

BULLETIN DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE VIH/SIDA



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



PNLS

Programme National de Lutte
contre les IST/VIH/SIDA

Decembre 2013

Une idée, une réflexion...

Chers lecteurs,

Il n'est pas aisé pour un Ministre de la Santé, surtout un Ministre-femme, lors de ses entretiens avec des patients, des gens qui souffrent dans nos établissements de soins, de leur dire que nous allons réfléchir, planifier, organiser, arranger et que sais-je encore. Le malade a besoin d'un soulagement, d'une parole réconfortante, d'un geste, d'une action immédiate pour calmer ses souffrances. Comment faire de telle sorte que nos actions indispensables de gestion et de planification puissent être ressenties par nos malades, nos communautés, nos vieillards, nos femmes, nos hommes et nos enfants comme faisant partie de cette parole réconfortante qui fait espérer et qui soulage?

Je suis profondément attristée, à l'occasion de ce 1er décembre 2013, de constater tous les ravages que le sida a occasionnés dans notre pays. Les estimations publiées dans le numéro 5 du bulletin VIH/sida en Haïti indiquent 8.200 nouveaux cas d'infection et 6.000 décès par année. Avec les résultats du dernier EMMUS, nous savons maintenant que l'épidémie à VIH est sous contrôle; mais nous n'avons pas encore inversé la tendance. Que faire de plus?

Je lisais récemment le titre d'un article d'un journal sur internet et cela a attiré mon attention : « voir, venir, réfléchir, proposer ». J'ai beaucoup réfléchi sur ces 4 verbes et sur mes actions actuelles au sein du Ministère de la Santé en tant que Ministre et aussi en tant que Citoyenne aimant beaucoup mon pays comme mon propre être.

Voir. Je me suis engagée au sein du gouvernement Martelly-Lamothe pour réformer notre système de santé, non pas pour faire une réforme en soi, mais pour soulager, pour prévenir, pour promouvoir de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires face à des maladies comme le sida. Nous avons fait le diagnostic que notre système de santé est malade et qu'il faille le réformer.

Venir. En acceptant le poste de Ministre, je me suis attelée à avoir des repères, à fonder mes actions sur des convictions profondes et des valeurs qui tiennent compte de notre histoire, de nos coutumes et de nos traditions en tant que peuple. Je me suis dit que je vais être confrontée à des difficultés, à des obstacles, au statu quo, à l'inertie du système; mais que je ne devrais en aucun cas fléchir ou nier des convictions comme le droit du peuple haïtien à la santé.

Réfléchir. Comme dit ce dicton : « Nul vent ne peut emmener

un capitaine à bon port, s'il ne connaît point sa destination»; l'une de mes premières démarches a été d'organiser des assemblées départementales et ensuite les états généraux de la santé pour que de façon consensuelle nous sachions ce que nous voulons pour le bien-être du peuple haïtien.

Proposer. J'ai proposé au gouvernement haïtien et à l'ensemble des acteurs du secteur de la santé une Nouvelle Politique de Santé, issue des entrailles des assemblées départementales et des états généraux de la santé. Cette politique est notre boussole; Elle indique les grandes orientations, sans entrer dans les détails, à appliquer, à mettre en œuvre à travers des plans stratégiques et des plans opérationnels dans le but de promouvoir et de protéger la santé du peuple haïtien.

Alors que faire de plus pour que nous inversions la courbe l'épidémie à VIH en Haïti? Je n'ai pas la prétention de vous proposer de recettes ou de formules magiques; vous savez, j'aime bien les dictons et les proverbes. Je partage ce proverbe irlandais avec vous : « il ne faut pas tirer sur l'herbe pour la faire pousser ». Continuons notre travail mais ensemble! Un jour, nous dirons que notre travail a contribué à concrétiser ce rêve d'une génération sans sida. J'appuie l'atelier qui sera organisé bientôt en Haïti sur l'application des nouvelles normes unifiées de l'OMS en matière du traitement anti rétroviral. Je vois l'avenir avec optimisme et je vous recommande fortement : « voir, venir, réfléchir, proposer » et j'ajoute : agir, agir ensemble.

