



Programme National
de Lutte contre le Sida
(PNLS)

Mai 2013 No 3

EDITORIAL

Chers amis lecteurs,

Le comité de rédaction du bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti offre au public un numéro spécial : un numéro dédié à la publication de deux articles, l'un sur la stigmatisation et la discrimination, et l'autre sur la rétention à 12 mois de nouveaux enrôlés sous multithérapie antirétrovirale au cours de l'année 2010.

La Coordination profite de cette occasion pour inviter les organisations qui ont conduit des études sur le VIH/sida au cours de l'année 2012 en Haïti à envoyer des articles au comité de rédaction pour être publiés dans le bulletin. Cet organe de diffusion d'informations stratégiques du PNLS est appelé à devenir la « caisse de résonance » de toutes les réflexions et productions scientifiques sur le VIH/sida en Haïti.

Le premier article est le fruit d'une réflexion sur la stigmatisation et la discrimination dans la lutte contre le sida en Haïti en lien avec les connaissances erronées d'après l'analyse des résultats de l'EMMUS V. cet article nous interpelle à plus d'efforts, à plus d'engagement et de collaboration afin de diminuer leurs effets sur la prévention du VIH et la prise en charge du sida en Haïti.

Le second article a été rédigé à partir des résultats de l'enquête menée par la Coordination Technique du PNLS au cours de l'année 2012 sur la rétention à 12 mois. Nous avons eu l'opportunité de participer à la conférence de Washington en juillet 2012 au cours de la quelle trois sessions, deux orales et une satellite, ont été consacrées sur la problématique de la rétention de patients sous multithérapie. Si nous définissons la rétention comme « la relation individu/système de soins qui permet à un individu soigné à rester dans le système soignant » et si nous approprions le traitement comme un outil de prévention aussi; la rétention des patients devient un enjeu majeur de la lutte contre le VIH. Cet article nous décrit la situation de la rétention des nouveaux enrôlés de janvier 2010 à décembre 2010 dans tous les points de prestation de service ARV et invite tous les acteurs de la Riposte à utiliser ses résultats pour une meilleure planification et le renforcement des stratégies visant à maintenir les patients sous multithérapie dans le système de soins.

Bonne lecture.

Docteur Joelle Deas VAN ONACKER
Coordonnatrice du PNLS

Comité de rédaction du Bulletin

Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS
Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS
Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS
Dr Barbara ROUSSEL, NASTAD
Dr Edna PIERRE, NASTAD
Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Conception et mise en page

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS

Sommaire

Article 1- Stigmatisation et discrimination dans la lutte contre le SIDA en Haïti lien avec les connaissances erronées d'après l'analyse des résultats de l'EMMUS V : 2 –4

Article 2- Rétention à 12 mois des nouveaux patients sous traitement antirétroviral en 2010 en Haïti : 5 –18

Coin des nouvelles : 19

Pour tous commentaires ou suggestions prière de contacter l'unité M&E du PNLS à l'adresse e-mail suivante : suivievaluation_ucp@yahoo.fr



Article 1.-

Stigmatisation et discrimination dans la lutte contre le SIDA en Haïti lien avec les connaissances erronées d'après l'analyse des résultats de l'EMMUS V

En tout premier lieu, faisons un consensus sur les termes : **Stigmatisation et discrimination**

1-Tentative de définition de la stigmatisation

Au sens propre, on entend par stigmatisation : Imprimer... dessiner sur le corps ou sur les vêtements, une marque indélébile en guise de châtement, de punition, de signe distinctif pour attirer une attention constante sur la personne identifiée de cette façon. Autrefois, les esclaves étaient marqués au fer rouge...les juifs durant la furie Nazi portaient sur leurs vêtements l'étoile juive.

Au sens figuré, la stigmatisation consiste à frapper quelqu'un d'infamie, le dénoncer, le critiquer publiquement, sévèrement pour un fait, un état, une situation que l'on juge moralement condamnable, répréhensible ou prétendument présentant un danger pour la société.

C'est donc globalement, une action, une parole, un geste qui donne à une caractéristique, un comportement, une déficience, une incapacité, un handicap chez quelqu'un une connotation négative, un signe d'infériorité, une potentialité dangereuse pouvant nuire aux autres...à la communauté.

Dans les faits, la stigmatisation est très souvent la conséquence d'une désinformation et d'un fonctionnement sur base de stéréotypes sur des sujets bien précis, mais mal maîtrisés par un ensemble de concernés.

A titre d'effets ou d'impacts à plus long terme, la stigmatisation non prise en compte, non combattue par une information positive, une communication stratégique, aboutit au rejet social, à la mise à l'écart, au lynchage, voire au génocide, de personnes, de groupes, de populations qui pour des raisons très souvent obscures ou d'intérêts divergents ou tout simplement d'intoxication ou de désinformations (Perception les mettant en dehors de normes, de standards culturelles ou autres), sont frappées par la vindicte populaire.

A titre d'exemple, quelques facteurs pouvant entraîner la stigmatisation : Maladie Mentale, maladie infectieuse, comme la lèpre, le sida, la tuberculose, un handicap physique, la couleur de la peau, la religion, l'homosexualité, la nationalité, l'appartenance ethnique, la race, le lieu d'habitation, etc.

2-Tentative de définition de la discrimination

Globalement la discrimination, se conçoit comme étant une séparation volontaire, manifeste, provoquée ... une mise à l'écart de personnes ou de groupes d'autres ensembles plus larges. Socialement, elle se traduit par la distinction, l'isolement, la ségrégation d'individus ou de groupes au sein de groupements ou de populations plus vastes, en fonction de critères, le plus souvent factices, mal intentionnés.

Dans son application, elle consiste à la restriction pure et simple des droits de certains en leur faisant subir un traitement particulièrement défavorable par rapport aux pratiques en cours. Que la discrimination soit volontaire ou inconsciente, elle porte atteinte à l'égalité des droits, à l'égalité des chances et surtout à l'égalité des devoirs de chacun.

A titre d'exemple, quelques critères pouvant induire la discrimination : La fortune, le rang ou le statut social, le sexe, les pratiques sexuelles, l'âge, l'origine, la couleur de la peau, l'apparence physique ou vestimentaire, l'opinion, la religion, la culture, le style de vie. Elle peut aussi se manifester sur : L'emploi, le logement, l'accès à certains lieux, les prix de vente, le droit à des biens ou à des prestations, etc.

3-Définition de la stigmatisation et de la discrimination d'ONUSIDA dans le contexte du SIDA

L'ONUSIDA donne la définition suivante de la stigmatisation et la discrimination : « un 'processus de dévaluation' des personnes vivant avec le VIH ou associées au VIH... La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé. » Il est important de noter que le fait de stigmatiser une personne n'implique pas nécessairement qu'on agisse de manière injuste ou discriminatoire à son égard.

Sur la base de ces tentatives de définition, nous nous sentons plus confortables pour intégrer, analyser et évaluer l'intégration de ces concepts dans la lutte contre le SIDA en Haïti : l'EMMUS-V constitue à ces fins un excellent outil !

4-Analyse de la situation

Dès le démarrage insidieux, silencieux vers la fin des années 70, le début des années 80 de cette pandémie qui allait en peu de temps devenir le mal du siècle, ses manifestations, sa morbidité et sa mortalité fortement liées aux difficultés de découvrir son agent causal,

ses modes de transmission et son origine ont construit durablement les fondements de cette trame de stigmatisation et de discrimination qui allait causer tant de tort aux personnes infectées et/ou affectées et surtout à la poursuite d'une réponse mondiale aux dimensions de cet épineux problème de développement. Ainsi, partout dans le monde, particulièrement en Haïti à des degrés et niveaux très variés, l'on a observé et on observe hélas encore, des cas bien documentés de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui subissent ostracisme et discrimination et qui se voient refuser l'accès aux services en raison de leur statut sérologique, sur le lieu de travail, dans les domaines de l'éducation et des soins de santé et même dans les communautés avoisinant les PVVIH. Elles diminuent aussi les efforts de prévention car les individus ont peur de découvrir qu'ils sont ou non infectés, afin de chercher à se faire soigner, par crainte des réactions des autres. Elles poussent ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains de ceux qui sont affectés à continuer à pratiquer une sexualité sans protection parce qu'ils pensent qu'en changeant de comportement, ils susciteront des doutes sur leur statut sérologique. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont hélas encore considérées à tort, comme une sorte de «problème» plutôt que comme une composante de la solution visant à contenir et à gérer l'épidémie.

