



Ministère
de la **Santé Publique**
et de la **Population**

Bulletin
de Surveillance
Epidémiologique

No.2

Programme National de Lutte contre Les IST/VIH/SIDA

Comité de rédaction du Bulletin

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

Conception et mise en forme

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS



Sommaire

Liste des acronymes.....	4
Editorial.....	5
Article 1. Notification des cas de VIH.....	7
La Notification des cas VIH en 2012 par rapports aux 5 années précédentes.....	8
L'importance de la notification des cas VIH.....	9
Caractéristiques démographiques des personnes diagnostiquées VIH+ en 2012.....	10
Les modes probables de transmission parmi les cas incidents de VIH pour 2012.....	12
Article 2. Traitement antirétroviral.....	14
Etat de l'évolution des nouveaux enrôlés des 2008 à 2012.....	14
Situation des nouveaux enrôlés en 2012.....	14
Situation des nouveaux enrôlés au niveau des 10 départements d'Haïti en 2012.....	16
Co-infection VIH TB.....	17
Elimination de la transmission Mère Enfant.....	18
Article 3. Surveillance active de la femme enceinte séropositive.....	21
Femmes Enceintes séropositives sous surveillance Phase pilote 1 (NASTAD).....	21
Suivi des FE séropositives Phase pilote 1 (NASTAD).....	21
Progrès de la surveillance active de la femme enceinte séropositive depuis le lancement de la phase pilote 1.....	23
Progrès de la surveillance active de la femme enceinte séropositive au niveau du suivi depuis le lancement de la phase pilote 1.....	23
Article 4. Cibles des indicateurs nationaux en lien avec le bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti.....	24
Nouvelles en bref.....	27
Actualité.....	28

Liste des acronymes

CDC	: Center Disease Control and Prevention
HARSAH	: Homme Ayant des Rapports Sexuels Avec d'Autres Hommes
ETME	: Elimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
IST	: Infections sexuellement Transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH/Sida
TAR	: Traitement Antirétroviral
TS	: Travailleur (se) de Sexe
MESI	: Monitoring Evaluation and Surveillance Interface
NASTAD	: National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (Alliance National des Directeurs du Programme Sida au niveau des Etats et des territoires)

EDITORIAL

Chers lecteurs,

Le comité de rédaction du bulletin a tenu sa promesse ! En ce début d'année, en dépit de nombreuses activités de planification et de coordination, tous les membres du comité ont pu trouver l'énergie nécessaire à s'investir dans la production du deuxième numéro du bulletin épidémiologique du VIH. Qu'ils en soient remerciés !

Si nous faisons une rétrospection, trois études majeures ont été réalisées en 2012 : L'enquête sérocomportementale intéressant les TS et les HARSAH, l'enquête mortalité, morbidité et utilisation de services (EMMUS V) et l'enquête sérosentinelles chez les femmes enceintes. L'enquête sur les TS et les HARSAH a été réalisée par PSI et a révélé un taux de prévalence chez les TS de 8,4% et chez les HARSAH de 18,1%. Les résultats de L'EMMUS V conduite par IHE/MEASURE DSH et ICF International démontrent que la prévalence globale du VIH n'a pas changé, elle reste à 2,2%. Néanmoins des variations sont observées entre les sexes. La prévalence est plus élevée chez les femmes (2,7%) que chez les hommes (1,7%). Elle a augmenté chez les femmes, car elle était en 2006 à 2,3% et a diminué chez les hommes en passant en 2006 de 2,0% à 1,7% en 2012. EMMUS V indique que ces différences ne sont pas statistiquement significatives. L'enquête sérosentinelles chez les femmes enceintes menée par NASTAD n'est pas encore terminée et nous espérons que les résultats préliminaires seront présentés d'ici le deuxième trimestre de 2013.

Ces études nous prouvent que nous avons en Haïti une épidémie vieillissante à la fois généralisée et concentrée. Les résultats doivent être utilisés par tous pour l'élaboration de leurs plans, en particulier leur plan opérationnel 2013.

Des informations importantes sont fournies sur la notification de cas, le traitement antirétroviral et l'ETME. Nous profitons de l'opportunité pour rappeler à toutes les organisations de gestion en suivi et évaluation, l'importance de la promptitude de la transmission des données à la base de données de surveillance. Le délai mensuel doit être respecté. Nous demandons aux organisations prestataires de soins et de services de faire un effort pour le rattrapage et d'inscrire ensuite la transmission de

données comme une activité routinière qui doit être exécutée mensuellement.

Ce numéro contient deux autres articles, un sur le projet de suivi de la femme enceinte séropositive et l'autre sur les cibles des indicateurs du plan national suivi et évaluation 2012-2015 en lien avec le bulletin de surveillance épidémiologique. La coordination technique du PNLS accorde une importance à ce projet car elle le considère comme un maillon fort du processus qui doit nous conduire à moins de 1% du taux de TME. Le second indique les indicateurs du plan national suivi et évaluation concernés par le bulletin et dont nous attendons une analyse régulière sur le niveau de performance atteint.

La tâche est immense. Il nous faut de la détermination et de l'engagement pour surmonter les obstacles afin d'obtenir des résultats qui répondent aux attentes des PVVIH et de la population toute entière. En ce début d'année 2013, tous les acteurs de la Riposte nationale contre le VIH peuvent compter sur un soutien renforcé de la coordination technique du PNLS.

