



Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)

Août 2013 No **4**

EDITORIAL

Chers lecteurs,

Qui veut juin, prépare octobre !

Qui ne se souvient de cette phrase que nous avons l'habitude d'entendre quand nous étions à l'école et que nous répétions à notre tour à nos enfants, devenus adultes. Avons-nous conscience de cet appel intergénérationnel incitant au travail et au travail bien fait ? Avons-nous conscience que nos résultats scolaires étaient le fruit d'une année bien préparée, encadrée et méthodique ? La réponse est évidemment non. Nous progressions d'une année à une autre sans même nous rendre compte que les années passaient sans nous poser de question à l'arrivée de la saison nouvelle.

En revivant ce passé tout en pensant à l'avenir du Programme haïtien de lutte contre le sida, je me mets à rêver, à croire et à espérer en des lendemains meilleurs en me disant : Et si nous préparons en ce qui a trait au programme, à l'instar de nos parents, nos professeurs et directeurs d'école, la nouvelle saison — je veux bien sur faire allusion aux nouvelles lignes directrices combinées de l'OMS qui proposent le changement.

Entre Mexico et Washington, l'humanité s'est constituée un corpus scientifique en béton lui permettant de prédire bientôt « une génération sans sida ». Cela n'arrivera pas sans un engagement fort, intelligent, déterminé, sans faille et à la hauteur des défis de la part de tous les acteurs de la Riposte. Les concepts tels que « prévention combinée », « traitement en tant qu'outil de prévention », et j'en passe resteront de vains mots si nous n'utilisons pas les données et les informations générées par la mise en œuvre de nos projets et du Programme pour la planification en fonction des nouvelles données scientifiques.

En plus des informations sur la notification de cas et le traitement, ce numéro traite des enjeux à très court terme des nouvelles lignes directrices. Il nous invite à prendre les décisions et à nous y adapter rapidement. Les enjeux à court terme seront développés dans le prochain bulletin.

Bonne lecture!

Dr Joëlle Deas VAN ONACKER
Coordonnatrice du PNLS



Sommaire

1. Rapport de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida pour le Premier Trimestre 2013	3
1.1 Nouveaux cas rapportés à l'échelle nationale	3
1.2 Nouveaux cas par sexe à l'échelle nationale	3
1.3 Nombre et proportion de femmes enceintes au moment du diagnostic de VIH	4
2. Traitement antirétroviral	5
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à mars 2013	6
2.2 Co-infection VIH TB	8
2.3 Elimination de la transmission mère enfant	9
3. Implications des nouvelles lignes directrices combinées de l'OMS sur le PNLS	10
3.1 Résumé des lignes directrices combinées	10
3.2 Classification des pays selon la couverture en TAR	11
3.3 Enjeux à très court terme liés aux directives combinées	12
3.4 Conclusion	15
Références	15
Coin des nouvelles	16

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

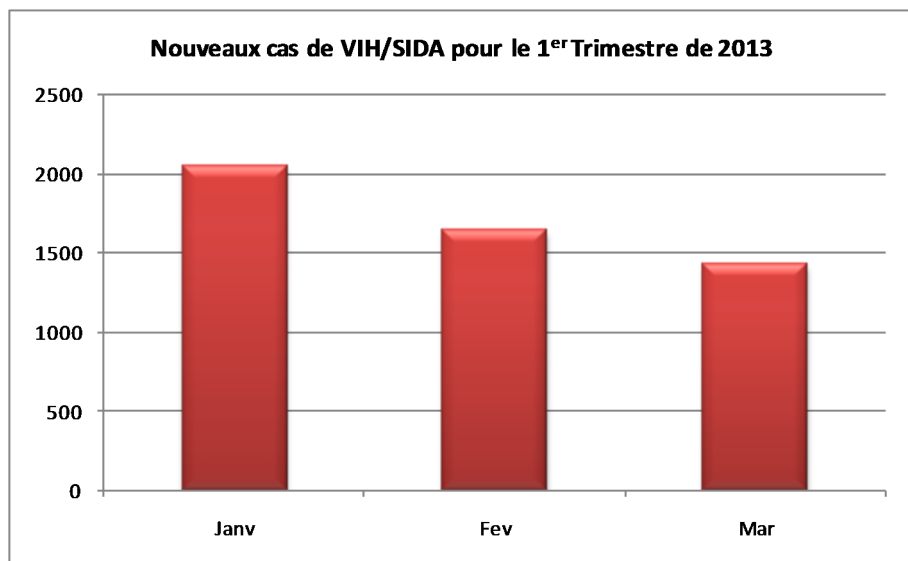
Conception et mise en page

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS

Liste des acronymes

ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (France)
ARV	Antirétroviral
CDS	Centre pour le Développement et la Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
ETME	Elimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
FE	Femme Enceinte
FNE	Femme Non Enceinte
FOSREF	Fondation Por la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes du Syndrome de Karposi et des Infections Opportunistes
HASS	HIV AIDS Surveillance System (base de données de surveillance épidémiologique)
ICC	International Child Care
ITECH	International Training & Education Center for Health.
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODM	Objectif s du Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PIH/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TAR	Traitement AntiRétroviral
UGP	Unité de Gestion de Projet
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

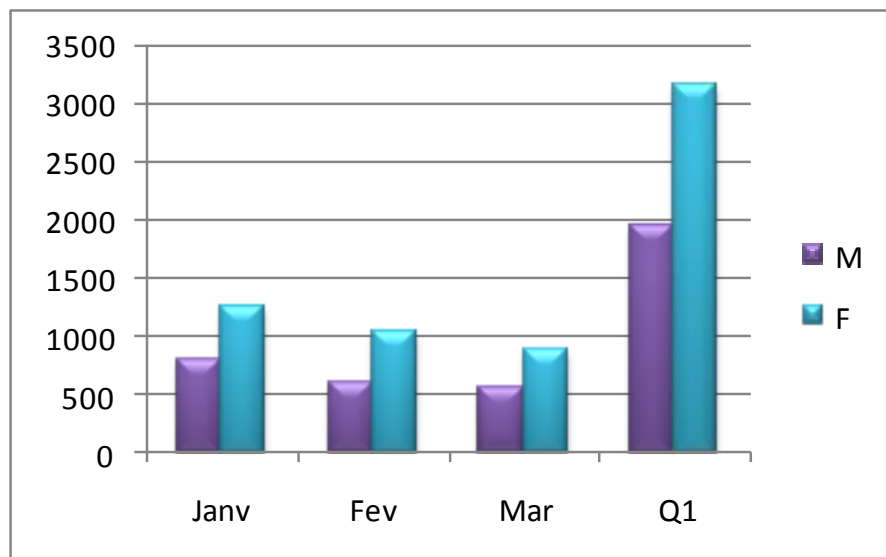
Rapport de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida pour le Premier Trimestre 2013



1.1 Nouveaux cas rapportés à l'échelle nationale

Ce graphe présente les cas de VIH rapportés pour la période de janvier à mars 2013. On peut remarquer une diminution progressive du nombre de cas rapportés pour cette période. Cette tendance à la baisse observée pourrait signifier une baisse de l'incidence du VIH à l'échelle nationale. Néanmoins, certaines données manquantes pour cette période pourraient également expliquer ce glissement.