5-Analyse de la réponse nationale

Fort heureusement, sous l'égide des Nations Unies (ONUSIDA) et d'autres partenariats multi et bilatéraux, cette dynamique négative, restrictive (La stigmatisation, et son corollaire la discrimination), pénalisant les efforts aux niveaux mondial, continental, régional, national, communautaire, familial et individuel a été progressivement et correctement prise en compte, de façon à ce que de nos jours les effets et impacts commencent à être perçus et surtout vécus par les personnes directement pénalisées. Ainsi, dans de nombreux pays, la situation est en train de changer avec la disponibilité du traitement

antirétroviral et des approches dynamique de communication, corrigeant adroitement les déficits d'informations et les perceptions erronées.. Aujourd'hui, On assiste en effet, à un certain changement au niveau des attitudes et des préjugés bien ancrés au préalable, dans l'environnement immédiat des PVVIH, à cause des bienfaits de la trithérapie et des retombées des campagnes et approches de communication.

Très positivement certaines personnes infectées et/ affectées et leur entourage considèrent le Sida comme une affection chronique gérable.

Elles arrivent à sortir de la clandestinité, gérant leur statut à visage découvert dans un contexte d'accès régulier aux traitements, de soutien psycho-social, de communication positive, tout ceci avec l'appui des équipes de soins œuvrant dans les communautés..

En Haïti des efforts considérables ont été consentis et une politique nationale définie et appliquée. Elle se traduit au niveau de la réponse nationale face à la dynamique de l'infection à VIH, par l'élaboration du plan stratégique multisectoriel donnant les grandes lignes directrices pour les interventions à tous les niveaux .A titre d'exemple, la prise en charge des PVVIH qui était assurée par deux institutions qui disposaient des ARV en 2004 est actuellement couverte au niveau de 98 sites qui offrent des services ARV à travers le territoire national et plus de quarante mille patients reçoivent des ARV. Comme évoqué précédemment, cette disponibilité et cet accès aux traitements, renforcés par une stratégie de communication constitue sans nulle doute, une manière de lutter contre la discrimination et la stigmatisation.

Des groupes de support se sont multipliés dans les sites de prise en charge afin d'assurer une meilleure acceptation de la maladie et de diminuer le déni, autre effet pervers de la stigmatisation et de la discrimination.

6- Deux enquêtes à titre d'outil d'évaluation des tendances actuelles en Haïti

Au niveau de la recherche afin d'avoir une meilleure compréhension sur la connaissance correcte de la transmission du VIH/SIDA et le rejet d'idées erronées, et pour que les interventions soient mieux appropriées et adaptées des études ponctuelles ont été réalisées et sont planifiées. .Cependant, en se référant à l'EMMUS IV et V relatifs à la connaissance approfondie du sida chez les femmes et les hommes il y a encore beaucoup de défis à relever : La comparaison des résultats de ces deux enquêtes reste à peu près la même. Donc la perception sur certaines idées erronées n'a pas évolué positivement et perdurent.

Concernant les questions relatives aux idées erronées sur le sida :

1-On peut contracter le virus du SIDA par sorcellerie ou par des moyens surnaturels :

Selon l'EMMUS IV réalisée en 2006 : 68.3% des femmes contre 76.8% hommes ont répondu correctement à cette question.

Selon l'EMMUS IV réalisée en 2006 : 68.3% des femmes contre 76.8% hommes ont répondu correctement à cette question.

Selon les résultats de l'EMMUS V réalisée en 2012, 70.3 des femmes, contre 77.1 des hommes ont répondu correctement à cette même question.

La tendance reste presque la même au cours de ces deux enquêtes. En dehors du fait que la majorité des enquêtés ont compris que le sida ne peut pas se contracter par des moyens surnaturels, on ne saurait nullement sous-estimer que plus de 30% des femmes et 23% des hommes croient que le SIDA n'est pas une pathologie naturelle mais a de préférence un lien avec le surnaturel. Ces résultats ont indéniablement dans les deux sens une répercussion sur la stigmatisation et la discrimination.

A une deuxième question toujours en rapport avec la transmission du VIH

2-Le Sida ne peut pas être transmis par les moustiques. :

Les résultats de l'EMMUS 4 montrent que 50.4% des femmes contre 57.6% des hommes ont répondu positivement. A cette même question les résultats de l'EMMUS 5 de 2012 révèlent que 55 % des femmes contre 49.2% des hommes ont répondu correctement à cette question. Par contre une femme sur deux a répondu négativement à cette question. Cette perception erronée est beaucoup plus marquée chez les hommes 49.2% en 2012. Malgré les interventions de prévention à différents niveaux, il reste encore beaucoup à faire pour que le public soit mieux informé sur les modes de transmission.

A une troisième question toujours en rapport avec la transmission,

3-Une personne ne peut pas être infectée en partageant le repas d'un malade du Sida :

Les résultats de l'EMMUS 4 démontrent que 73% des femmes, contre 75% des hommes affirment la véracité à cette question et l'EMMUS 5 de 2012 confirment à peu près les mêmes résultats chez les femmes 75%, contre 62.5 chez les hommes. On constate à travers cette lecture, qu'il y a un déficit d'information chez les hommes et leur degré de connaissance erronée locale est plus accentuée en témoigne EMMUS 5.

Cette quatrième question des enquêtes EMMUS IV et V, est assez explicite

4-L'attitude de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH ?

A cette question, traduite sous la forme d'une prise en charge à domicile par un membre de la famille, l'EMMUS 5 révèle que 74% des femmes contre 76% des hommes sont prêts à aider un PVVIH dans sa famille. Ce volet s'est nettement amélioré car les résultats de l'EMMUS 4 indiquaient une acceptation de 60.8% les deux sexes confondus.

7- En guise de conclusion

D'une manière générale, en Haïti, comme un peu partout dans le monde, on ne peut que constater et cela avec un certain niveau de satisfaction que les comportements, attitudes, pratiques, étroitement liées aux connaissances, perceptions et surtout à la prise en charge, ont positivement évolué. En effet, certains constats témoignent de certaines avancées de taille. Toutefois, la persistance de certaines faiblesses, particulièrement au niveau des modes de transmission, de la vulnérabilité, de la réussite des traitements, de la responsabilité communautaire, familiale et individuelle en appui à la réponse nationale, nous interpelle et nous exhortent à plus d'effort, plus de sacrifices.

En effet, les connaissances sur cette pandémie qui devraient être des acquis tenaces après plus de vingt-cinq ans d'interventions dans le domaine du VIH, piétinent encore et travailler autour des idées erronées restent un défi majeur. La mentalité de la population par rapport au VIH/ est encore préoccupante surtout en milieu rural ou jusqu'à présent pour certaines communautés le VIH reste un tabou, **pendant que l'épidémie tout en se féminisant de plus en plus se ruralise à grands pas.**

Les spécialistes en communication ont du pain sur la planche car il faut d'une manière ou d'une autre, arriver à un changement de mentalité qui certes n'est pas pour demain. Face à ce constat, la communication pour le changement de comportement demeure une priorité si vraiment on veut inverser la courbe de l'épidémie et si l'on veut vraiment lutter contre ces obstacles que sont la stigmatisation et la discrimination à travers leur lien étroit avec les connaissances erronées.

La stigmatisation et la discrimination associées au VIH et au SIDA constituent nous devons en convenir une barrière, un frein à la réponse nationale. Elles ont une dynamique négative et sont une entrave aux approches de prévention et de prise en charge. Revoyons donc à la hausse leur prise en compte dans nos prochaines planifications stratégiques.

Plaidons en faveur des stratégies novatrices afin d'apporter une réponse durable à cette préoccupation de santé publique. Plaçons la communauté au cœur de nos discussions pour ce, nous encourageons vivement les dialogues communautaires pour mieux appréhender cette problématique.