Pour terminer, nous souhaitons que chaque haïtienne et haïtien accèdent à des services de santé de qualité en VIH/sida quels que soient sa zone de résidence, ses croyances, son genre ou son niveau de vie, en cette année 2013.

Bonne lecture,

Dr Joëlle Deas Van Onacker
Coordonatrice

« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »



Article 1. Notification des cas VIH en 2012

La surveillance active de l'infection au VIH constitue un aspect important dans le contrôle de l'épidémie. Elle fournit en effet les éléments nécessaires à une planification stratégique des différentes interventions. Ainsi le renforcement du système de Surveillance nationale du VIH en Haïti permet depuis plus d'une dizaine d'années de collecter des données à travers la notification de cas VIH permettant de suivre l'évolution de l'épidémie. Pour l'année 2012, des données relatives au nombre de nouveaux cas de VIH, aux caractéristiques démographiques des populations infectées et aux modes probables de transmission ont pu être collectées et analysées. L'amélioration continue du système de notification de cas VIH permettra l'accès à des données complètes, exactes et promptes pouvant contribuer à la Riposte.

Nombre de cas VIH notifiés au cours des 10 dernières années

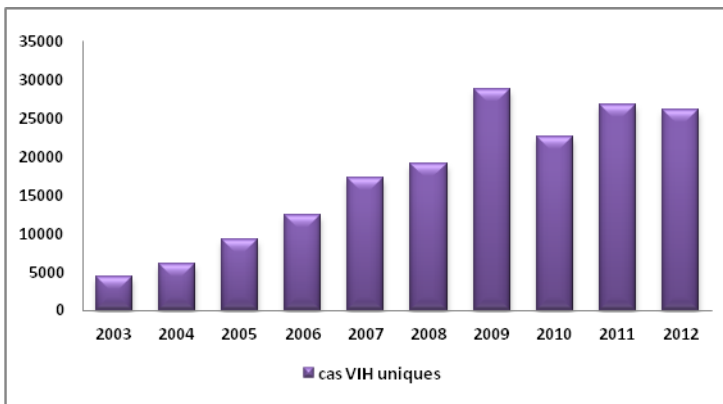


Figure 1: cas incidents de VIH notifiés et rapportés dans la base nationale de Surveillance de 2003 à 2012.

Le graphe ci-dessus montre les cas VIH rapportés à la base nationale de 2003 à 2012. Nous observons une augmentation linéaire de 2003 à 2008 du nombre de cas rapportés à la base nationale (période d'implantation du système de notification du VIH à travers le pays), suivi d'un pic en 2009 qui marque le lancement national de la notification du VIH.

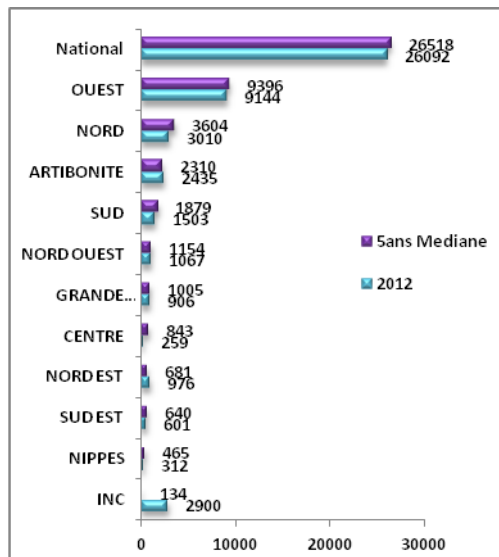
Au cours de l'année 2010 une baisse du nombre de cas rapportés, suivi d'une augmentation en 2011 n'atteignant pas toutefois le nombre de cas rapportés en 2009, a été retrouvé.

Nous remarquons également une légère baisse dans le nombre de cas rapportés pour l'année 2012, qui est du au fait que certaines données manquent.

La notification des cas VIH en 2012 par rapport aux 5 années précédentes

Les données recueillies jusqu'en novembre de l'année 2012 permettent de constater une diminution du nombre de cas notifiés en 2012 par rapport à la médiane sur 5 ans à l'échelle nationale (graphe ci-contre). Mais cette baisse rapportée n'est pas uniforme sur tout le territoire. En effet, nous remarquons qu'au niveau des départements de l'Artibonite et du Nord-Est, le nombre de cas est légèrement supérieur à la médiane.

A noter sur la figure la présence de la variable « INC » qui se réfère au nombre de cas pour lequel on ne trouve pas de renseignement sur le département de résidence de la personne diagnostiquée VIH positif. **Ceci souligne l'importance de veiller à l'amélioration continue de la qualité des données.**



L'importance de la notification des cas VIH

Les données agrégées rapportées sur la base MESI permettent d'évaluer l'ampleur de l'épidémie. Cependant, seule la notification des cas peut renseigner sur les caractéristiques des personnes infectées et guider les activités de prévention. Le graphe ci-dessous met en relief la différence entre les cas rapportés et les cas notifiés sur MESI en 2012 et le nombre de cas retrouvés dans la base avant et après déduplication. Deux cas sur trois sont notifiés (soit 66.4 %) sur MESI. Cependant cette proportion est plus élevée au niveau de la base nationale du à l'apport des trois EMR alimentant le système.