1.2 Nouveaux cas par sexe à l'échelle national

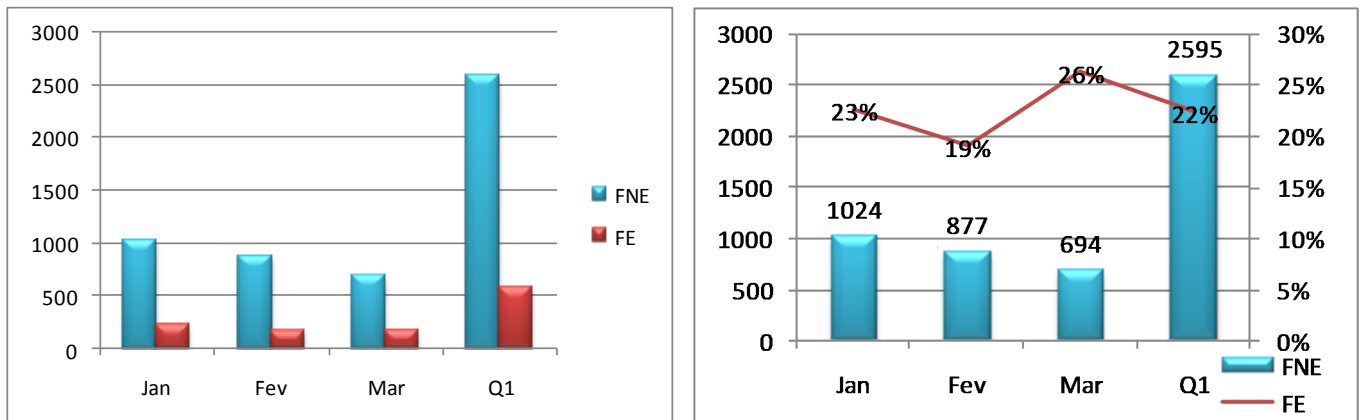


Ce graphe nous montre la distribution des cas de VIH par sexe pour la période de Janvier à Mars 2013. Il y a une consistance dans ce schémas de distribution: il y a toujours plus de femmes à être rapportés VIH positif que d'hommes quel que soit le mois considéré. Pour toute la période, le sexe ratio va de 1,5 à 1,7 femmes pour 1 homme.

Source : base nationale de surveillance du VIH/SIDA en Haïti

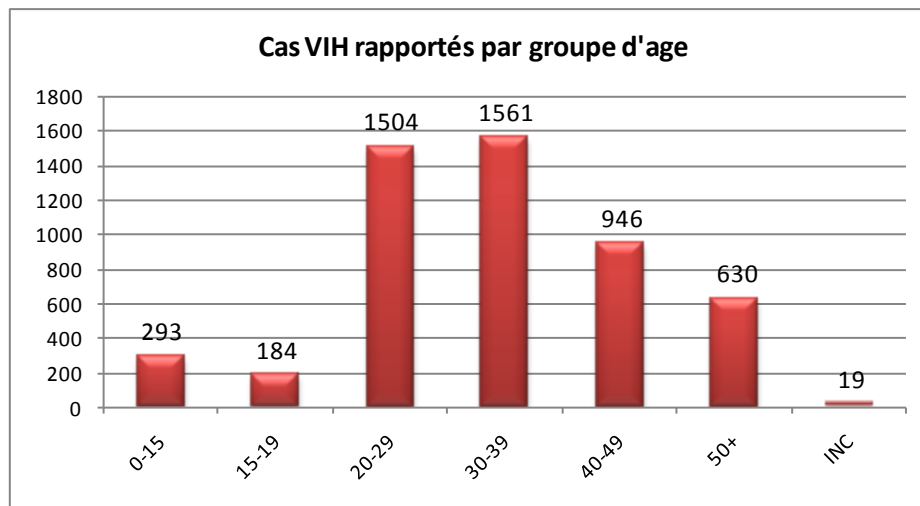


1.3 Nombre et proportion de femmes enceintes au moment du diagnostic de VIH



FE: Femme enceinte; FNE: Femme non enceinte

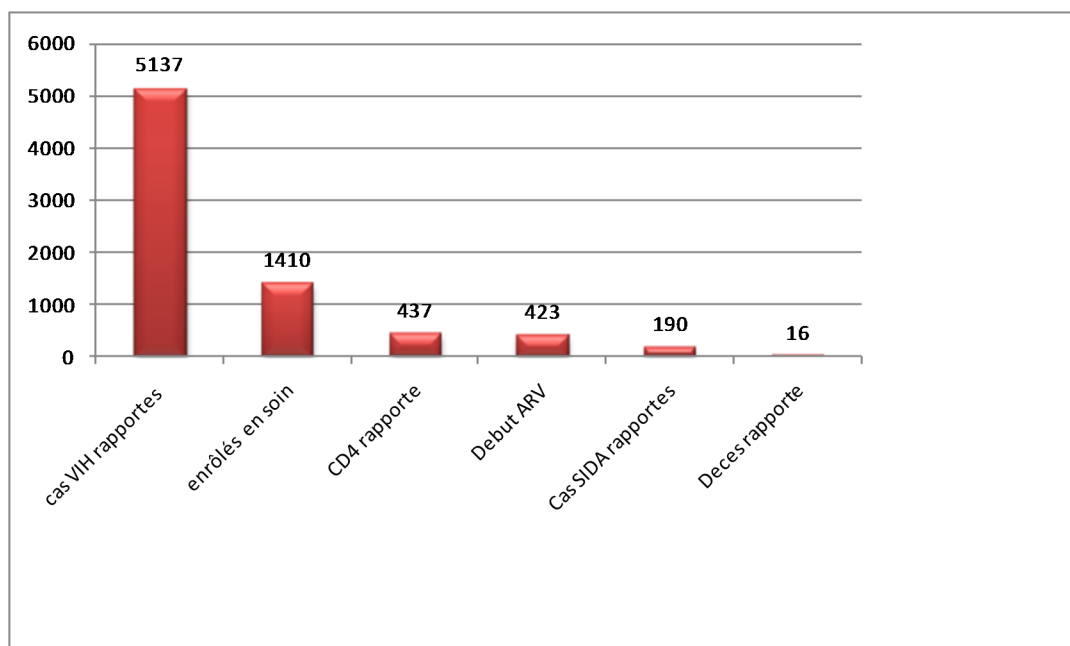
L'ETME constitue l'une des stratégies de la Riposte nationale dans la lutte contre le VIH. Ainsi, le statut des femmes au moment du diagnostic constitue un aspect important dans la surveillance du VIH. Les deux graphes ci-dessus montrent le nombre et la proportion de femmes enceintes VIH positif rapportées.