Article 2.-

Rétention à 12 mois des nouveaux patients sous traitement antirétroviral en 2010 en Haïti

Objectif Mesurer le taux de rétention à 12 mois des patients enrôlés sous TAR dans le système de soins haïtien de janvier à décembre 2010.

Méthodologie C'est une enquête descriptive exhaustive au niveau de 63 sites intéressant tous les nouveaux enrôlés sous TAR sur le territoire d'Haïti. La population étudiée est de 6.302 patients.

Résultats Le taux de rétention à 12 mois est de 75,2%. Les taux les plus élevés ont été observés dans les départements du Sud-est et des Nippes. Environ deux tiers des sites ont un taux de rétention plus élevé que le standard fixé par l'OMS à 75,0%. Un nouveau patient sur 2 a été mis sous TAR dans le département de l'ouest, soit 48,7%. Les femmes représentent 60% des 6.302 nouveaux patients mis sous TAR. 469 jeunes âgés de 15 à 24 ans, soit 7,4%, ont été enrôlés sous TAR en 2010. La proportion de perdus de vue est de 14,8%. Les difficultés économiques sont d'après les prestataires interviewés le problème majeur de la rétention des patients sous TAR.

Conclusion Cette enquête montre la qualité de l'effort investi par le Programme Haïtien dans la rétention de patients sous TAR. Il reste, notamment, à poursuivre les réflexions et les recherches pour mieux comprendre les relations entre les déterminants de la rétention et la rétention elle-même. Nous recommandons la fertilisation croisée des expériences au sein des réseaux sur les stratégies efficaces et prouvées scientifiquement qui permettent de maintenir un taux de rétention au niveau des sites $\geq$ à 75%.

Objective Measure the retention rate at 12 months of patients enrolled on ART in the Haitian health care system during the period January to December 2010.

Methods It is a comprehensive descriptive survey at 63 sites of interest to all new enrolled on ART on 10 geographic departments of Haïti. The study population was 6.302 patients.

Results The retention rate at 12 months on ART was 75.2%. The highest rates were found in departments Sud-est and Nippes. Approximately two-thirds of the sites have a retention rate higher than the standard set by WHO to 75.0%. A new patient of 2 was receiving ART in the western department, or 48.7%. Women represent 60% of 6302 new patients started on ART. 469 young people aged 15 to 24 years, or 7.4% were enrolled on ART in 2010. The proportion of patients lost to is 14.8%; this proportion is high in the department of Nord-est with 23.9%. Providers interviewed believe that economic difficulties are the major problem of retention of patients on ART in Haiti

Conclusion This survey confirms the quality of effort invested by the ART Haitian Program. It remains to continue thinking and research to better understanding the relationships between the determinants of retention. We recommend cross-visits within networks of partners on effective and based-evidence strategies that maintain a retention rate at sites $\geq$ 75%.

Introduction

Depuis 2001, avec les subventions accordées par le Fonds Mondial et peu de temps après avec le projet PEPFAR/CDC, Haïti dispose de ressources lui permettant de placer des patients VIH sous multi thérapie ou TAR. Au 31 décembre 2012, le nombre de patients actifs sous TAR était de 43.317 (WWW.mesi.ht). Des progrès satisfaisants ont été accomplis. Mais, un écart important reste à combler car ce résultat ne représente qu'une couverture de 70% environ par rapport à la cible fixée; étant donné que les besoins en TAR, estimés à l'aide de l'outil spectrum de l'ONUSIDA (PNLS, 2012), sont de l'ordre de 61.289 patients pour 2012.

Plusieurs éléments ont justifié la réalisation de cette enquête exhaustive. D'abord, nous savons que le TAR est un moyen de prévention qui permet de réduire le risque de transmission à 96% (Cohen, 2011), mais pour y arriver, il faut que les patients viennent au site prendre leurs médicaments, et si besoin est se faire consulter. Ensuite nous avons jugé utile de collecter les données au niveau de tous les sites pour connaître le niveau de rétention qui est un élément que, si associé à une très bonne adhérence, permettrait d'obtenir des résultats étonnants, en particulier la diminution de la charge virale communautaire (Cohen, 2011; May, 2012; Sabin, 2012; Tanser, 2012). Nous savons également que les pertes précoces de patients à travers le monde sont devenues de plus en plus courantes avec l'extension des interventions de prise en charge médicale et d'autant plus importante qu'elles sont associées le plus souvent à une immunodéficience avancée au départ du traitement (French, 2004; Stoll, 2004; OMS, 2008). Ainsi, nous recommandons, en fonction des résultats de cette enquête, que des mesures soient prises au niveau des sites se situant en dessous de 75% pour augmenter au maximum la rétention des patients dans nos interventions de mise sous TAR.

Chaque deux ans, Haïti a l'obligation de soumettre un rapport de progrès à l'ONUSIDA sur la mise en œuvre du Programme national. Pour ce, il lui faut collecter des informations quantitatives et qualitatives auprès de ses partenaires.

En tenant compte de difficultés rencontrées lors de la préparation du rapport UNGASS 2012, le bureau de coordination du PNLS avait décidé de mener une enquête exhaustive incluant la totalité des sites sur la rétention à 12 mois des nouveaux patients enrôlés sous ARV, dans le but de contrôler, conformément à son mandat, le niveau de concordance entre les données retrouvées au niveau des sites et celles contenues dans les bases de données.

Enfin, la coordination technique du PNLS a voulu bénéficier de cette opportunité de la collecte des données au niveau des registres et des dossiers pour rencontrer les responsables de sites qui gèrent directement le programme sur le terrain. Ces rencontres ont permis d'avoir une idée de leur perception sur leur milieu de travail, les conditions socio-économiques des PVVIH sous TAR et des facteurs qui pourraient faciliter une meilleure rétention des patients sous TAR.

L'enquête a été conduite par l'équipe de suivi et évaluation de la coordination technique du PNLS au cours des mois de mai et de juin 2012.

Le contrôle de la saisie a été fait en juillet 2012 et les résultats préliminaires ont été présentés aux partenaires du PNLS en septembre 2012.

L'objectif principal de cette enquête est de mesurer le taux de rétention à 12 mois des patients enrôlés sous TAR dans le système de soins haïtiens au cours de la période janvier-décembre 2010. D'autres objectifs considérés comme secondaires ont été pris en compte, en particulier, l'identification de certains problèmes liés au maintien des patients sous ARV du point de vue des prestataires de services.

Méthodologie

La population de cette étude est constituée de l'ensemble des nouveaux patients enrôlés sous TAR en 2010. Il s'agit bien d'une enquête descriptive exhaustive intéressant 63 sites avec 6.302 patients sur les 10 départements géographiques d'Haïti. Les données quantitatives ont été collectées à l'aide de l'outil de l'OMS utilisé pour les enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce adapté à la réalisation de cette enquête. Les données ont été saisies à l'aide d'un fichier Excel rempli par le DRO et /ou le data clerk. Ce fichier, après contrôle de la qualité effectué au niveau du site par une équipe de la CT du PNLS, est envoyé par courriel au statisticien du service suivi évaluation de la CT du PNLS.

En plus des variables sociodémographiques, les principales variables relatives à la rétention ont été collectées : date du démarrage du TAR, stade OMS à l'enrôlement, régime initial, la date d'arrêt avant 12 mois, la date du transfert du patient avant la date de suivi à 14 mois et la date du décès avant la date du suivi à 15 mois. Nous avons retenu d'autres variables sur le poids et les CD4 qui peuvent permettre l'exploitation secondaire de la base de données pour d'autres articles intéressant plusieurs aspects sur ce sujet.

Nous avons également discuté avec les responsables des sites (ou le personnel communautaire) sur les éventuels obstacles qui empêcheraient à l'institution et au PNLS d'atteindre un taux de rétention satisfaisant se basant essentiellement sur leurs expériences de travail, (soient la connaissance du milieu, le comportement/attitude des patients quant à leur appréhension du traitement, etc).