Je profite pour vous informer que bientôt, je vais inaugurer la nouvelle maternité de l'hôpital Immaculée des Cayes. Ce nouveau pavillon entre dans le cadre général de construction et de rénovation des infrastructures de soins et en particulier de la mise en œuvre du programme de PTME visant à offrir des installations sanitaires modernes et salubres pour que toutes nos femmes enceintes, le moment venu, accouchent dans de bonnes conditions.

Allez : voir, venir, réfléchir, proposer et agir ensemble! Tels sont mes souhaits pour un Noël 2013 de Paix, d'Amour et une Année 2014 de Santé et de Progrès pour tous!

Bonne lecture,

Dr Florence Duperval Guillaume
Ministre de la Santé

Sommaire

Liste des acronymes	4
LE MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU MSPP	6
Editorial	8
1. La Notification	9
2. Traitement Anti Rétroviral	14
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à septembre 2013	14
2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés sous TAR	15
2.2.1 Représentation départementale et régionale des nouveaux enrôlés sous TAR.....	15
2.2.2 Représentation partenariale des nouveaux enrôlés sous TAR	17
2.3 Coinfection TB/VIH.....	17
2.3.1 Représentation temporelle de nouveaux patients co infectés.....	18
2.3.2 Représentation départementale et régionale des co infectés	20
2.4 Élimination de la transmission mère enfant	21
2.4.1 Représentation temporo-spatiale des femmes enceintes VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR	21
2.5 Références.....	25
3. Surveillance active de la femme enceinte séropositive	26
3.1 Mise en contexte.....	26
3.2 Phase d'implémentation	26
3.2.1 Phase implémentation : Femmes enceintes séropositives sous surveillance	27
3.2.2 Phase d'implémentation : Suivi des FE sous surveillance	28
3.2.3 Phase d'implémentation : Classification par groupe d'âge	28
3.2.4 Phase d'implémentation: Distribution géographique des sites par départements et par réseaux.....	29
3.2.5 Phase d'implémentation : Année de diagnostic VIH.....	29
3.2.6 Phase d'implémentation : Nombre de visites prénatales.....	30

3.2.7 Progrès de la phase d'implémentation depuis son lancement et conclusion	30
4. Portée et applicabilité du dépistage précoce	32
4.1 Bref rappel historique	32
4.2 Contrôle de l'épidémie.....	32
4.3 Porte d'entrée du continuum de soins en VIH/sida.....	32
4.4 Conclusion et recommandations	33
Nouvelles en bref	34

Liste des acronymes

ARV	Anti Rétroviral
CCM	Country coordination Mechanism (instance de coordination nationale)
CDC	Center for Diseases Control
CDS	Centre pour le Développement et la Santé
CDV/VCT	Centre de Dépistage Volontaire
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CNQD	Comité National de la Qualité des Données en VIH/sida en Haïti
CTPNLS	Coordination Technique du Programme National de Lutte contre le Sida
DELR	Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche
ETME	Élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
ERL	Évaluation Rapide Locale
FM	Fonds Mondial
FOSREF	Fondation pour la Sante de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études du Syndrome de Kaposi et des infections Opportunistes
HASS Haïti)	HIV AIDS Surveillance System (base de données de surveillance épidémiologique du sida en Haïti)
ICASSA	Conférence Africaine sur le Sida et les IST
ICC	International Child Care
ITECH	International Training and Education Center for Health
LNSP	Labortoire National de Santé Publique
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
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
PCR	Polymerase Chain Reaction
PSNM	Plan Strategique National Multisectoriel
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD/FM	Programme des Nations Unies pour le Développement / Fonds Mondial
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis

TAR	Traitement Anti Rétroviral
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNFPA	United Nation Population Fund
USAID	United State Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



LE MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU MSPP

Chers lecteurs,

En ce 1^{er} décembre 2013, je tiens, en tout premier lieu, à remercier tous les acteurs de la Riposte nationale pour les résultats obtenus à date, leur engagement et les nombreux sacrifices consentis pour soutenir les efforts du **MSPP** dans l’accomplissement de sa mission et la mise œuvre des planifications et des projets de l’État Haïtien en vue d’améliorer les conditions matérielles d’existence du peuple haïtien.