Cas VIH rapportés par groupe d'âge

Le graphe ci-contre présente la distribution des cas de VIH par groupe d'âge pour le 1^{er} trimestre. On constate que le plus grand nombre de cas se trouvent dans les tranches d'âge de 20-29 ans et 30-39 ans, suivi du groupe 40-49 ans. Une portion importante du groupe d'âge sexuellement actif et en âge de procréer (15-49ans). Ce graphe laisse également supposer une amélioration dans la qualité des données, en termes de documentation de l'âge des patients (âge inconnu pour 19 sur 5.137 cas rapportés)

Cascade des événements sentinelles de l'infection au VIH pour le premier trimestre



N.B : Ces valeurs pourraient être modifiées lors de prochaines publications en raison de certaines données manquantes pour la période d'analyse.

Sur ce graphe, nous pouvons observer l'évolution de l'ensemble des nouveaux cas de VIH pour le 1^{er} trimestre. Sur les 5137 cas rapportés, 1410 (27.5%) ont été enrôlés en soin ; 437 (8.5%) ont un compte de CD4 rapporté ; 423 (8.2%) ont débuté la prise des ARV ; 190 (3.7%) sont au stade sida ; et 16 (0.3%) ont été rapportés décédés. Lorsque l'on considère le poids des femmes et des femmes enceintes parmi les nouvelles infections, on souhaite que les futures analyses des données de surveillance du VIH montrera une augmentation du taux d'enrôlement tant en soin que sous ARV.

Traitement antirétroviral

Les lignes directrices combinées de l'OMS publiées en juin 2013 indiquent sans ambiguïté que le TAR peut constituer un des piliers de la prévention si nous voulons réduire et/ou mettre fin à l'épidémie VIH. Depuis le premier numéro, nous ne cessons d'écrire que le paradigme de la prévention a changé nous basant sur des confirmations scientifiques solides (Quinn et al, 2000; Castilla et al, 2005; Lima et al, 2008; Granich et al, 2009). Nous continuerons à écrire que le TAR initié précocement est une ressource stratégique à forte valeur structurante dans les pays à revenu bas ou moyennement bas pour prévenir l'infection à VIH. Les premiers résultats de l'étude ANRS « Temprano Social » en cours de réalisation à Côte d'Ivoire montrent que le TAR initié précocement réduirait le risque de transmission du VIH au dernier rapport sexuel de 90% (Jean et al, 2013). Les principaux résultats sont attendus en décembre 2014. Une étude à suivre de près.

Nous analysons dans cet article les données du TAR de janvier à mars 2013 retrouvées sur MESI et les comparons à celles de la même période de l'année antérieure. L'année 2012 a été une année fructueuse (PNLS, février 2013); en conséquence, nous essayons de prédire quelle serait la tendance en fonction de la cible à atteindre pour l'année 2013 à partir des résultats obtenus au cours du premier trimestre. 2015 est bientôt à nos portes! Les lignes directrices et d'autres documents d'importance majeure publiés par l'OMS et l'ONUSIDA arrivent à point nommé. Ils devront nous aider à faire rapidement l'évaluation du chemin à parcourir d'ici à cette échéance, notamment en ce qui attrait à l'objectif 6 des ODM. Nous profitons de l'opportunité de la parution de ces documents pour identifier certaines des implications des lignes directrices combinées de l'OMS sur le PNLS dans son ensemble.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à mars 2013

Le nombre de nouveaux patients PVVIH enrôlés sous TAR au premier trimestre de l'année 2013 est de 4045. Le nombre de femmes, y compris les femmes enceintes, est de 2622; soit un ratio de 1 homme pour 2 femmes parmi les nouveaux enrôlés ayant accès au TAR. Cette tendance confirme à l'échelle nationale ce que certaines études ont déjà prouvé et que des rapports mondiaux en apporte une fois de plus la preuve que les femmes ont recours aux soins plus souvent que les hommes (Hulka et al.,

Tableau 1. Répartition des nouveaux enrôlés selon le sexe et le statut de la femme. 1^{er} trimestre 2013.

Mois	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total
Janvier	393	562	265	46	1266
Février	439	629	212	42	1322
Mars	444	711	243	59	1457
Total	1276	1902	720	147	4045

75,0% des nouveaux enrôlés sous TAR le sont au niveau de 3 départements : Ouest, Artibonite et Nord. Le département de l'Ouest représente à lui seul 50,0%. Cette répartition suit la même tendance que celle indiquée dans le bulletin numéro 2.

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 1^{er} août 2013.

Tableau 2. Distribution des nouveaux enrôlés en TAR selon le département. 1^{er} trimestre 2013.

Département	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée
Ouest	624	928	329	64	1945	48,1	48,1
Artibonite	165	262	114	30	571	14,1	62,2
Nord	143	243	110	11	507	12,5	74,7
Sud	90	111	24	9	234	5,8	80,5
Centre	85	108	28	8	229	5,7	86,2
Nord ouest	37	63	30	8	138	3,4	89,6
Sud est	33	29	10	4	76	1,9	91,5
Grande anse	30	49	30	8	117	2,9	94,4
Nord est	46	71	30	3	150	3,7	98,1
Nippes	23	38	15	2	78	1,9	100,0
Total	1276	1902	720	147	4045	100,0	

Source : MSPP/PNLS, www.mesi.ht 1^{er} août 2013.

Ils sont au nombre de 11, les réseaux de partenaires qui administrent le TAR aux PVVIH qui ont recours à des soins dans le système de santé. 2 sur 3 patients (66,0%) sous TAR ont été enrôlés au niveau de 3 réseaux de partenaires : GHESKIO, UGP/MSPP/PEPFAR et PIH/ZL.



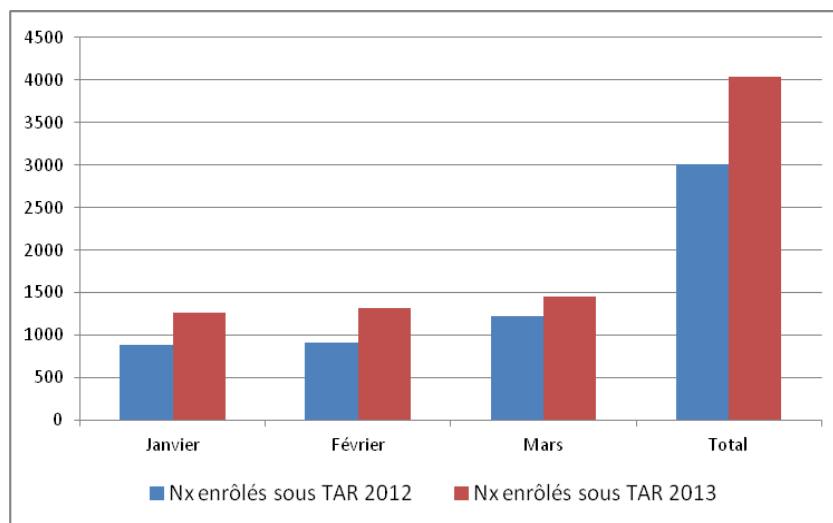
Tableau 3. Distribution des nouveaux enrôlés en TAR au cours du premier trimestre de l'année 2013 selon le réseau de partenaires 2013