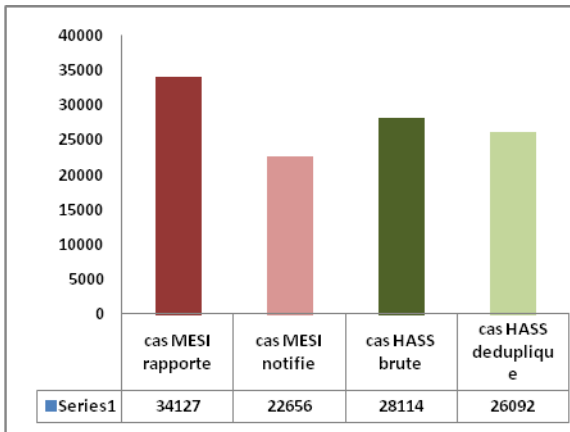


Figure 3 : Différence entre les cas rapportés et les cas notifiés sur MESI pour 2012.

Cascade des évènements sentinelles des cas VIH notifiés en 2012

Au cours de l'année 2012, un total de 28114 nouveaux cas VIH a été rapporté à la base nationale de surveillance. 6930, soit 24.6% ont bénéficié d'un test CD4; 3903 (13.8%) ont reçu une prescription d'ARV ; 761 (2.7%) étaient au stade sida au moment du diagnostic ; et 95 (0.03%) diagnostiquées sont rapportées décédées. **Il est intéressant de noter le faible taux de personnes diagnostiquées au stade sida, ce qui pourrait signifier que le dépistage se fait de façon plus précoce.** A signaler

également le faible pourcentage de décès pour cette cohorte qui pourrait avoir deux interprétations :

1. La Mortalité est très faible parmi les nouveaux cas VIH pour 2012
2. Les cas de décès sont sous-rapportés

Il faut également noter qu'un test CD4 a été rapporté pour moins d'un tiers de cas VIH.

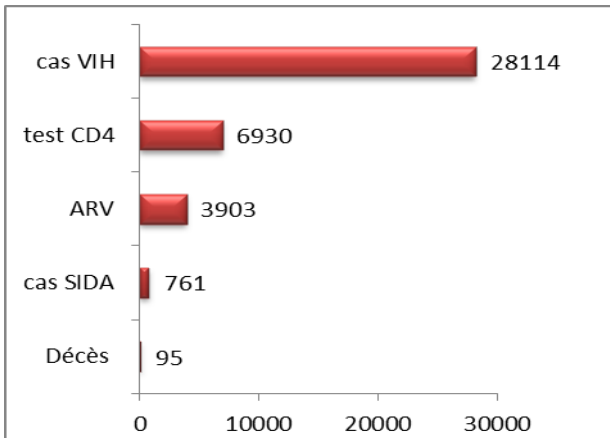


Figure 4: cascade des événements sentinelles de l'infection au VIH.

Caractéristiques démographiques des personnes diagnostiquées VIH+ en 2012

Distribution des cas incidents de VIH par groupe d'âge pour l'année 2012

Le graphe qui suit, montre que l'infection au VIH est plus élevée dans le groupe d'âge des 30-39 ans, suivi des 20-29 ans puis des 40-49 ans. Il faut également noter le nombre important de cas retrouvés dans le groupe pédiatrique 0-15 ans à un moment où l'emphasis est mise sur l'eTME. Sur cette figure, on observe un nombre significatif de cas pour lequel l'âge n'a pas été documenté.

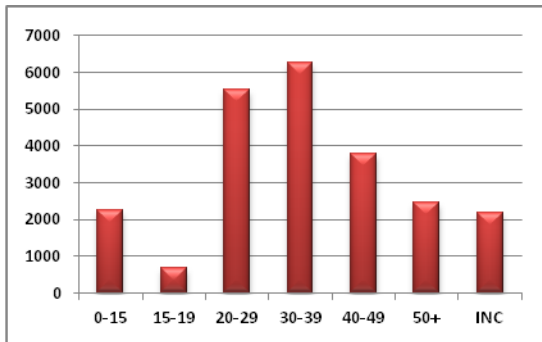


Figure 5: Répartition des cas VIH pour 2012 par groupe d'âge.

Distribution des cas incidents par sexe pour l'année 2012

Depuis quelque temps, on parle de la tendance vers la féminisation de l'épidémie du VIH en Haïti. En effet les résultats de l'enquête EMMUS V rapportent une prévalence du VIH à 2.7% pour les femmes et à 1.7% pour les hommes. Les données de l'année 2012, comme pour les années précédentes, montrent une plus forte proportion de femmes dans la population de personnes infectées par le VIH. Le graphe ci-contre montre que 62% des cas de VIH diagnostiqués en 2012 sont des femmes. De cette proportion 13,7% sont enceintes et représente 8% de la population VIH positive.

Ces proportions élevées soulignent l'importance de renforcer les programmes de planification familiale et de la PTME.

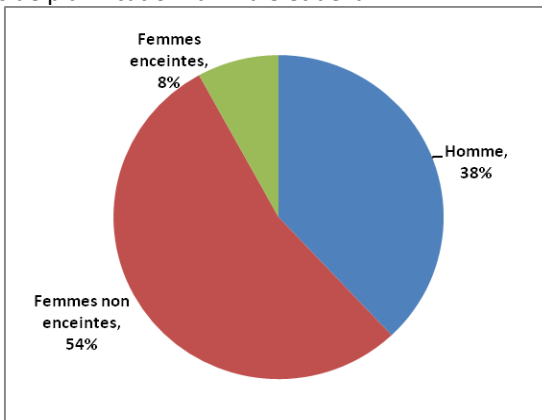


Figure 6 : Répartition des cas VIH par sexe pour 2012

Distribution des nouveaux cas de VIH par groupe d'âge et par sexe

Une répartition des cas VIH pour l'année 2012 montre qu'entre 15 et 39 ans la population de femmes VIH positives est plus importante que celle des hommes avec un ratio d'environ deux femmes pour un homme ;

contrairement aux autres groupes où l'écart est moins significatif.