La définition opérationnelle du taux de rétention sous ARV à 12 mois utilisée dans cette enquête est celle proposée par l'ONUSIDA; celle-ci indique que le résultat sur 12 mois de nouveaux enrôlés sous TAR est défini comme le statut (à savoir, le patient est encore en vie et toujours sous antirétroviraux, décédé ou perdu de vue) à 12 mois après avoir commencé le traitement antirétroviral. Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois allant du 1er Janvier au 31 décembre 2010 auront atteint les 12 mois de traitement pour la période allant du 1er Janvier au 31 décembre 2011. Ainsi, l'enquête consistait à déterminer le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début du TAR.

L'enquête a démarré par un test de validité du questionnaire quantitatif. 5 sites ont été visités dans le cadre du pré test qui a permis d'adapter l'outil à la réalité des sites et d'inclure certaines modifications suivant le constat et les suggestions faites par les DRO.

Peu de temps après, des équipes ont été déployés sur le terrain et le travail a été abordé à travers des rencontres avec les responsables départementaux. Il s'agit dans un premier temps de faire une brève présentation des objectifs de l'enquête et des outils de collecte de données. Par la suite, au niveau des sites, les enquêteurs ont rencontré le directeur médical et/ou l'infirmière responsable de programme pour leur expliquer le but de l'enquête et leur décrire le processus de collecte tout en mettant l'accent sur la nécessité de l'implication du personnel institutionnel, etc...

Des discussions ont eu lieu également sur le rôle appelé à jouer par les responsables dans l'utilisation des résultats de cette enquête pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients sous TAR.

Après une séance d'orientation, la collecte des données a été réalisée par le DRO assistés par les équipes constituées de validateur de données de la CT du PNLS et du M&E officer départemental. Certains sites au niveau des départements, ne disposant pas de la base de données électronique pour des raisons logistiques telles que : internet, énergie électrique, accès au serveur national, ont utilisé les dossiers manuels.

D'autres, malgré la disponibilité de la base de données, confrontaient à d'autres problèmes tels que l'accès au serveur national durant les heures de bureau. Au niveau de certains sites qui, ne disposent pas de matériels informatiques, la collecte des données a été réalisée par les coordonnateurs de terrain du niveau central avec l'aide du personnel local.

Au niveau du site, la période de collecte de données varie de 2 à 10 jours, dépendamment du volume de patients enrôlés pour la période, du nombre et la disponibilité du personnel affecté à cette opération. Le dernier jour étant consacré pour la vérification et la validation des données. Certaines données étaient manquantes ou mal remplies, ce qui a exigé l'exploration d'autres sources de données telles que les fiches du dossier médical (fiche de suivi, d'ordonnance, d'arrêt ...). À noter que pour deux institutions GHESKIO et IMIS, la collecte des données a été réalisée par le gestionnaire de cette base.

Au fur et à mesure que les sites acheminent les fichiers remplis, les techniciens de l'Unité M&E procèdent au traitement des données. Il s'agit dans un premier temps de vérifier que l'ensemble des cellules ont été remplies en vue de contacter le personnel de l'institution pour être sûr qu'il ne s'agit pas des erreurs lors de la retranscription. Ensuite on a consolidé toutes les données sur un seul tableur. Ce fichier a été transmis à un agent vérificateur en vue de détecter les éventuelles incohérences et invraisemblances qui fragiliseraient l'analyse des données saisies. L'analyse des données quantitatives a été effectuée sur SPSS version 13.5 selon un plan d'analyse constitué essentiellement du niveau de taux de rétention atteint par site et par département.

Par ailleurs, pour le traitement des données qualitatives provenant d'entretien avec les responsables des sites ou les prestataires de soins aux malades, nous avons procédé à l'analyse thématique et à la codification selon l'approche de Miles et Huberman (Miles et al, 2003).

Résultats

Caractéristiques des sites et des nouveaux enrôlés

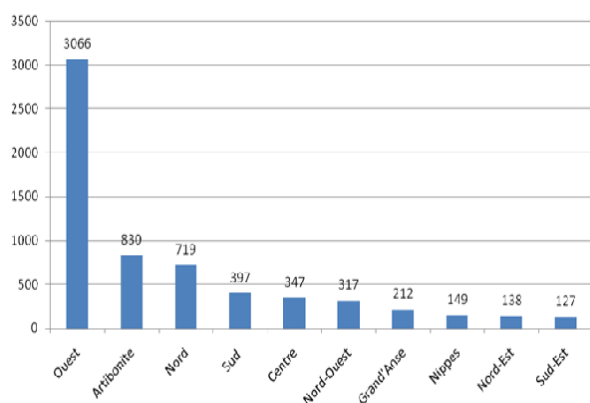
56 sites sur les 63 sont situés dans 4 départements géographiques qui sont : les départements de l'ouest, du centre, de l'artibonite et le nord. La population de ces départements en 2010 est de 6.997.137 représentant 69% de la population totale d'Haïti (IHSI, 2007). Les tableau et figures suivants nous renseignent sur la couverture et le lieu de résidence par département des nouveaux enrôlés sous TAR en 2010.

Tableau 1. Répartition des nouveaux enrôlés par département.

Départements	Nombre de sites	Population	Effectif de nouveaux enrôlés sous TAR	Proportion de nouveaux enrôlés en %	Fréquence cumulée de nouveaux enrôlés en %
Ouest	30	3664620	3066	48.7	48.7
Centre	10	678626	347	5.5	54.2
Artibonite	6	1571020	830	13.2	67.3
Nord	6	970495	719	11.4	78.7
Nord ouest	3	662777	317	5.0	83.7
Nord est	2	358277	138	2.2	85.9
Nippes	2	311497	149	2.4	88.3
Grande anse	2	425878	212	3.4	91.7
Sud	2	704760	397	6.3	98.0
Sud est	1	575293	127	2.0	100.0
10 départements	64	10085214	6302	100.0	

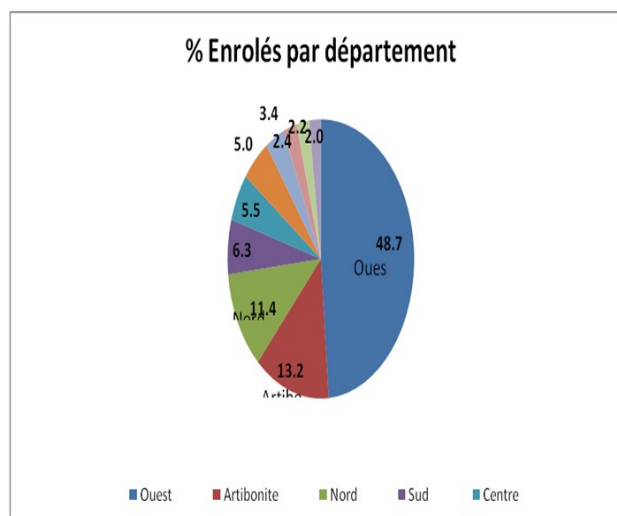
Environ 4 nouveaux enrôlés sur 5 en 2010 fréquentent des sites se situant au niveau de 5 premiers départements dans le tableau ci-dessous. Le département de l'ouest à lui seul a mis sous TAR environ 50% des nouveaux enrôlés.

Effectif de patients enrôlés selon le département



Graphique 1. Répartition des nouveaux enrôlés en 2010. Représentation par un diagramme à barres.

% Enrolés par département



Graphique 2. Répartition des nouveaux enrôlés en 2010. Représentation par un diagramme en secteur.

Si la majorité des nouveaux enrôlés mis sous TAR le sont dans le département de l'ouest, il est intéressant de constater que 2/3 de ces patients le sont par 15 institutions et 6 de ces 15, soit plus de 1/3 se retrouvent dans la grande aire métropolitaine de Port au Prince.

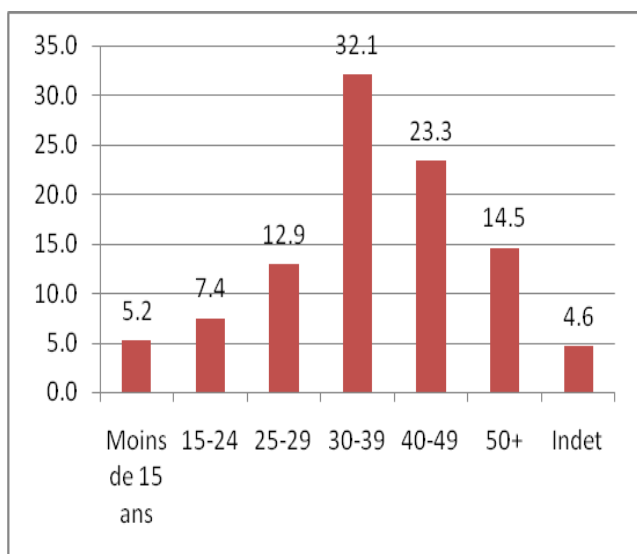
Tableau 2. Répartition des patients enrôlés par site.