Réseau	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée
GHESKIO	412	557	125	40	1134	28,0	28,0
UGP/MSPP/PEPFAR	240	469	222	34	965	23,9	51,9
PIH/ZL	180	259	104	29	572	14,1	66,0
MSH	108	184	122	12	426	10,5	76,5
ICC	135	143	28	2	308	7,6	84,1
CMMB	90	135	31	9	265	6,6	90,7
ITECH	35	45	45	16	141	3,5	94,2
Université Miami	21	40	13	2	76	1,9	96,1
CDS	27	30	14	0	71	1,8	97,9
Université Maryland	16	23	8	2	49	1,2	99,1
FOSREF	11	16	8	0	35	0,9	100,0
Inconnu	1	1	0	1	3	0,0	100,0
Total	1276	1902	720	147	4045	100,0	

Au 31 janvier 2013, le total des nouveaux enrôlés sous TAR est de 1266; si nous calculons la moyenne arithmétique des mois de février et de mars et la multiplions par 9, nous obtiendrions le total des nouveaux enrôlés pour les 3 autres trimestres de 2013 qui pourrait être de 12.501. Au 31 décembre 2012, le total des patients actifs sous TAR était de 43.156. En additionnant le résultat atteint en 2012, celui du premier trimestre 2013 et le total des 3 autres trimestres 2013 en fonction du résultat du premier trimestre, nous pouvons espérer un résultat de patients actifs sous TAR supérieur à 60.000 et également une couverture supérieure à 80%.

Nous notons avec satisfaction que le total des nouveaux enrôlés au premier trimestre 2013 a largement dépassé celui du premier trimestre 2012, soit d'environ 33,0%.

Graphe 1. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR au premier trimestre de 2012 et de 2013.



2.2 Co-infection VIH TB

Le 24 mars dernier a été l'occasion pour différents acteurs de la Riposte nationale contre la TB de discourir sur le thème « **plus de TB de mon vivant** ». Au-delà du discours, les programmes TB et VIH doivent construire ensemble de symboles à partir duquel la collaboration TB/VIH en Haïti projetterait une image de symbiose et de renforcement pour combattre cette double épidémie. La TB reste la première infection opportuniste en cas d'infection par le VIH et environ 40 % des tuberculeux sont infectés par le VIH (WHO, 2012).

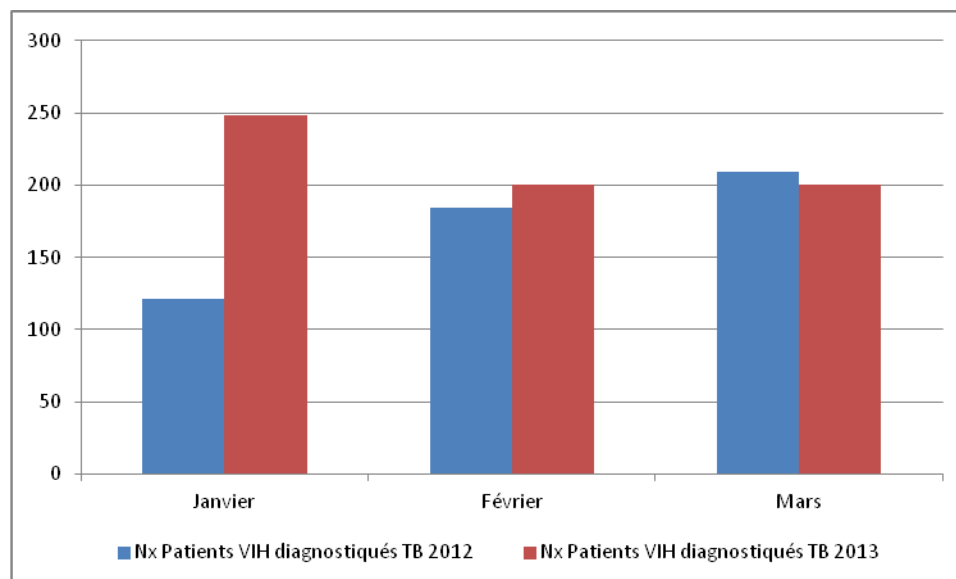
Tableau 4. Distribution des nouveaux patients PVVIH diagnostiqués et traités pour TB au cours du 1^{er} trimestre 2013

Mois	Patients actifs sous ARV	Total de patients co infectés	Nx patients PVVIH diagnostiqués pour TB	Nx patients PVVIH sous Rx anti TB	Proportion de Nx patients diagnostiqués sous RX TB
Janvier	44092	397	248	193	77,8
Février	44916	314	200	210	105,0
Mars	45908	381	200	191	95,5
Total			648	594	91,7

648 nouveaux patients VIH ont été diagnostiqués tuberculeux au cours du premier trimestre 2013. Il est impossible de calculer la proportion de dépistage du TB chez les PVVIH sous TAR car MESI ne fournit pas actuellement de données sur le nombre de PVVIH sous TAR ayant bénéficié d'un test diagnostic de la TB. Il reste important de savoir la fréquence en valeur absolue pour se faire une idée de la Tuberculose chez les patients VIH.

Sur 648 patients sous TAR diagnostiqués TB, 594 ont été mis sous traitement anti TB, soit une proportion de 96 % environ. L'idéal est d'obtenir une proportion de 100 % en fin d'année civile.

Graphique 2. Répartition des nouveaux patients VIH sous traitement TB au premier trimestre de 2012 et de 2013.



2.3 Elimination de la transmission mère enfant

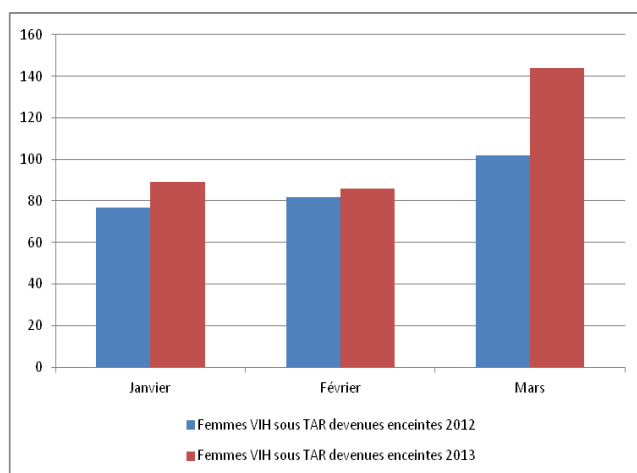
Le total des femmes enceintes VIH traitées représente le nombre de nouvelles femmes enceintes sous TAR et le nombre de celles qui étaient déjà sous TAR devenues enceintes au moment du diagnostic de la grossesse. Nous savons déjà, qu'au cours de ce trimestre, les femmes dans leur ensemble représentent 66 % du total des nouveaux enrôlés sous TAR. La proportion des femmes VIH sous TAR devenues enceintes représente 30 % des femmes enceintes VIH traitées.

Tableau 5. Répartition des femmes enceintes VIH traitées, des enfants diagnostiqués par PCR et des enfants VIH+ de janvier à mars 2013.