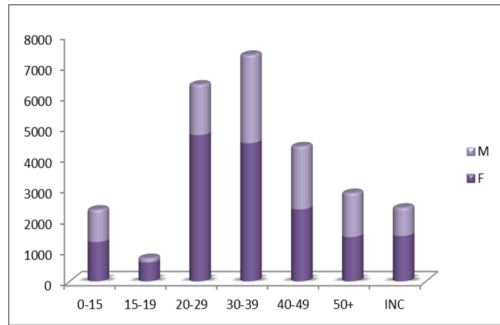


Figure 7 : Répartition des cas VIH par groupe d'âge et par sexe pour 2012

Répartition des facteurs de risque et des modes probables de transmission parmi les nouveaux cas de VIH pour 2012.

Les modes probables de transmission dans la notification des cas VIH, constituent un moyen d'identifier dans la population des personnes diagnostiquées, certains comportements et pratiques plus courants pouvant contribuer à la conception et la mise en œuvre de programmes de prévention. Le graphe ci-dessous présente quatre facteurs de risque : rapports sexuels avec un/e travailleur (se) de sexe, rapports sexuels avec une personne dont le statut VIH positif est connu, rapports sexuel sans condom et rapports sexuels anaux. Considérant la proportion des personnes ayant répondu « oui » à ces quatre facteurs, les rapports sexuels sans condoms est le facteur de risque prédominant pour les nouveaux cas VIH+ de 2012. Parmi les catégories de réponses, il faut signaler le taux de « non réponse » qui varie entre 30% et 70% au sein de cette population.

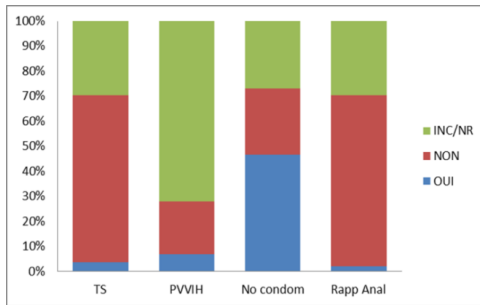


Figure 8 : taux et catégories de réponses rapportées par facteurs de risque parmi les cas VIH pour 2012.

« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »



Article 2. Traitement Antirétroviral

Rappelons que le TAR représente les combinaisons de médicaments puissants contre le VIH qui améliorent considérablement la santé des PVVIH qui en bénéficient. Ces personnes peuvent connaître une espérance de vie quasi normale à condition qu'elles suivent leur traitement.

Evolution des nouveaux enrôlés des 2008 à 2012

13.732 nouveaux patients VIH ont été enrôlés sous TAR en 2012. C'est un record très satisfaisant qui représente une augmentation de 47% du nombre total de nouveaux patients enrôlés sous TAR en 2011. En effet, en 2008 et 2009, nous avons constaté une augmentation continue du nombre de nouveaux enrôlés, suivi d'un creux en 2010 (probablement à cause du séisme) et une remontée en 2011.

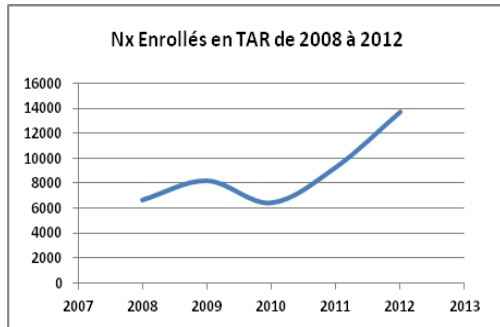


Figure 9.- Représentation graphique du nombre de nouveaux enrôlés de 2008 à 2012.

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 11 février 2012.

Situation des nouveaux enrôlés en Haïti en 2012.

Les femmes (enceintes ou non), représentent 62,2% de la population de nouveaux enrôlés en 2012, soit 8542. Le sexe ratio est de 1,53 ; ce qui signifie qu'il y a environ 3 femmes pour 2 hommes à être enrôlées pour la première fois en TAR. Le rapport préliminaire EMMUS V¹ confirme cette tendance mais ceci n'explique pas seulement que l'enrôlement des femmes en ARV soit supérieur à celui des hommes. L'une des hypothèses serait que les femmes utilisent davantage les services.

Tableau 1. Répartition des nouveaux enrôlés de janvier 2012 à décembre 2012 selon le sexe et le statut de la femme.

Mois	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total
Janvier	324	465	45	49	883
Février	316	488	52	50	906
Mars	479	627	59	55	1220
Avril	354	568	59	46	1027
Mai	417	546	95	66	1124
Juin	390	523	113	57	1083
Juillet	421	613	148	40	1222
Août	375	553	208	55	1191
Septembre	343	717	250	61	1371
Octobre	401	806	199	49	1455
Novembre	394	580	182	53	1209
Décembre	340	492	158	51	1041
total	4554	6978	1568	632	13732

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 13 février 2012.