No	Sites	Effectif de nouveaux enrôlés sous TAR	Proportion de nouveaux enrôlés en %	Fréquence cumulée de nouveaux enrôlés en %
1	Les centres GHESKIO	1400	22.2	22.2
2	Hôpital Justinien	358	5.7	27.9
3	Hôpital Immaculée Conception des Cayes	342	5.4	33.3
4	ICC Grace Children	258	4.1	37.4
5	CMC Charles Colimon	253	4.0	41.4
6	Centre Bernard Mevs	206	3.3	44.7
7	HUEH	193	3.1	47.8
8	Hôpital la Providence des Gonaïves	174	2.8	50.5
9	Hôpital Universitaire la Paix	168	2.7	53.2
10	Hôpital Saint Antoine de Jérémie	168	2.7	55.9
11	SSPE Saint Marc	165	2.6	58.5
12	Centre médical Béraca	147	2.3	60.8
13	Hôpital Saint Michel de Jacmel	127	2	62.8
14	Centre Fame Perero	122	1.9	64.8
15	Hôpital Sacré Coeur de Milot	114	1.8	66.6
16	Hôpital Evangélique de Bombardopolis	107	1.7	68.3
17	Clinic Béthel	106	1.7	69.9
18	Hôpital Saint Jean de Limbé	92	1.5	71.4
19	Centre médical Dumarsais Estimé	90	1.4	72.8
20	Sanatoium de Sigüeneau	90	1.4	74.3
21	Hôpital Notre Dame de Petit Goave	88	1.4	75.7
22	Maternité Isaie Jeanty	86	1.4	77.0
23	Centre de Santé de Lascahobas	86	1.4	78.4
24	Hôpital Alma Mater	80	1.3	79.7
25	Centre Espérance de Pilate	79	1.3	80.9
26	Hôpital Eliazar Germain	77	1.2	82.1
27	Centre Bienfaisance de Pignon	76	1.2	83.3
28	Hôpital de Fort Liberté	70	1.1	84.4
29	POZ Montrouis	68	1.1	85.5
30	CMS de Ouanaminthe	68	1.1	86.6
31	Hôpital Immaculée Conception de Port de Paix	63	1.0	87.6
32	Hôpital de la Communauté Haïtienne	60	1.0	88.6
33	Hôpital Saint Boniface	55	0.9	89.4
34	Centre de Santé de Boucan Carré	52	0.8	90.3
35	Hôpital de Fermathe	51	0.8	91.1

Tableau 2. (suite) Répartition des patients enrôlés par site.

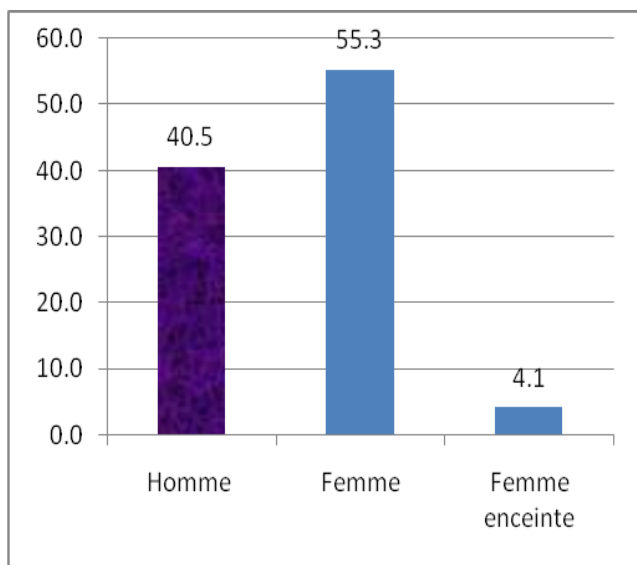
No	Sites	Effectif de nouveaux enrôlés sous TAR	Proportion de nouveaux enrôlés en %	Fréquence cumulée de nouveaux enrôlés en %
36	Centre Hospitalier Arcachon 32	49	0.8	91.8
37	Hôpital Wesleyen de la Gonave	48	0.8	92.6
38	Hôpital Sainte Thérèse de Hinche	47	0.7	93.4
39	AEDMA	44	0.7	94.0
40	Hôpital Sainte Thérèse de Miragoane	43	0.7	94.7
41	Centre de Santé Cerca la Source	41	0.7	95.4
42	Centre de Santé Bon Berger de Cange	39	0.6	96.0
43	Centre Hospitalier Sainte Catherine Labouré	37	0.6	96.6
44	Hôpital nos Petits Frères et Sœurs	34	0.5	97.1
45	Centre de Santé de Thomonde	33	0.5	97.1
46	Hôpital Communautaire de Mirebalais	30	0.5	98.1
47	Hôpital Adventiste de Diquini	29	0.5	98.6
48	Hôpital de Carrefour	26	0.4	99.0
49	Centre de Santé de ti Palmiste	21	0.3	99.3
50	Hôpital Notre Dame de la Nativité de Bellardère	19	0.3	99.6
51	Centre de Santé Saint Michel de Fontamara	16	0.3	99.9
52	DASH Delmas 48	3	0.0	99.9
53	Centre de Santé Sainte Claire de Frères	2	0.0	100.0
54	Clinic Richard Allen	1	0.0	100.0
55	DASH aéroport	1	0.0	100.0
	TOTAL	6302	100.0	

La figure ci-dessous montre que les 25 à 39 ans des nouveaux patients mis sous TAR en 2010 représentent 45,0% des 6302 et que les moins de 24 ans de 12,6%. Cette enquête a révélé également que l'âge médian des 6.302 nouveaux patients mis sous TAR en 2010 est de 37 ans.



Graphique 3. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR en 2010 selon l'âge. Représentation par un histogramme.

La majorité des nouveaux patients sous TAR en 2010 sont des femmes; elles représentent environ 59,0%. À noter que sur l'ensemble, les femmes enceintes sont de 4,1%.



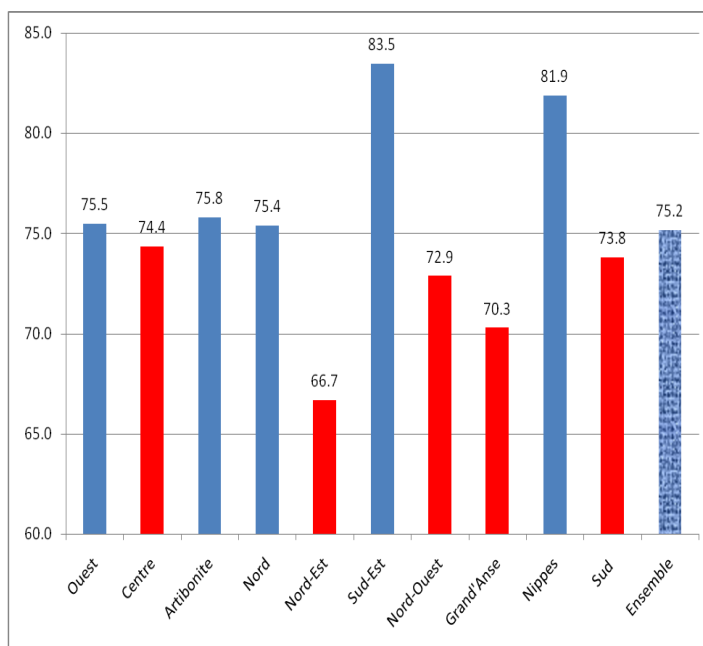
Graphique 4. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR en 2010 selon le sexe. Représentation par un diagramme à barres.