Mois	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total FE VIH traitées	Enf DX PCR	Enf VIH+	TME en %
Janvier	89	339	350	35	10,0
Février	86	310	331	28	8,4
Mars	144	405	280	22	7,8
Total	319	1054	961	85	8,8

Il est impossible de faire la relation entre les enfants bénéficiant d'un PCR et le nombre de femmes enceintes VIH traitées. Cela ne peut être fait que dans le cadre d'une enquête de cohorte rétrospective.

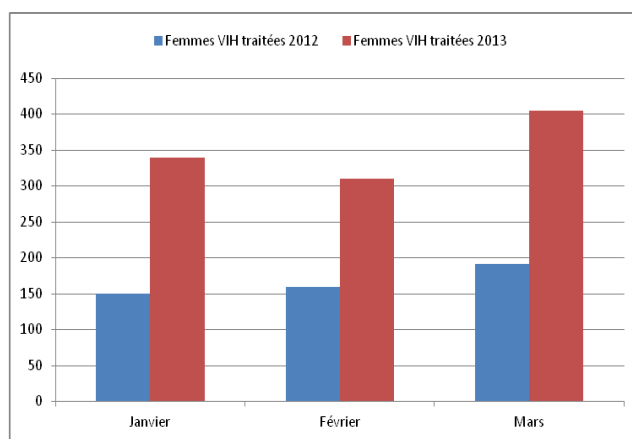
Graphique 3. Répartition des femmes VIH sous TAR devenues enceintes. 1^{er} trimestre de 2012 et de 2013.



Le mois de Mars a fait la différence en 2013. Nous constatons que moins de femmes sous TAR étaient tombées enceintes en 2012. Nous ne connaissons pas l'ampleur de la situation des femmes VIH qui désirent avoir des enfants, mais il serait souhaitable que des études y soient conduites et que les réseaux de partenaires en soient conscients et fassent ce qui est nécessaire pour bien encadrer cette catégorie de femmes.

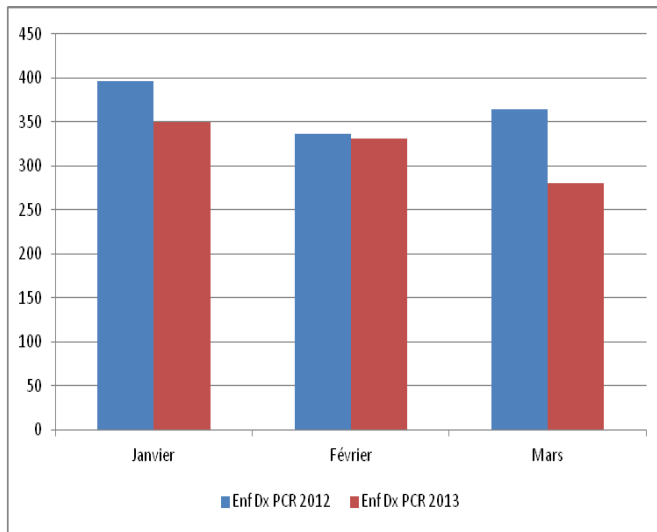


Graphique 4. Répartition des femmes VIH enceintes sous TAR. 1^{er} trimestre de 2012 et de 2013.

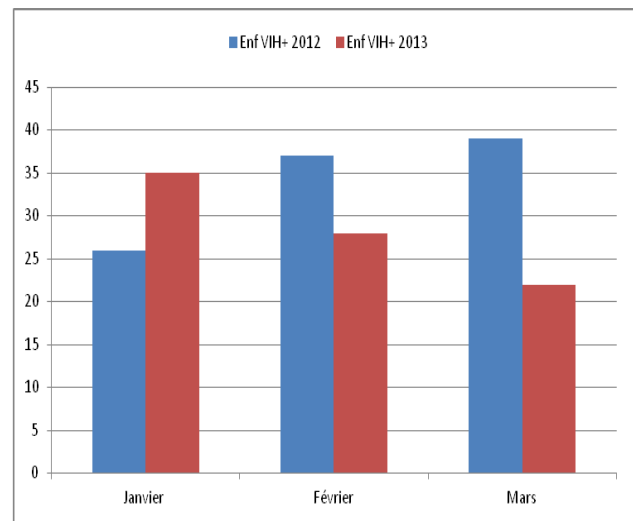


Il est évident, à un simple coup d'œil du graphique ci-dessus, que les femmes nouvellement enrôlées sous TAR du premier trimestre 2013 sont 2 fois plus nombreuses que celles du premier trimestre 2012. Si nous revenons au tableau 3, nous remarquons que la moitié de ces patientes sont prises en charges pour le TAR au niveau de 2 réseaux : GHEKIO et UGP/MSPP/PEPFAR.

Au cours du premier trimestre 2013, nous avons noté une diminution de la proportion de transmission de la mère à l'enfant en passant de 10,0 % en janvier à 7,8 % au mois de mars. La proportion trimestrielle arithmétique moyenne est de 8,8 %.

Graphique 5. Répartition des tests diagnostics par PCR. 1^{er} trimestre de 2012 et de 2013.

Le nombre d'enfant ayant bénéficié d'un test diagnostic au premier trimestre 2013 par PCR a diminué, si nous faisons la comparaison à celui de l'année 2012; mais si nous nous référons au bulletin numéro 2, il a augmenté au regard du dernier trimestre de l'année 2012.

Graphique 6. Répartition des enfants diagnostiqués VIH par PCR. 1^{er} trimestre de 2012 et de 2013.

Le nombre d'enfants diagnostiqués VIH a diminué de janvier à mars 2013, en termes de fréquence absolue, de 35 à 22. Si nous le comparons également pour le premier trimestre de l'année 2012, il a diminué également passant de 102 à 85.

3. Implications des nouvelles lignes directrices combinées de l'OMS sur le PNLS

Les lignes directrices combinées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection viennent tout juste d'être publiées au mois de juin 2013. Nous estimons que ces lignes sont déjà d'une importance majeure sur le développement des programmes à l'échelle mondiale qu'il en vaille la peine de commencer à les analyser et de jeter un regard critique sur les implications à court, à moyen et à long terme sur le programme haïtien de lutte contre le sida. Dans cet article, nous nous intéressons sur la conduite éventuelle à tenir par l'ensemble des acteurs de la Riposte nationale face au VIH/sida à très court terme, les autres numéros s'adresseront aux enjeux à court terme, à moyen et à long terme.

3.1 Résumé des lignes directrices combinées

Le TAR a un impact énorme sur la prévention des décès et des nouvelles infections. Depuis 2011, nous savons avec un haut niveau de preuve que la mise sous TAR de personnes infectées par le VIH réduit de 96% le risque de transmission du VIH au sein de couples stables (Cohen et al, 2011). L'espérance de vie chez un patient qui prend bien son TAR est pratiquement la même que chez une personne normale. Une étude réalisée en Afrique du sud a révélé que l'âge médian au décès a augmenté de façon spectaculaire, un gain de 18 ans en à peine 8 années (Bor et al, 2013). Une autre étude, également réalisée en Afrique du sud, a démontré l'existence d'une relation entre la couverture et le taux d'incidence. Les personnes non infectées vivant dans une zone où la couverture antirétrovirale est de 30 à 40% ont, en moyenne, un risque réduit de 40% d'être infectées que celles vivant dans une zone où la couverture antirétrovirale est inférieure à 10%, toutes choses étant égales par ailleurs (Tanzer, 2013).