Nouveaux enrôlés ARV entre janvier et décembre 2012

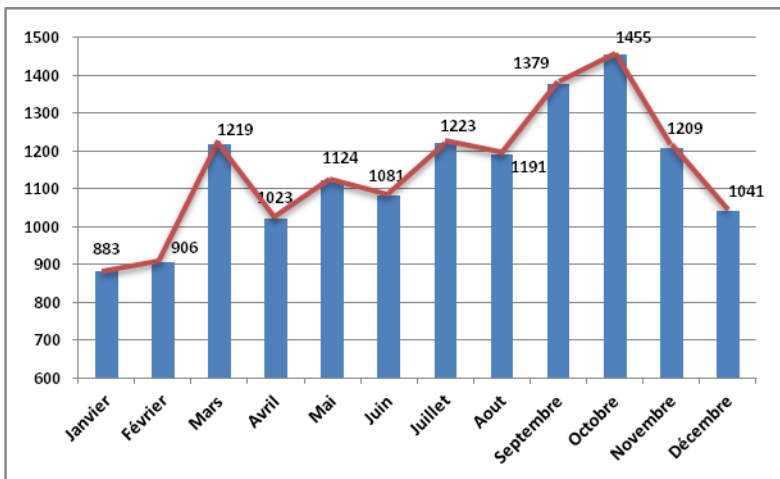


Figure 10. Distribution du nombre de nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à décembre Haïti 2012. Représentation par un histogramme et un polygone de fréquence.

L'interprétation de cette courbe reste difficile à faire, il faudra attendre le 3^e et surtout le 4^e bulletin qui analyseront les tendances du premier et du deuxième trimestre de 2013.

Situation des nouveaux enrôlés au niveau des 10 départements d'Haïti en 2012

Le département de l'Ouest contient le plus grand nombre de patients PVVIH nouvellement enrôlés sous TAR. Suivent en ordre décroissant les départements de l'Artibonite, du Nord, du Centre, etc. 4 sur 5 des nouveaux enrôlés résident dans les départements de l'Ouest, Artibonite, Nord et Sud. Les institutions de gestion en Suivi et Evaluation auraient intérêt à accorder une certaine priorité à ces départements en matière de contrôle de la qualité des données.

Tableau 2. Distribution des nouveaux enrôlés en TAR selon le département. 2012.

Dptment	Population 2012	Hom	Fem	FE	Enf	Total	%	Fréq. cumulée
Ouest	3845570	2241	3438	731	294	6704	48.8	48.8
Art	1648586	527	860	340	94	1821	13.3	62.1
Nord	1018411	592	932	183	61	1768	12.9	75.0
Sud	739565	253	378	69	33	733	5.3	80.3
Centre	712138	209	267	45	39	560	4.1	84.4
N-Ouest	695502	222	349	59	38	668	4.8	89.2
Sud Est	603698	98	149	30	10	287	2.1	91.3
G-Anse	446901	140	187	28	28	383	2.8	94.1
N-Est	375966	133	215	59	18	425	3.1	97.2
Nippes	326874	139	203	24	17	383	2.8	100.0
	1041321						100.	
Total	1	4 554	6978	1568	632	13732	0	

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 13 février 2012 et IHSI, Population totale, Population des 18 ans et plus ménages et plus densités estimés en 2012.

Nous notons la particularité du département de l'Ouest : un sur 2 nouveaux enrôlés en 2012 réside dans ce département.

Co-infection VIH TB

L'infection à VIH est l'un des facteurs de risque les plus importants pour développer une tuberculose ; plus le compte de CD4 est faible, plus le risque de développer la tuberculose est grand. D'après le rapport 2010 de l'OMS¹ rapportant les données de 2009, le risque de développer une infection à *Mycobacterium tuberculosis* est augmentée d'un facteur 7 chez les sujet VIH+, en plus que la tuberculose peut être une des manifestations du syndrome de reconstitution immunitaire après la mise sous TAR du patient.

Tableau 3. Distribution des nouveaux patients PVVIH diagnostiqués et traités pour TB en 2012.

Mois	PVVIH nouvellement diagnostiqués pour TB	PVVIH nouvellement places sous Rx anti TB	Proportion de PVVIH places sous RX anti TB (%)
Janvier	121	120	99
Février	184	140	76
Mars	209	178	85
Avril	218	133	61
Mai	233	188	81
Juin	185	175	95
Juillet	156	150	96
Août	168	151	90
Septembre	177	147	83
Octobre	331	252	76
Novembre	161	126	78
Décembre	141	104	74
Total	2284	1864	82

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 13 février 2012

Au cours de l'année 2012, 1.864 patients VIH (enrôlés en soins palliatifs et sous TAR) ont bénéficié d'un traitement anti TB, soit 82% des nouveaux

¹ WHO. Report 2010, Global Tuberculosis control

patients VIH diagnostiqués pour TB. L'atteinte des 100% n'a pu être observée à aucun moment au cours de l'année 2012.

Élimination de la transmission Mère Enfant

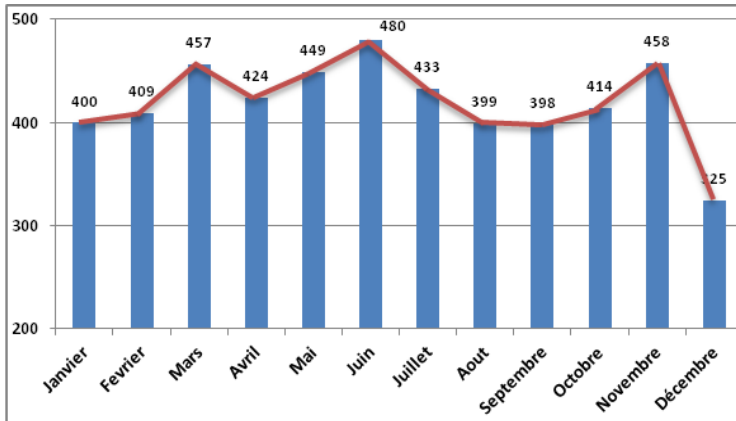
Le pourcentage de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Haïti est de 8,6% en 2012, donc très élevé (source : www.mesi.ht). Depuis juin 2011, Haïti s'est engagée sur la voie des trois zéros et lors de la conférence de Washington 2012, tous les pays présents, y compris le nôtre, ont applaudi avec force ce nouveau leitmotiv de la Riposte mondiale: « une génération sans sida ».