Cinq départements ont des taux de rétention à un an en 2010 supérieurs à celui national; ce sont les départements du Sud-est, des Nippes, de l'Artibonite, de l'Ouest et du Nord. Quatre départements sont en dessous de 75% : le Centre, le Sud, le Nord-ouest et la Grande anse. Nous attirons l'attention sur le département du Nord-est qui affiche un taux de 66,7%. Nous pensons que la Direction Sanitaire du Nord-est et les sites qui offrent le TAR devraient utiliser la stratégie HIVqual pour mieux analyser cette performance et trouver les moyens de redressement de la situation pour une meilleure rétention des nouveaux patients enrôlés sous TAR.

Taux de rétention à 12 mois par département et par site

Tel que nous l'avons indiqué dans la méthodologie, la définition retenue du taux de rétention à 12 mois sous TAR est celle proposée par l'ONUSIDA (2011.) Le numérateur représente le nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement. Le dénominateur est le nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un TAR au cours des 12 mois précédant la période de transmission des données, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le TAR, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux qui ont été perdus de vue au douzième mois (PNLS, 2012).

Nous avons trouvé que le taux de rétention à 12 mois des nouveaux patients mis sous TAR en 2010 est de 75,2%, tel que l'indique la figure ci-dessous.



Graphique 5. Taux de rétention à 12 mois des nouveaux patients enrôlés sous ARV en 2010. Haïti 2010.

Le tableau ci-dessous fournit des informations sur les taux par sites. Nous ne pouvons effectuer aucune comparaison entre les sites, néanmoins certaines hypothèses peuvent être émises à la lumière de certaines tendances et pourraient constituer l'objet d'autres études. Pouvons-nous risquer que les sites qui ont un nombre élevé de patients aient une moins bonne rétention que ceux qui en ont un nombre moyen? Quand est ce que les facteurs individuels prédominent des patients sur ceux liés à l'organisation des services ? Quels sont les facteurs clés de différence entre les sites urbains, surtout ceux de la grande aire métropolitaine de Port au Prince, et ceux se situant ailleurs dans le pays?

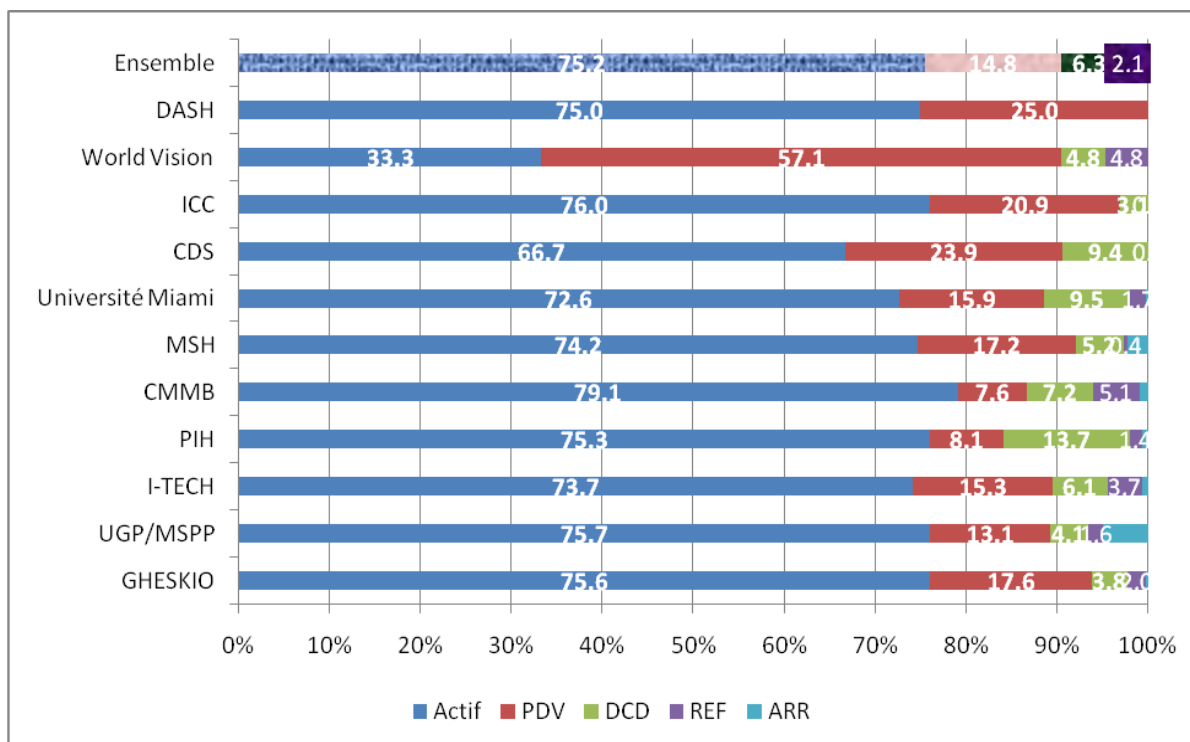
Tableau 3. Taux de rétention à 12 mois par sites.

No	Sites	Effectif de nouveaux enrôlés sous TAR	Rétention à 12 mois en pourcentage
1	Les centres GHESKIO	1400	75.4
2	Hôpital Justinien	358	72.6
3	Hôpital Immaculée Conception des Cayes	342	72.8
4	ICC Grace Children	258	76.0
5	CMC Charles Colimon	253	73.5
6	Centre Bernard Mevs	206	63.6
7	HUEH	193	74.6
8	Hôpital la Providence des Gonaïves	174	70.7
9	Hôpital Universitaire la Paix	168	73.8
10	Hôpital Saint Antoine de Jérémie	168	72.0
11	SSPE Saint Marc	165	73.3
12	Centre médical Béraca	147	72.8
13	Hôpital Saint Michel de Jacmel	127	83.5
14	Centre Fame Perero	122	86.9
15	Hôpital Sacré Coeur de Milot	114	77.2
16	Hôpital Evangélique de Bombardopolis	107	79.4
17	Clinic Béthel	106	79.2
18	Hôpital Saint Jean de Limbé	92	78.3
19	Centre médical Dumarsais Estimé	90	84.4
20	Sanatoium de Sigüeneau	90	52.2
21	Hôpital Notre Dame de Petit Goave	88	83.0
22	Maternité Isaie Jeanty	86	87.2
23	Centre de Santé de Lascahobas	86	77.9
24	Hôpital Alma Mater	80	86.3
25	Centre Espérance de Pilate	79	74.7
26	Hôpital Eliazar Germain	77	72.7
27	Centre Bienfaisance de Pignon	76	82.9
28	Hôpital de Fort Liberté	70	72.9
29	POZ Montrouis	68	79.4

Tableau 3. (suite) Taux de rétention à 12 mois par sites.

No	Sites	Effectif de nouveaux enrôlés sous TAR	Rétention à 12 mois en pourcentage
30	CMS de Ouanaminthe	68	60.3
31	Hôpital Immaculée Conception de Port de Paix	63	61.9
32	Hôpital de la Communauté Haïtienne	60	81.7
33	Hôpital Saint Boniface	55	80.0
34	Centre de Santé de Boucan Carré	52	76.9
35	Hôpital de Fermathe	51	80.4
36	Centre Hospitalier Arcachon 32	49	91.8
37	Hôpital Wesleyen de la Gonave	48	87.5
38	Hôpital Sainte Thérèse de Hinche	47	70.2
39	AEDMA	44	63.6
40	Hôpital Sainte Thérèse de Miragoane	43	88.4
41	Centre de Santé Cerca la Source	41	75.6
42	Centre de Santé Bon Berger de Cange	39	82.1
43	Centre Hospitalier Sainte Catherine Labouré	37	70.3
44	Hôpital nos Petits Frères et Soeurs	34	91.2
45	Centre de Santé de Thomonde	33	75.8
46	Hôpital Communautaire de Mirebalais	30	83.3
47	Hôpital Adventiste de Diquini	29	86.2
48	Hôpital de Carrefour	26	80.8
49	Centre de Santé de ti Palmiste	21	33.3
50	Hôpital Notre Dame de la Nativité de Belladère	19	26.3
51	Centre de Santé Saint Michel de Fontamara	16	81.13
52	DASH Delmas 48	3	66.7
53	Centre de Santé Sainte Claire de Frères	2	100.0
54	Clinic Richard Allen	1	100.0
55	DASH aeroport	1	100.0
TOTAL		6302	

Nous savons que la majorité des sites font partie de réseaux de partenaires. Ces réseaux sont dirigés par ce que nous appelons des institutions ombrelles qui leur apportent une assistance technique et/ou financière, et le plus souvent qui garantissent la supervision de ces sites. Nous savons également que l'organisation et la gestion de certains sites relèvent directement de l'existence même de certaines de ces institutions ombrelles. Dans la figure ci-dessous, nous indiquons les taux de rétention à un an en 2010 obtenus par ces réseaux.