Dans le but d'exploiter au maximum l'énorme impact du TAR sur la prévention des décès et des nouvelles infections au VIH, l'OMS a révisé ses lignes directrices qui recommandent (OMS, 2013) :

- Une initiation plus précoce du TAR;
- Une mise sous TAR immédiate dans certaines circonstances.

D'après les nouvelles lignes directrices, le TAR doit être instauré :

- Plus tôt dès que la numération des CD4 est ≤ 500 cellules/mm³;
- Immédiatement quelque soit la numération des CD4 pour les couples sérodiscordants, les femmes enceintes vivant avec le VIH, les séropositifs atteints de TB ou d'hépatite B et les enfants de moins de cinq ans qui vivent avec

3.2 Classification des pays selon la couverture en TAR

Analysant l'évolution actuelle des programmes de TAR à travers le monde, l'OMS propose une classification des pays en 3 grandes catégories :

- La première comprend les pays qui fournissent déjà un TAR à 80% au moins des personnes qui remplissent les critères pour en bénéficier;
- La deuxième inclut les pays qui sont en dessous de 80% mais qui peuvent atteindre les 80% de couverture d'ici à 2015;
- La troisième est celle des pays qui souffrent de graves faiblesses structurelles de leur système de santé et de gouvernance et qui n'atteindront pas les 80% de couverture en 2015.

Le cadre de performance du PSNM 2008 – 2012 réaménagé avec extension à 2015 fixe les cibles à atteindre de 44 indicateurs que le PNLS devrait mesurer selon une périodicité arrêtée. Certains de ces indicateurs avaient fait l'objet d'un article dans le bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti numéro 2. L'indicateur qui retient notre attention est celui en rapport avec le TAR. Le Tableau ci-dessous indique les cibles qui avaient été prévues avec un taux de CD4 ≤ 350 cellules/mm³.

Tableau 6. Cibles du TAR dans le cadre de performance du PSNM avec extension à 2015.

Indicateurs	Données de base			Cibles			Fréquence de collecte	Méthode de collecte
	valeur	année	source	2013	2014	2015		
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

En décembre 2012, Haïti avait mis sous TAR 43.156 patients, ce qui le rapprochait déjà de la cible fixée pour 2013. Certains acteurs proposaient au début de 2013 une nouvelle détermination de certaines cibles, étant donné que les stratégies d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre dans presque tous les sites offrant des services VIH/sida permettaient à tous les projets d'améliorer leur performance. Cette actualisation peut se faire aisément avec l'aide de l'organe officiel du PNLS de diffusion des informations stratégiques qu'est le bulletin épidémiologique VIH/sida.

L'effet « TAR en tant qu'outil de prévention » en population dépend du taux de couverture efficace par le traitement (Yeni, 2013). Avec la nouvelle donne des nouvelles lignes directrices combinées, une révision du cadre de performance du PSNM 2008 – 2012 s'impose. Récemment, a été tenu à Dakar un atelier sur les projections et estimations épidémiologiques VIH/sida pour les pays de l'Afrique francophone et Haïti y avait pris part. Selon les estimations faites à l'aide du logiciel spectrum et tenant compte des nouvelles lignes directrices combinées, le tableau ci-dessous indique le niveau d'effort à faire si nous décidons de les appliquer tout en restant à l'intérieur du cadre de performance du PSNM 2008 -2012 avec extension à 2015 qui vise une couverture en TAR en 2015 à 85%.

Tableau 7. Potentielles cibles sous TAR de 2013 à 2015 en fonction du taux de CD4.

Besoin ARV	2013	2014	2015
PVVIH éligible à $CD4 \leq 350$	77000	86500	92500
PVVIH éligible à $CD4 \leq 500$	102600	114400	120500
Cibles actuelles en fonction $CD4 \leq 350$	44000	54000	61400
Cibles en fonction $CD4 \leq 500$	58629	71417	79986
Effort supplémentaire exigé par les lignes directrices combinées	14629	17417	18586

Source : MSPP/PNLS, Estimations 2013

Haïti se situe au niveau du troisième groupe compte tenu de la transition difficile qu'elle connaît depuis 25 ans, mais elle pourrait se situer au niveau du 2^e groupe si les acteurs de la Riposte décident de renouveler et de revitaliser les partenariats actuels qui soutiennent la mise en œuvre du PNLS.

3.3 Enjeux à très court terme liés aux directives combinées

Nous essayons d'identifier les principaux enjeux à très court terme dans le cadre du présent article et les actions éventuelles qui pourraient faciliter au Programme l'atteinte des cibles fixées pour le TAR par le PSNM. L'OMS dans le « Point de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : résultats, impact et opportunités, Juin 2013 » propose un cadre d'analyse permettant à tous les acteurs de la Riposte à mieux analyser les environnements dans lesquels s'effectue la mise en œuvre des programmes TAR, à identifier les lacunes et à trouver des solutions adaptées aux pays en fonction d'un ensemble de pistes de réflexion. Le schéma ci-dessous indique les 4 grandes étapes du continuum de soins permettant de tirer parti pleinement du TAR sur la prévention des décès et des nouvelles infections à VIH.

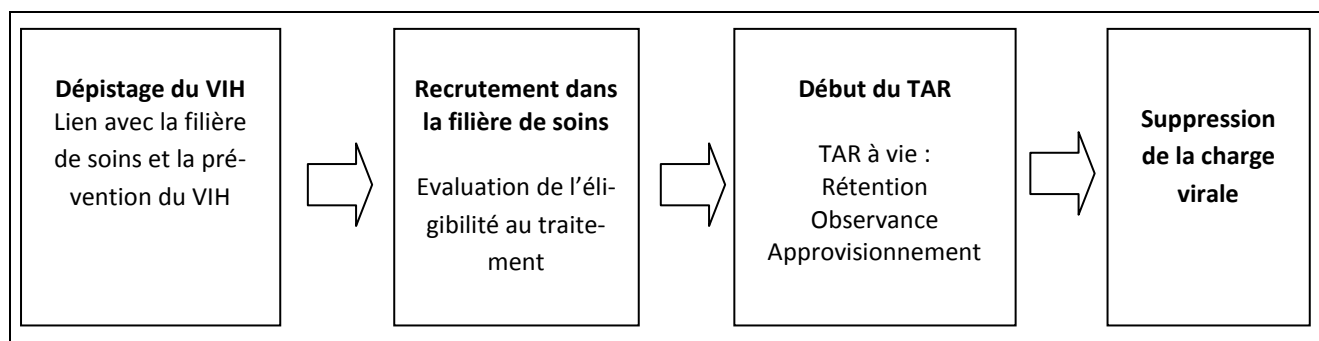


Figure 1. Continuum de soins et TAR

Tel que le TAR est présenté dans cette modélisation, il apparaît comme un phénomène complexe. Il l'est effectivement, si nous tenons compte des 3 principales caractéristiques d'un phénomène complexe : imprévisibilité, récursivité et complexité (Avenier, 1997). Ce serait trop simpliste de prétendre, à l'heure actuelle, que de toute façon le TAR va entraîner la fin de l'épidémie. Nous pensons que toutes les interventions liées à un changement de paradigme nécessitent des transformations sociales que si elles ne sont pas institutionnalisées et internalisées peuvent conduire à des résistances au changement de la part des acteurs et à l'échec (Lewin, 1948 ; Champagne, 2002; Kippax, 2013).