Dans le tableau suivant, les femmes enceintes VIH traitées représentent celles qui étaient déjà dans le programme et les nouvelles mises sous TAR.

Tableau 4. Répartition des femmes enceintes VIH sous TAR, des enfants ayant bénéficié d'un test PCR, des enfants VIH+ de janvier à décembre 2012. Haïti 2012.

Mois	Total FE VIH sous TAR	Femmes VIH en soins et ARV devenues enceintes	Enf testés par PCR	ENF VIH+	TME
Janvier	400	140	393	29	7.4
Février	409	147	336	37	11.0
Mars	457	179	364	39	10.7
Avril	424	142	487	34	7.0
Mai	449	175	309	22	7.1
Juin	480	166	276	27	9.8
Juillet	433	134	306	30	9.8
Aout	399	158	260	25	9.6
Septembre	398	121	278	36	12.9
Octobre	414	139	285	22	7.7
Novembre	458	153	328	18	5.5
Décembre	325	111	257	13	5.1
Total	5046	1765	3879	332	8.6

Au cours de l'année 2012, la proportion de femmes enceintes sous TAR qui étaient déjà dans le programme est restée la même que celle calculée pour la période de janvier à septembre 2012, soit 35%.

Femmes Enceintes VIH traitées au cours de la période janvier-septembre 2012

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

Figure 11. Répartition des femmes VIH sous TAR de janvier à décembre 2012 par un histogramme et un polygone de fréquence. Haïti 2012.

Le nombre de femmes enceintes VIH sous TAR a diminué en décembre par rapport au mois de septembre 2012. Nous savons que le mois de décembre en Haïti est un mois de faible fréquentation dans tous les établissements de soins et que la plupart des patients attendent la fin de la période de fêtes de fin d'année pour renouer le contact avec le système de soins. Nous vérifierons cette assertion dans le 3^e bulletin qui analysera les données de janvier à mars 2013. Nous notons qu'il y a eu une augmentation en octobre et novembre qui est comparable à celle observée en février et mars 2012.

Enfants diagnostiqués par PCR entre janvier et décembre 2012

Le nombre d'enfants diagnostiqués a diminué au cours du dernier mois de l'année. L'allure de la courbe de polygone de fréquence ressemble pour le dernier trimestre 2012 à celle des femmes VIH sous TAR. Il se pourrait que ça soit pour les mêmes causes évoquées dans le paragraphe précédent.

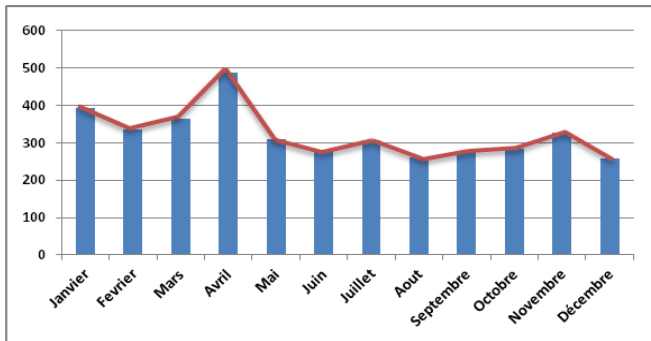
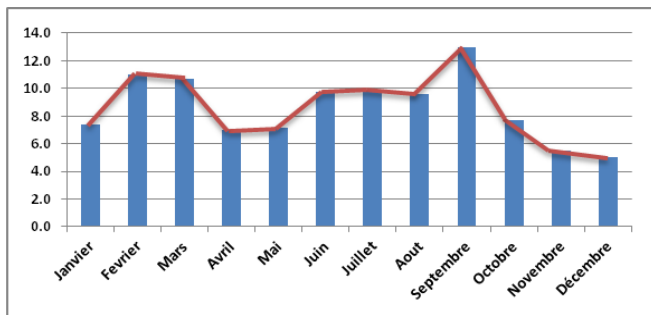


Figure 12. Répartition des enfants diagnostiqués par PCR de janvier à décembre 2012 par un histogramme et un polygone de fréquence. Haïti 2012.

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

La proportion de transmission mère-enfant est élevée, soit une moyenne de 8,6% comme le démontre la figure ci-dessous.

