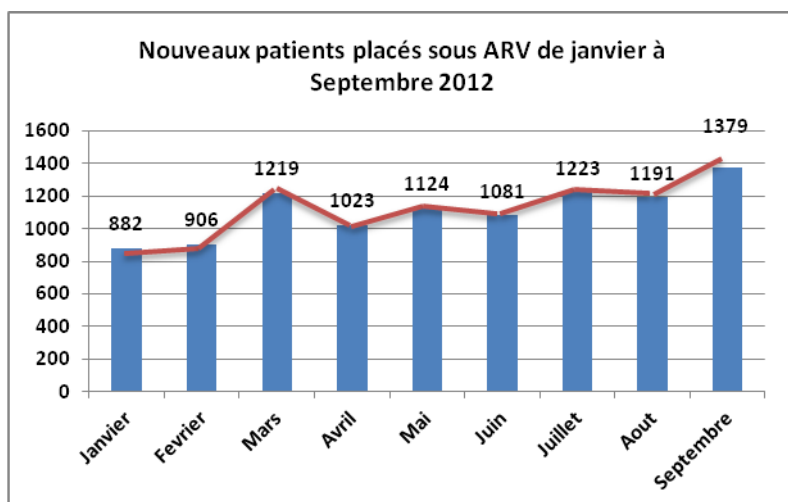


Figure 8. Distribution du nombre de nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à septembre. Haïti 2012. Représentation par un histogramme et un polygone de fréquence.

Les nouvelles enrôlées femmes sous TAR représentent 61% des nouveaux cas d'enrôlement au cours de la période et le ratio homme / femme est de 0,56. Ce ratio ne tient pas compte des enfants.

Élimination de la Transmission Mère Enfant

L'Etat haïtien a signé la déclaration politique sur le VIH/sida de la 65^e session de l'assemblée générale des Nations Unies de juin 2011. Cette déclaration construite sur l'intensification de nos efforts pour éliminer le VIH/sida se donne comme objectifs, entre autres, d'élargir la couverture, de diversifier les approches et d'intensifier les efforts pour mettre fin aux nouvelles infections par le VIH.

L'ONUSIDA indique dans son rapport de 2012 que le nombre de nouvelles infections à VIH a été réduit de plus de 50% dans 25 pays à revenu faible ou intermédiaire. Le rapport signale que les plus fortes baisses ont été enregistrées depuis 2001 dans les caraïbes (42%) et en Afrique subsaharienne (25%).

Les notes de l'ONUSIDA sont encourageantes pour Haïti. Ainsi, il est d'une importance majeure pour le comité de rédaction de suivre de près la mise

sous traitement de femmes enceintes, le diagnostic par PCR des enfants nés de mères séropositives et les enfants VIH.

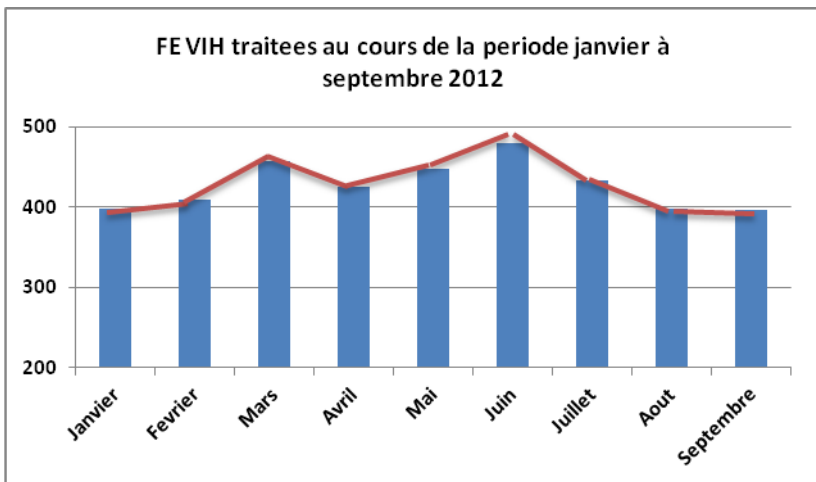
Dans le tableau suivant, les femmes enceintes VIH traitées (FE VIH traitées) représentent les femmes enceintes qui étaient déjà dans le programme qui sont tombées enceintes et les nouvelles femmes enceintes mises sous TAR. Les Femmes sous traitement devenues enceintes sont comprises dans le groupe des femmes enceintes VIH traitées.

Tableau 3. Distribution des femmes VIH traitées, des enfants diagnostiqués par PCR et des enfants VIH+ de janvier à septembre. Haïti 2012.

Mois	Femmes VIH sous Rx devenues enceintes	Total FE VIH traitées	Enf DX PCR	Enf VIH+	Pourcentage de TME (en %)
Janvier	140	398	393	29	7.4
Février	147	409	336	37	11.0
Mars	179	457	364	39	10.7
Avril	142	425	487	34	7.0
Mai	175	448	309	22	7.1
Juin	166	480	276	27	9.8
Juillet	134	433	306	30	9.8
Aout	158	399	260	25	9.6
Septembre	121	396	278	36	12.9
Total	1362	3845	3009	279	9.3

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht, novembre 2012

D'après le tableau 2, une sur trois femmes enceintes traitées était déjà enrôlée dans le programme, soit 35% de l'ensemble. En moyenne, le système de soins enregistre mensuellement 150 cas de grossesse parmi les femmes recevant les soins et traitement aux ARV au cours des neuf premiers mois de l'année 2012.

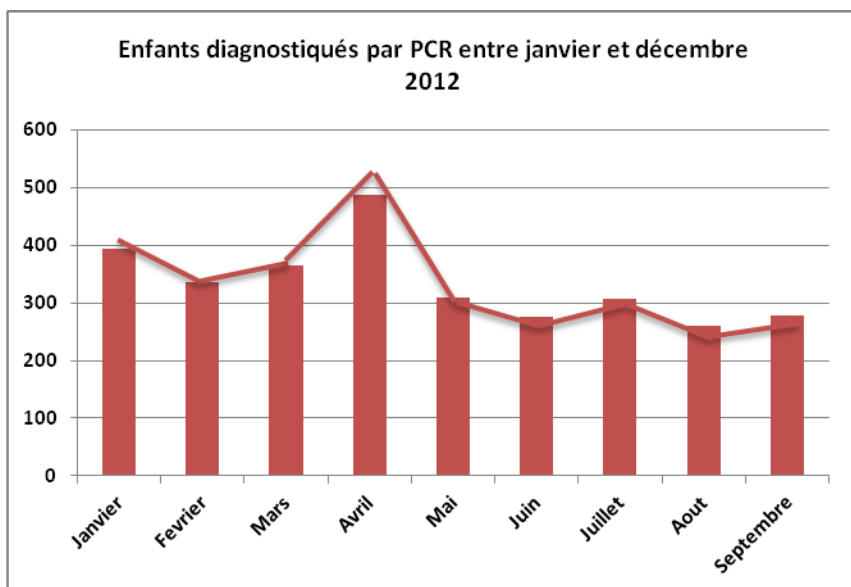


Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht, novembre 2012

Figure 9. Répartition de femmes enceintes VIH traitées de janvier à septembre par un histogramme et un polygone de fréquence. Haïti 2012.

Selon le graphique ci-dessus, le nombre de femmes VIH traitées semble diminuer, mais il faut attendre les prochains mois pour mieux analyser la tendance.

Le nombre total d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié d'un PCR entre janvier et septembre 2012 est de 3.009 et celui des enfants diagnostiqués positif par PCR est de 279, soit un pourcentage de TME de 9,3%.



Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht, novembre 2012

Figure 10. Répartition du nombre d'enfants diagnostiqués positif par PCR de janvier à septembre. Haïti 2012.

La proportion de TME est restée stable à moins de 10% de juin à août et a tendance à augmenter ; celui de septembre est supérieur à 10%.

Toutes les parties prenantes de la Riposte Nationale doivent redoubler d'ardeur et investir plus de ressources dans la PTME afin de permettre à Haïti d'atteindre le « zéro transmission mère enfant » d'ici 2015. Dans les prochains bulletins, nous fournirons des données, au besoin, par département ; nous le ferons pour certains points de prestation de services dans le but d'attirer l'attention des planificateurs et des décideurs à tous les niveaux de la pyramide de soins et de gestion. Ce n'est que de cette façon que nous pourrions appliquer ce que nous a rappelé la coordonatrice du PNLS dans son éditorial : « *penser globalement et agir localement* ».

Nouvelles en Bref

La Coordination du programme vous informe que le Plan Stratégique 2008-2012 a été révisé et s'intitule désormais : Plan Stratégique Réaménagé avec extension à 2015. Le document vous sera soumis très bientôt.



La Coordination du programme a doté le programme d'un Plan national de Suivi/Evaluation 2012-2015. Le document vous sera soumis très bientôt.



Le prochain Cluster Suivi/Evaluation se tiendra en date du jeudi 13 décembre 2012. Le lieu vous sera communiqué ultérieurement.



Une rencontre sur la présentation des résultats définitifs de l'enquête bio comportementale relative aux groupes spécifiques clés aura lieu le vendredi 14 décembre 2012 par PSI. Le lieu vous sera communiqué ultérieurement.



Le prochain numéro du Bulletin Epidémiologique apparaîtra la première semaine de Février 2013.