Cette modélisation est intimement liée à la cascade du traitement du VIH ou cascade de soins pour le VIH que nous allons analyser plus bas. Nous prenons à titre d'exemple la cascade du traitement VIH du premier trimestre 2013 qui est inscrite au niveau de l'article sur la notification de cas dans le bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti numéro 4. La cascade, de même que la modélisation du continuum de soins et du TAR, n'est pas homogène et, à chaque marche de l'escalier, certains patients tombent entre les mailles du filet en raison des obstacles à se faire dépister, à rester dans les soins, à démarrer un TAR et à y adhérer. En ce qui concerne la rétention nous reprenons, tel que relaté à travers un article dans le bulletin # 3, les principaux obstacles cités par les prestataires lors de l'enquête sur la rétention en 2012.

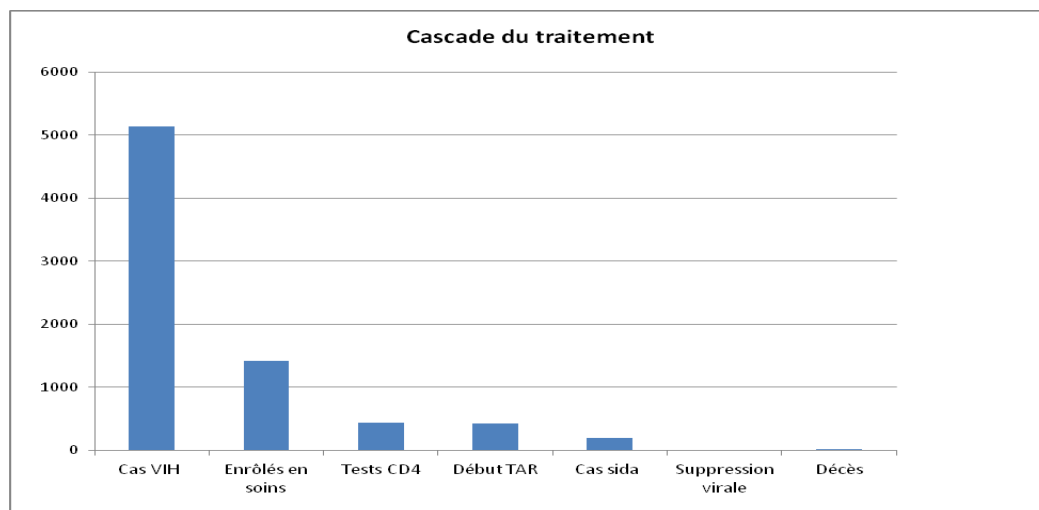
- Difficultés économiques,
- Frais de transport insuffisant,
- Support alimentaire faible et inadéquat,
- Manque de soins globaux,
- Stigmatisation,
- Temps d'attente trop long,

Manque de confidentialité.

Nous promettons à nos chers clients une cascade du traitement de 2002 à 2012 dans le dernier numéro du bulletin de l'année 2013 au 1^{er} décembre. Il est impossible de le faire quant à présent car il nous faut discuter des différents paramètres de la cascade avec NASTAD qui gère la base de surveillance dont la question des cas estimés.

Ainsi, dans la cascade du traitement du premier trimestre 2013, il manque une variable d'importance majeure : les cas estimés. Mais, cela n'empêche qu'à partir de cette cascade nous pouvons déduire que la couverture en TAR est assez faible, car sur une cohorte de 5137 cas VIH rapportés, 27% sont enrôlés en soins, 9% ont eu un test CD4 et seulement 8% sont sous TAR. Soulignons que pour cette cohorte, il est trop tôt pour connaître le nombre de gens de cette cohorte qui sont arrivés à la suppression virale (charge virale < 50 copies/ml).

Graphique 7. Cascade du traitement VIH premier trimestre 2013.



Source : HASS

Les enjeux que nous avons identifiés à très court terme ne sont pas financiers, ils sont fondamentalement d'essence épistémologique et/ou ontologique.

- Le premier enjeu est informationnel. Les parties prenantes de la Riposte nationale ne peuvent plus ignorer ces informations capitales générées par la cascade du traitement. Elles doivent être utilisées de façon opportune, judicieuse et méthodique aux fins de transformation des partenariats actuels dans le but de retenir dans le système de soins les 100 % de personnes qui auront été notifiées cas VIH. Nous ne pouvons plus nous asseoir sur nos lauriers; il nous faut poser la question que faire pour augmenter le taux d'enrôlement dans nos filières de soins?
- Le deuxième enjeu est programmatique. Nous savons, depuis la rencontre qui a été tenue au mois de mai 2013 au local de la Coordination Technique du PNLS, que le réseau PIH/ZL a déjà commencé à utiliser comme l'un des critères d'éligibilité, le taux de $CD4 \leq 500/mm^3$. Nous sommes incapables de prendre les décisions appropriées au bon moment. Quels seraient les mécanismes qui permettraient au patient de Tiburon de bénéficier en temps réel de la même qualité de soins que celui qui vit à Cange ? Au moins, faisons l'effort de mettre en place des systèmes de veille capables de mobiliser toutes les ressources, y compris informationnelles nous permettant d'améliorer nos capacités d'anticipation et d'actualiser nos normes de prise en charge à temps. Des pays tels que l'Algérie et le Brésil offraient déjà le TAR à toute personne ayant moins de 500 CD4, bien avant la publication des directives combinées de l'OMS.
- Le troisième enjeu relève de la vision stratégique. Si nous prenons conscience de l'effort à faire pour amener Haïti d'ici 2015 à une couverture en TAR de 85 %, la question du modèle de soins devrait nous interpellier pour approfondir les réflexions sur un système de soins permettant de suivre sur le long terme des milliers de patients VIH sous TAR et en bonne santé. La prise en charge antirétrovirale est hospitalocentrée en Haïti; rien n'est encore produit sur la transformation de ce modèle. Essayons de rêver une Haïti en 2016 avec un taux de rétention à 60 mois supérieur à 90% ! Nous pouvons mettre en place des systèmes d'alerte précoce et de surveillance de la résistance aux traitements VIH pour détecter à temps les modifications de la pharmacorésistance.
- Enfin, le quatrième est de nature sociétale. Nous savons depuis l'étude sérocomportementale de PSI en 2011 auprès des HARSAH et des TS que la prévalence de l'infection VIH est élevée dans ces groupes.

Lors d'une rencontre sur l'analyse des gaps en matière de prévention au sein du forum des SR des subventions VIH/sida financées par le Fonds Mondial en Haïti, des discussions ont eu lieu sur les choix stratégiques à faire en matière de prévention

Au cours de cette rencontre une analyse d'un professionnel de santé publique aguerri, se basant sur un exercice du Centre d'Analyses des Politiques de Santé a démontré que 70% des nouvelles infections VIH sont liées aux HARSAH et TS. Au regard de la loi haïtienne, ces 2 groupes représentent des comportements déviants et non des identités à part entières, même si ce sont des groupes minoritaires au sein de la société haïtienne. Avons-nous déjà réfléchi sur l'approfondissement des résultats de l'enquête de PSI, sur une meilleure connaissance des réseaux et des pratiques sexuelles, une meilleure connaissance du recours aux soins au sein de ces 2 groupes quand ils en ont besoin et sur l'identification de services adaptés à leur situation de groupes marginaux ?

Les actions à prendre à très brève échéance ne nécessitent pas d'investissement financier extraordinaire :

- Une actualisation du manuel de normes de prise en charge qui pourrait être publiée d'ici la fin septembre 2013. Une circulaire des principales modifications pourrait être incluse dans le prochain numéro du bulletin épidémiologique.
- Une révision des cibles relatives au TAR, à la collaboration TB/VIH et à la PTME dans le cadre de performance du Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 – 2012 réaménagé avec extension à 2015. Cette révision pourrait être publiée dans le prochain numéro du bulletin épidémiologique.



3.4 Conclusion

Beaucoup de questions soulevées dans cet article et peu de solutions proposées. Mais, le fait de poser des questions est déjà une piste de solution. Certains diront que les réponses aux défis posés par les nouvelles directrices combinées doivent être holistiques et systémiques. A ce sujet, nous répondons oui. Il est tout à fait évident que si nous voulons arriver à un taux de rétention sous TAR supérieur à 90%, nous devons repenser notre modèle de soins pour les pathologies chroniques; mais ceci n'empêche pas que tous les réseaux de partenaires devraient faire l'exercice sur le comment améliorer leur taux de dépistage, de rétention en soins palliatifs, de rétention sous TAR, etc. Dans le prochain numéro, nous traiterons des enjeux à court terme et des défis pour lesquels nous pouvons apporter des réponses dans l'immédiat.

Références

- Avenier, M.-J. : « Une conception de l'action stratégique en milieu complexe : la stratégie tâtonnante, »La stratégie « chemin faisant ». Paris : Economica, 1997, chap. 1, 7-35.
- Bor, J., A. J. Herbst, M.-L. Newell, and T. Barnighausen. 2013. "Increases in Adult Life Expectancy in Rural South Africa: Valuing the Scale-Up of HIV Treatment." *Science* 339 (6122) (February 21): 961-965. doi:10.1126/science.1230413.
- Castilla J et al., *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005, 40(1) :96-101.
- 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.
- Hulka B S. Wheat J R. Patterns of utilization. The patient perspective. *MEDICAL CARE*, May 1985. Vol 23, No 5.
- Granich RM et al., *The Lancet*, 2009, 373 :48-57.
- Jean K, Gabillard D, Moh R, Danel C, Fassassi R, Desgrées-du-Loû A, Eholié S, Lert F, Anglaret X, Dray-Spira R. Early Antiretroviral Therapy, Sexual Behaviors and HIV-1 Transmission Risk: Estimates from the Temprano-ANRS 12136 Randomized Controlled Trial. IAS 2013.
- Kippax S. Does TasP Spell the End of the Epidemic? 2nd International Conference for the Social Science and Humanities in HIV, Paris, session CS30, 2013.
- Lima VD et al., *J Infect Dis*, 2008, 198(1) :59-67.
- Lewin, K. *Resolving Social Conflicts*. New York: Harper and Row Publishers. 1948.
- OMS. Le Point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : résultats, impact et opportunités. Juin 2013 Résumé.
- OMS. Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Résumé des principales caractéristiques et recommandations. Juin 2013.
- PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti, numéro 2. Février 2013.
- Quinn TC et al., *N Engl J Med*, 2000, 342 :921-9.
- WHO. *Global Tuberculosis Report*. 2012.
- Yeni, P. Les défis de la mise en œuvre du traitement comme prévention. Situation actuelle et perspectives : le point de vue du CNS. Consultation pays. Paris, France. 11 et 12 avril 2013.



Nouvelles en bref

- Lancement du projet "Offre de charge virale dans 4 institutions du département de l'ouest qui dispensent des soins de prise en charge IST/VIH/SIDA. Environ 3000 patients vont bénéficier de deux tests de charge virale sur la durée du projet (12 mois).
- Le test de charge virale permet de mieux diagnostiquer l'échec de thérapeutique chez les patients sous ARV depuis au moins 6 mois. Le projet coordonne par le PNLS et LSWS est supporté par CDC, CHAI.
- Le document de norme de prise en charge clinique et thérapeutique des nourrissons et enfants infectés ou exposés au VIH/Sida est disponible actuellement au PNLS. La diffusion de ce document a déjà été initiée à travers le réseau UGP et continuera graduellement à travers les autres réseaux.
- Une rencontre sur les résultats préliminaires des estimations et projections de 2013 a été réalisée par le PNLS en collaboration avec l'ONUSIDA. Les résultats définitifs feront l'objet d'une publication d'ici fin septembre 2013.
- Du 24 au 25 juillet 2013 une réunion des régions d'Amérique Latine et Caraïbes a eu lieu à Santo Domingo. Le but de cette initiative était de renforcer la représentation de l'Amérique Latine et des Caraïbes au niveau de la structure de gouvernance du Fonds mondial. 2 Cadres du ministère travaillant au niveau de ce programme ont pris part à cette réunion qui a permis de mieux comprendre le nouveau modèle de financement du Fonds mondial.
- Du 26 au 28 juin a eu lieu au Cap-Haïtien Villa Cana le premier Cluster de communication organisé par le PNLS avec l'appui de la direction sanitaire du Nord. L'objectif de ce cluster était de :
 1. Renforcer la coordination des interventions de communication pour la prévention du VIH/Sida
 2. Susciter la redynamisation des clusters départementaux
 3. Dresser un état d'avancement des interventions planifiées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de communication.
 4. Planifier les activités pour le trimestre juillet - septembre.

La participation et l'engagement des autres secteurs tels : la Police, Condition Féminine, Affaires Sociales, Jeunesse et Sports, Education Nationale dans la lutte contre les IST/VIH/Sida. Le rêve tant convoité de la multisectorialité prôné par le Plan Stratégique national Multisectoriel (PSNM) réaménagé de 2008 à 2012 avec extension à 2015 a encore une chance de se concrétiser avant la fin de 2015 si cet élan de cœur manifesté au cours de ce cluster perdure au fil des temps. Exemple à suivre.

Bientôt vous recevrez un compte rendu de ce cluster et également vous pouvez le télécharger sur le site web du ministère : <http://mspp.gouv.ht/newsite/>

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