TME entre janvier et décembre 2012



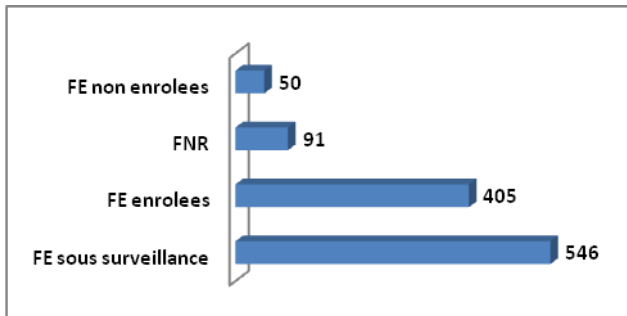
Au mois de septembre, nous avons observé un pic supérieur à 12%. L'élimination de la transmission mère-enfant est un enjeu majeur de la Riposte nationale. Le plan national suivi évaluation 2012 – 2015 fixe à 1% la cible à atteindre en 2015. Les recommandations de l'American Academy of Pediatrics² pour les pays du Nord, peuvent être adaptées au contexte haïtien à un moment où le guide pédiatrique en matière de VIH est en train d'être révisé.

² Pediatrics (Official Journal of the American Academy of Pediatrics). Infant Feeding and Transmission of Human Immunodeficiency Virus in the United States. Pediatrics, originally published online January, 28, 2013; DOI: 10.1542/peds.2012-3543.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/01/23/peds.2012-3543>

Article 3. Surveillance active de la femme enceinte séropositive

La transmission verticale du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est à l'origine de la majorité des infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans.

Femmes Enceintes séropositives sous surveillance Phase pilote 1 (NASTAD)

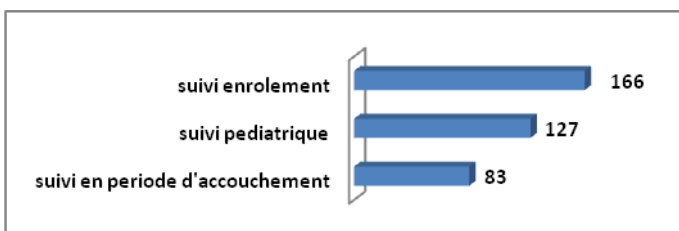


Source : MESI, connexion 01/02/2013

Le graphe ci-dessus présente le nombre de 546 femmes enceintes séropositives sous surveillance d'Octobre 2012 à nos jours. De ce nombre, on retrouve 405 femmes enceintes qui sont enrôlées au service de PTME et 50 ayant refusé l'enrôlement.

Certains obstacles rencontrés lors de la phase pilote 1 (91 fiches non remplies) sont inhérents aux problèmes de connexion internet ou de disponibilité de matériels informatiques.

Suivi des FE séropositives phase pilote1 (NASTAD)

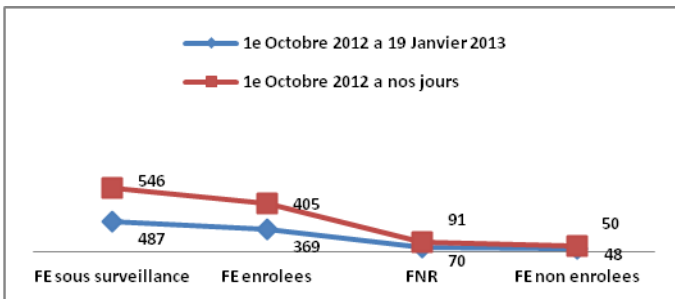


Source : MESI, connexion 01/02/2013

Ce tableau présente 83 femmes enceintes séropositives suivies en période d'accouchement (4 semaines avant <DPA<2 semaines après). 127 nouveaux nés de mères exposées sont en suivi jusqu'à la réalisation de leur test de PCR. 166 femmes ayant accouché ou n'étant plus enceintes (cas d'avortements spontanés ou provoqués) sont enrôlées au niveau du programme d'ARV de ces 20 sites et reçoivent un suivi et un traitement appropriés.

Les données sont postées le plus souvent en temps réel et c'est ce qui explique qu'elles peuvent varier d'une semaine à une autre, ainsi les tableaux qui vont suivre démontrent cette évolution:

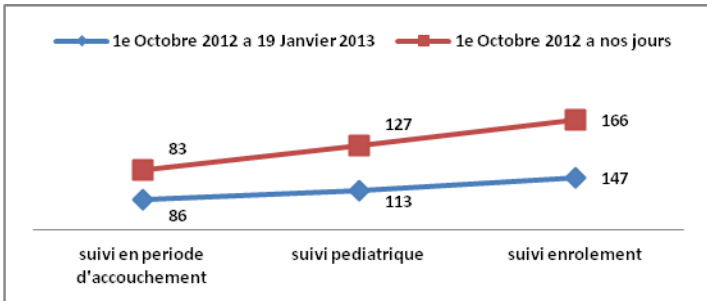
Progrès de la surveillance active de la femme enceinte séropositive depuis le lancement de la phase pilote 1.



Source : MESI, connexion 01/02/2013

Ce graphe compare le nombre de femmes enceintes sous surveillance du début de la phase pilote 1 (1^{er} Octobre 2012 au 19 Janvier 2013). On observe une augmentation du nombre de femmes sur surveillance entre ces deux périodes.

Progrès de la surveillance active de la femme enceinte séropositive au niveau du suivi depuis le lancement de la phase pilote 1



Source : MESI, connexion 01/02/2013

Ce graphe met en relief le suivi en période d'accouchement, le suivi pédiatrique et le suivi de l'enrôlement des femmes enceintes du 1^{er} Octobre 2012 au 19 Janvier 2013 et d'octobre 2012 à nos jours. On remarque une légère diminution du suivi en période d'accouchement entre ces deux périodes et une augmentation du suivi pédiatrique et du suivi enrôlement.