Un grand merci aux **PVVIH**! Le **MSPP** est heureux de constater que des associations de PVVIH et des groupes d’entraide se créent un peu partout dans le pays. La plateforme des **PVVIH** est active au sein du **CCM** Haïtien et sollicite de plus en plus une participation active dans tous les processus de décision qui concernent l’avancement de la lutte contre le sida. Le Ministère est à l’écoute des **PVVIH** et fait de son mieux pour garantir que les services qui sont offerts dans tous les établissements du pays soient de qualité. Un merci également aux organisations d’accompagnement des associations de PVVIH et des groupes d’entraide!

Un grand merci aux donateurs privés, bilatéraux et multilatéraux! Qu’ils transmettent les vœux de remerciement du peuple haïtien aux contribuables des pays qui nous aident dans ce combat difficile contre le **VIH**. Qu’ils sachent que le **MSPP** et le gouvernement de la République sont entrain de renforcer toutes ses structures de gestion pour que se développe la culture d’imputabilité et de bonne gestion des ressources mises à la disposition du pays.

Le **MSPP** est à la croisée des chemins. Il met en œuvre et/ou renforce de grands chantiers sur la gestion des ressources humaines, la gestion hospitalière, la contractualisation, la décentralisation, l’élaboration de différents plans, en particulier le plan directeur et mène un combat acharné contre les épidémies de choléra, de malaria, de tuberculose, de sida et tant d’autres comme la malnutrition et sans oublier les maladies non transmissibles et chroniques comme le diabète ou l’hypertension. En matière de **VIH/SIDA**, le **MSPP** mobilise ses énergies et ses ressources à produire d’ici fin janvier 2014 un **PSNM** révisé à 2018. Il surveille de près le processus d’élaboration de ce plan afin qu’il soit participatif et inclusif. Il espère que les structures de participation mises en place pour la révision de ce dit plan se transforment par la suite en un espace d’intersectorialité actif et de constitution d’un embryon de gouvernance multisectorielle. Je suis une femme pragmatique et compte sur les petits changements quantitatifs pour nous amener à moyen et long terme sur des changements qualitatifs. J’apporte tout mon appui au processus actuel et espère que le pays aura à la fin de janvier 2014 un document de stratégie nationale révisé en **VIH/SIDA** fournissant les grandes orientations de la Riposte au cours des quatre années qui s’en viennent et permettant au pays de mobiliser des ressources pour l’avancement de la lutte contre le **VIH/SIDA**.

Le **MSPP** travaille d’arrache pied avec des partenaires clés, **USAID**, **CCM** Haïtien, **ONUSIDA** et **PNUD/FM** pour élaborer le document de gap analysis. Ce document est important et est

complémentaire au **PNSM** révisé. Il identifiera les lacunes en matière de planification, d'interventions stratégiques et de financement. Il sera un guide très apprécié pour la mobilisation de ressources, non seulement auprès des donateurs, mais surtout pour nous permettre d'élaborer un budget 2014-2015 dans la ligne droite de la conférence d'Abuja vers une augmentation substantielle du budget national consacré à la santé et le combat contre les maladies endémiques citées plus-haut.

Le Ministère renforce ses structures et processus normatifs pour actualiser les normes de prise en charge dans le but de fournir des soins de qualité et de standard international aux patients qui fréquentent nos établissements de soins. Je suis particulièrement sensible aux concepts d'accessibilité, de qualité et d'équité. Le manuel de normes de prise en charge est en train d'être actualisé et le **MSPP** est bien conscient de ce que cela peut coûter à la Riposte en révisant les critères d'éligibilité au traitement. Doit-on accepter consciemment un système à deux vitesses? D'un côté des prestataires qui intègrent un taux de **CD4 $\leq$ 500** dans leurs critères d'éligibilité et d'autres qui continuent avec un taux de **CD4 $\leq$ 350**? Évidemment non. Le **MSPP** en collaboration avec **I'OPS/OMS, l'ONUSIDA** et des partenaires nationaux comme **GHESKIO** compte organiser vers la mi décembre un atelier d'envergure sur la mise en application des normes combinées de l'**OMS** publiées en juin 2013. Je souhaite que des recommandations claires, adaptées au contexte haïtien, cout-efficaces soient proposées pour une application effective de ces nouvelles normes sur tout le territoire de la République.