Graphique 6. Statut des nouveaux patients mis sous TAR en 2010 en fonction du réseau.

Le réseau CMMB a obtenu le meilleur score et la World Vision la performance la plus faible. Nous pensons que la World Vision devrait bénéficier d'un encadrement de proximité par le PNUD/Fonds Mondial, la Direction Sanitaire de l'Ouest et la coordination technique du PNLS.

Nous observons également que 14,8% des nouveaux patients mis sous TAR en 2010 sont perdus de vue (PDV) après 12 mois d'initiation aux antirétroviraux, ce taux est élevé dans le Nord-est avec 23,9%.

Disponibilité de services psychosociaux et de soutien au niveau des sites

Tous les sites offrent des services (Assistance conseil, frais de transport et nourriture, etc) qui appuient le respect des rendez-vous des patients et l'observance du TAR à des degrés divers. Nous savons que la rétention des patients est un des facteurs d'une bonne observance du TAR (Mouala, 2006).

Faut-il bien que les sites, les réseaux de partenaires, les directions sanitaires départementales et la coordination technique du PNLS mettent tout en œuvre et anticipent sur certains problèmes qui pourraient empêcher de maintenir ou de garder le maximum ou si ce n'est 100% des patients sous TAR. La rétention, de même que l'observance sont des phénomènes complexes (Gordillo, 1999).

L'implication de l'équipe soignante associée à l'accompagnement de proches ou de groupes communautaires dans la gestion du suivi longitudinal est un facteur clé de la rétention et de l'adhérence du patient à son traitement dans le cadre de maladies chroniques (Achieng, 2012; Hinkin, 2004, Lanièce, 2003; Wagner, 2001; Bodenheimer, 2002; OMS, 2003).

Tous les sites offrent à leur patient sous TAR un encadrement psychologique lors des rendez-vous médicaux. La plupart d'entre eux poursuivent cette activité à travers des journées récréatives, le partage des expériences de vie et du traitement au sein de groupes de support, la prévention positive et des post test clubs. Certains offrent un accompagnement socio thérapeutique plus poussé en aidant à la réinsertion sociale du patient sous TAR et la prise en charge des frais scolaires; d'autres réfèrent leurs patients à d'autres institutions pour des soins psychologiques adéquats.

Les frais de transport et un support nutritionnel sous forme de ration sèche semblent être le soutien économique principal offert à tous les patients enrôlés sous TAR; mais plusieurs prestataires se plaignent de l'irrégularité de la disponibilité des frais de transports. Ce problème est lié au calendrier de décaissement des bailleurs, d'une part ; mais également à la réaffectation des ressources à ce niveau. Ce qui tend à fragiliser encore plus le taux de rétention. Certains sites, en particulier ceux du centre, offrent une assistance en matière de logement, de frais scolaires pour les OEV, d'appui psychologique et financier lors de décès pour les funérailles; d'autres offrent, en plus, aux patients sous TAR des ressources pour la mise en œuvre d'activités génératrices de revenu (formation professionnelle, microcrédit, artisanat, jaden lakou etc.).

Problèmes identifiés au maintien des patients sous TAR

Les difficultés économiques des patients sous TAR constituent la plus grande préoccupation des prestataires sur les mobiles de non respect des rendez-vous et subséquemment d'une faible proportion de rétention à 12 mois sous TAR.

Parmi elles, nous retenons des frais de transport insuffisant et un support alimentaire faible et inadéquat. Les prestataires pensent que les conditions socioéconomiques précaires des patients sous TAR restent un des problèmes majeurs du maintien de tous les patients sous

L'étendue des services offerts par les sites est mentionnée par les prestataires comme un handicap à la délivrance de soins de qualité aux patients sous TAR.

Ils citent, par exemple, les cas de patients qui souffrent de maux de dents et qui ne peuvent pas bénéficier de soins dentaires; des patientes qui ont besoin de soins gynécologiques et qui en plaignent à chaque rendez-vous. Face à ses problèmes, les prestataires se sentent démunis et ils sont conscients des conséquences de la disponibilité de ces autres services sur ceux offerts par les sites de façon générale sur la fidélisation de la clientèle. Certains prestataires ont souligné l'importance de la disponibilité des médicaments, non seulement des ARV et des OI, mais de tous les médicaments et du nombre de comprimés à prendre par jour par un patient sous TAR.

La stigmatisation des patients sous TAR est un problème sérieux soutiennent certains prestataires. Ils pensent que ce phénomène empêche à des patients VIH d'avoir recours à des sites se trouvant à proximité de leur milieu de vie. Ces patients sont bien obligés d'aller chercher des soins au niveau de sites où ils croient être des anonymes. Ce phénomène est à la base d'un autre problème confronté par les prestataires en matière de suivi et de recherche des abandons, celui des patients avec de fausses identités et de fausses adresses domiciliaires.

L'organisation des services a retenu l'attention de certains prestataires. Ils indiquent un temps d'attente trop long, un manque de confidentialité, le niveau de qualité de l'accueil comme des éléments qui peuvent influencer la rétention de patients sous TAR. Ils pensent aussi qu'un espace inapproprié ne facilite pas le dialogue entre prestataire et patient au moment de la consultation ou du rendez-vous médical.

Le séisme du 12 janvier 2010 est noté par certains comme une cause probable de mauvaise rétention de patients sous ARV. Les changements d'adresse, le déplacement de populations, les camps d'hébergement ont été des obstacles au suivi des patients sous TAR.

D'autres problèmes peuvent occasionner une mauvaise rétention pensent certains prestataires, tels que un accès géographique difficile, les effets secondaires des médicaments, une mauvaise éducation thérapeutique du patient, le refus du statut sérologique, l'absence d'accompagnateurs, les intempéries climatiques et les troubles politiques.

Tel que conçue, cette étude ne permet pas de faire le lien entre des facteurs identifiés et la rétention; d'autres études sont nécessaires pour savoir le degré d'imputabilité des problèmes identifiés dans l'occurrence d'une mauvaise rétention ou des déterminants de la rétention des patients sous TAR.

Néanmoins, nous savons que l'absence de suivi des patients qui manquent leurs consultations, qui ne viennent pas chercher leurs médicaments et qui finissent par décéder est une des principales causes de la sortie de ces patients du système de soins (Fox, 2012).

Facteurs de facilitation du maintien des patients sous TAR

Les prestataires qui ont estimé avoir un taux de rétention faible, sur la base de leurs expériences, ont identifié plusieurs facteurs qui pourraient faciliter la rétention de patients sous TAR. Nous les avons catégorisés en 2 groupes : facteurs institutionnels et facteurs communautaires.

Les facteurs institutionnels sont liés à la capacité d'une bonne gestion du projet de TAR par l'équipe soignante du site incluant l'unité psychosociale. Il s'agit de la disponibilité et de la responsabilisation du personnel, de l'absence de rupture de stocks d'intrants essentiels au bon fonctionnement du projet TAR, en particulier les médicaments, de la diminution du temps d'attente, une éducation thérapeutique appropriée des patients et l'accessibilité des patients aux autres services du site.

Les facteurs communautaires représentent les dispositions et les actions à entreprendre par l'équipe soignante et les groupes communautaires qui sont en interaction avec le site pour diminuer la stigmatisation et la discrimination envers les patients qui sont sous TAR.

Mesures de redressement

Les prestataires qui ont estimé avoir un taux de rétention faible ont proposé les mesures de redressement suivantes :

- Constitution de groupe de support avec des réunions régulières ;
- Constitution d'association de PVVIH au niveau des points de délivrance des services communautaires ;
- Formation des agents communautaire sur l'observance et l'adhérence au traitement ;
- Mise en place de mécanismes solides de suivi des patients ayant raté leur rendez-vous comme des visites domiciliaires ciblées, des rencontres régulières des accompagnateurs ;
- Implication des PVVIH dans la mise en œuvre des activités liées au TAR ;
- Mise à jour des dossiers patients EMR de façon régulière ;
- Amélioration de la qualité des services, application de la stratégie HIVqual ;
- Assistance économique et nutritionnelle aux patients sous TAR ;
- Lutte contre la stigmatisation.

Conclusion

La présente étude se veut opérationnelle, c'est-à-dire qu'elle devra permettre à tous les niveaux de la pyramide gestionnaire du système de soins et tous les sites qui y ont pris part d'agir sur la réalité existante en matière de rétention des patients sous TAR. Les réflexions et les recherches devront continuer sur les déterminants; néanmoins nous devons nous inspirer des pratiques des réseaux de partenaires et de sites qui ont un nombre assez élevé de patients sous TAR et qui ont pu atteindre ou dépasser le taux de référence de l'OMS. Nous recommandons que cette réflexion se poursuive à travers des visites croisées entre réseaux de partenaires ou entre sites sur les facteurs qu'ils croient qui les ont permis d'atteindre des taux de rétention $\geq$ à 75%. Deux autres articles liés à ce sujet suivront, le premier sur les indicateurs IAP et le deuxième sur niveau de concordance entre les données retrouvées au niveau des sites et celles des bases EMR.

Remerciements

Nous remercions le PNUD / Fonds Mondial qui a financé la réalisation de cette étude et surtout pour la confiance dont elle a fait montre dans les capacités du service suivi évaluation de la coordination technique du PNLS à bien conduire cette enquête. Nous remercions toutes les directions sanitaires départementales, tous les chefs de réseaux de partenaires qui nous ont facilité l'accès dans les registres et les dossiers au niveau de leurs sites.

Un grand merci aux data clerck et les DRO pour leur implication active dans la collecte des données. A aucun moment, ils n'ont considéré cette enquête comme une évaluation de leur rendement individuel, au contraire, nous étions étonnés de leur motivation à collaborer, et ce même au moment du contrôle de qualité et de l'élimination des valeurs aberrantes. Qu'ils en soient remerciés à nouveau.

Enfin, un merci spécial aux responsables des sites qui nous ont livré leurs opinions sur différents aspects de la gestion du TAR au sein de leurs sites. Nous espérons que d'autres études suivront sur les déterminants et chercheront à impliquer aussi les patients sous TAR pour permettre aux chercheurs, aux décideurs et aux gestionnaires d'améliorer leurs connaissances sur les déterminants de la rétention sous TAR dans le contexte haïtien.

Références

1. Achieng L, Musangi H, Ong'uti S, Ombegoh E, Bryant L, et al. (2012). An Observational Cohort Comparison of Facilitators of Retention in Care and Adherence to Anti-Retroviral Therapy at an HIV Treatment Center in Kenya. PLoS ONE 7(3): e3272727.doi:10. 1371/journal.pone.0032727
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Carefor Patients with Chronic Illnes. JAMA. 2002;288: 1775-1779.
3. C. MOUALA, P. ROUX, M. OKOME, S. SENTENAC, F. OKOME, U. NZIENGUI, F. OLIVIER, K. BENJABER, J.L. REY. Bilan de quelques études sur l'observance aux ARV en Afrique. Med. Trop 2006; 66 : 610-614.
4. 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.
5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011 Aug 11;365(6):493–505.
6. French, MA et al. Immune Restoration Disease After Antiretroviral Therapy. AIDS 18(12):1615-1628, 2004. <http://www.medscape.com/viewarticle/487529>

7. Gordillo, V. et al. sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 1999, 13: 1763-1769.
8. Hinkin, C.H. et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, 2004, 18(1):S19-S25.
9. Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique. Projections Population Haïti. 2007.
10. Lanièce, I. et al. Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of senegalese adults. *AIDS*. 2003, 17 (3): S103 - S108.
11. Lett, J. (1990). Emics and Ethics : Notes on the epistemology of anthropology. In T.N. Headland, K. L. Pike & M. Harris, Emics and Ethics : The inside/outside debate, Newbury, London, Sage, Frontiers of anthropology, 7.
12. Martin WG Brinkhof, François Dabis, Landon Myer, David R Bangsberg, Andrew Boulle, Denis Nash, Mauro Schechter, Christian Laurent, Olivia Keiser, Margaret May, Eduardo Sprinz, Matthias Egger & Xavier Anglaret for the ART-LINC of IeDEA collaboration. Bulletin of the World Health Organization 2008;86:559–567. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/07-044248.pdf>
13. Mathew Fox, Bruce Larson, Sydney Rosen. Defining retention and Attrition in Pre-Antiretroviral Care : Proposals Based on Experience in Africa. Center for Global Health and Development Boston University. Health and Development Discussion Paper No. 15 March, 2012.
14. May M. Gombels M. Sabin C. Life expectancy of HIV-1-positive individuals approaches normal conditional on response to antiretroviral therapy: UK Collaborative HIV Cohort Study. Journal of the International AIDS Society 2012, 15(Suppl 4):18078. <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18078> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.6.18078>
15. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Paris : de Boeck, Université, 2003
16. PNLS. Projections et estimations épidémiologiques 2012.
17. PNLS. Plan National Suivi et Evaluation en VIH/sida 2012 – 2015.
18. OMS. Des soins novateurs pour les affections chroniques. Eléments constitutifs. Rapport mondial. 2003.
19. ONUSIDA. Rapport d'activités sur la riposte au sida dans le monde 2012, Genève, suisse, décembre 2011.
20. Sabin C. Review of life expectancy in people with HIV in settings with optimal ART access: what we know and what we don't. In: Program and abstracts of the 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, 11–15 November 2012, Glasgow, UK. Abstract O131.
21. Stoll ME and Schmidt RE. Immune Restoration Inflammatory Syndromes: Apparently Paradoxical Clinical Events After the Initiation of HAART. Current HIV/AIDS Reports 1 August 2004, 1:122-127
22. Tanser F.C. et al., "Effect of ART Coverage on Rate of New HIV Infections in a Hyper-endemic, Rural Population: South Africa" (communication #136LB), presented at the 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle (2012), www.retroconference.org/2012b/Abstracts/45379.htm
23. WWW.mesi.ht http://www.mesi.ht/PresentationLayer/RapportsAnalyses/wbfrm_RapportAnalyseTableaux2.aspx?activeTab=tab_rapports_analyses&ID=35 visité le 14 mars 2013
24. Wagner EH. Meeting the need of chronically ill people. BMJ. 2001; 323:945-946.



Nouvelles en bref

- L'atelier de formation sur **les Estimations/Projections du VIH/sida** s'est tenu à Dakar, Sénégal du 10 au 12 avril 2013 et a été organisé sous le haut patronage de l'ONUSIDA et de l'OMS. Haïti a été représenté par le PNLS et la NASTAD.
- La Coordination Technique du PNLS a organisé le 26 avril 2013 en son local, la première rencontre du **Comité National de Qualité de Données VIH/sida (CNQD)**. Le CNQD VIH/sida est un groupe thématique clé du Groupe d'Appui Technique National en Suivi et Évaluation. Il veille à la bonne marche du système suivi et évaluation de données VIH/sida en matière de qualité. Il assure que les données utilisées par tous les niveaux de la pyramide de soins et de gestion dans tous les secteurs santé et non santé soient de qualité.
- Participation du PNLS au Forum international sur « **la qualité et la sécurité dans le domaine sanitaire** » à Londres du 15 au 19 avril 2013.
- La Coordination Technique du PNLS a organisé une importante réunion en date du 2 et 3 mai 2013 à la salle de conférence du MSPP. Il s'agissait pour les dix directions sanitaires de faire une mise au point sur la riposte nationale à travers les interventions au niveau des départements.
- Participation du PNLS à La réunion sur « **l'expansion et pérennité de la réponse au VIH aux Caraïbes** » à Surinam du 13 au 15 mai 2013.

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