Malgré certains problèmes d'infrastructures, de ressources matérielles et humaines, les résultats de la phase pilote 1 ont démontré qu'avec l'étroite collaboration entre les niveaux institutionnel, départemental, central et entre différents partenaires, l'ETME est réalisable.



« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm
Estigmatizasyon »

Article 4. Cibles des indicateurs nationaux en lien avec le bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti

Au dernier trimestre de 2012, deux documents stratégiques majeurs VIH/sida ont été élaborés par le MSPP et validés par les partenaires du PNLS. Ce sont : le Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015 et le Plan Suivi et Evaluation National 2012-2015 du PNLS. Ils constituent La Stratégie de la Riposte nationale face au VIH. La mise en œuvre de cette Stratégie sera à la fois délibérée et émergente (Mintzberg, 1995)³.

44 indicateurs sont retenus dans le cadre de performance du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 réaménagé avec extension à 2015.

3 indicateurs d'impact feront l'objet d'articles réguliers ou d'analyses spécifiques dans notre bulletin. Ce sont :

1. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH ;
2. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH au cours des 12 derniers mois ;
3. Taux de mortalité liée au sida.

Le bulletin épidémiologique VIH en Haïti s'intéresse également à 3 des indicateurs de résultats intermédiaires de La Stratégie. Ce sont :

4. Pourcentage de patients encore en vie 12 mois après l'initiation du traitement ;
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant ;
6. Nombre et pourcentage d'adultes et d'enfants au stade avancé de l'infection au VIH ayant reçu un traitement antirétroviral par sexe et par groupe d'âge.

Pour les indicateurs de résultats immédiats, le bulletin en a retenu deux. Ce sont :

7. Nombre d'institutions assurant la surveillance épidémiologique ;
8. Nombre de bulletins épidémiologiques produits et diffusés.

³ Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel. J. (1999). Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique. Éditions village Mondial, Paris.

Le tableau ci-dessous présente les cibles à atteindre par année pour la période 2013 à 2015.

Indicateurs	Données de base			Cibles			Fréq. de collecte	Méthode de collecte
	valeur	année	source	2013	2014	2015		
1. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	0,6%	2008	EMMUS IV, 2006	0,55%	0,50%	0,40%	Annuel	Système de surveillance du VIH
2. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH au cours des 12 derniers mois	14%	2011	Rapport UNGASS 2012	10%	7%	2%	Annuel	Spectrum ou autre modélisation statistique fondée sur la couverture programmatique et les études
3. Taux de mortalité liée au sida	58,24/ 10000 0	2010	Spectrum, estimations et projections mises à jour en 2012	50,00 /1000 00	40,00 /1000 00	30,00 /100000	Annuel	Spectrum ou enquête réalisée auprès des ménages
4. Pourcentage de patients encore en vie 12 mois après l'initiation du traitement	78,4%	2012	Rapport UNGASS 2012	80%	82%	85%	Annuel	Registre de TAR et formulaire d'analyse relative aux cohortes
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	77,5%	2011	MSPP/PNLS	80,0%	85,0%	95,0%	Périodique, Annuel	Suivi du programme à partir des rapports des sites PTME
6. Nombre et pourcentage d'adultes et d'enfants au stade avancé de l'infection au VIH ayant reçu un traitement antirétroviral par sexe et par groupe d'âge	34927 / 58,5%	2011	Rapport UNGASS 2012	44000	54000	61400 / 85,0%	Périodique, Annuel	Rapports de programme
7. Nombre d'institutions assurant la surveillance épidémiologique	165	2011	Rapport UNGASS 2012	200	225	250	Périodique, Annuel	Rapports de programme
8. Nombre de bulletins épidémiologiques produits et diffusés	1			13	25	37	Périodique, Annuel	Rapports de programme

Les indicateurs 7 et 8 sont cumulatifs. La base de données de surveillance (HASS), gérée par NASTAD et mise en œuvre en collaboration avec des partenaires sous l'égide du MSPP/PNLS fourni des données pour l'analyse des 3 premiers indicateurs. Les autres, ceux qui ont rapport avec le traitement antirétroviral, seront étudiés à partir des rapports de MESI et des analyses de cohorte effectuées sur les bases EMR (i-santé, GHESKIO et PIH).



« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »

Nouvelles en Bref

- Le rapport préliminaire de la cinquième enquête morbidité, mortalité utilisation des services « EMMUS » est disponible. La séroprévalence est autour de 2.2. Les femmes sont plus touchées que les hommes 2.7% contre 1.7%
- Le rapport préliminaire de la 7^{ème} enquête sérosentinelles chez les femmes enceintes est aussi disponible. La séroprévalence dans les sites sélectionnés est de 2.4%. Ce résultat est à peu près similaire à l'EMMUS.
- Le guide national pédiatrique VIH/Sida est finalisé et sera disponible au cours du mois de mars.
- Un régime de 3^{ème} ligne pour les patients de 2^{ème} ligne en échec thérapeutique sera disponible au cours du mois de mars.
- Les patients sous ARV dans 4 institutions du département de l'Ouest : HUEH, MIJ, Grace the Children, Bernard MEVS bénéficieront d'un contrôle de la charge virale d'ici le mois d'avril prochain.

« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »

Actualité

Le carnaval 2013 au Cap-Haïtien a mis en évidence la nécessité de mener des actions fortes de prévention et a aussi interpellé les responsables du PNLS/MSPD afin de trouver des stratégies innovantes permettant aux jeunes et aux groupes à risque d'adopter des comportements sécuritaires pour se protéger contre le VIH/SIDA.



« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »