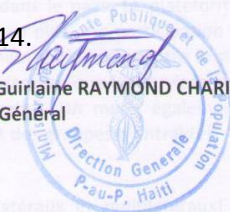
En matière d'information stratégique sur le **VIH/SIDA**, le **MSPP** va démarrer deux grandes études sur le sida en 2014 en collaboration avec les **CDC**. Ce sont : une étude sur les causes de mortalité liées au **VIH/SIDA** et l'autre sur le dépistage et traitement. Ces études seront gérées par le Ministère et plusieurs directions en seront impliquées, telles que la **DEL**, le **LNSP** et la **CT du PNLS**.

Le bulletin de surveillance épidémiologique en **VIH/SIDA**, fête à l'occasion du premier décembre 2013 sa première bougie. Je profite pour souhaiter aux membres du comité de rédaction un heureux anniversaire. Je ferai tout mon possible pour les soutenir afin que ce bulletin puisse paraître de façon régulière, car les informations recueillies seront nécessaires pour la prise de décision adéquate. Je demande à tous nos partenaires impliqués dans la lutte contre le **VIH/SIDA** d'utiliser ce médium pour faire connaître les résultats de leurs recherches en **VIH/SIDA**.

Il y a des défis majeurs à relever. Je cite certains d'entre eux: l'intégration des services en particulier ceux de **TB** et **VIH**, l'extension des services de diagnostics, de soins et de traitement, l'identification de stratégies appropriées de lutte contre le **VIH/SIDA** au sein des groupes clés et la prévention auprès des adolescents et des jeunes. Je vous invite tous à redoubler d'ardeur et à resserrer les rangs autour du leadership du **MSPP**.

Je vous souhaite un joyeux Noël 2013 et une bonne et heureuse année 2014.

Bonne lecture,


Dr Marie Guirlaine RAYMOND CHARITE
Directeur Général


Editorial

Chers lecteurs,

En trente ans de lutte contre le sida, nous avons sillonné tant de chemins, surmonté de nombreux obstacles et obtenu également de bons résultats. Nous avons accumulé de nombreuses expériences et bénéficié des subventions du Fonds Mondial et de PEPFAR, ce qui nous a permis de donner une réponse efficace au VIH.

En cette fin d'année, nous devons nous rappeler que le sida représente une grande charge de morbidité pour Haïti. Mentionnons entre autres que nous avons une prévalence nationale de 2,2%, 150.000 personnes qui vivent avec le VIH, une incidence de 8.200 nouveaux cas et 6.000 décès par année. Certains groupes clés avec une prévalence de 18,1% chez les HSH et de 7,8% chez les TS constituent des préoccupations majeures pour le PNLS.

Ce premier décembre 2013 est le moment d'avoir une pensée spéciale pour toutes nos victimes du sida. Nous avons l'obligation de construire ensemble le symbole de la lutte en nous rappelant des efforts déjà accomplis et en renforçant l'espoir que nous vaincrons le sida un jour. L'espoir fait vivre, dit-on en Haïti. Cet espoir doit se fonder sur :

- Le raffermissement du leadership et de la gouvernance multisectorielle,
- Le renouvellement et la revitalisation des partenariats actuels qui soutiennent le PNLS,
- Le choix des actions ciblées à fort impact auprès des adolescents et des jeunes,
- Des interventions concrètes et pragmatiques pour contrer l'épidémie au sein des groupes clés,
- L'accès universel aux services de soins de prévention, de diagnostic et de traitement.

Ce ne sont là que quelques sujets de réflexion soumis à votre appréciation; vous pouvez allonger la liste et partager avec nous vos préoccupations et vos suggestions. Nous avons besoin de critique pour avancer. Nous nous ferons un plaisir de les publier dans le bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti.

C'est le moment pour nous de féliciter tous les membres du comité de rédaction du bulletin qui ont su produire à date six (6) numéros. Cela fait exactement un (1) an que le premier numéro a vu le jour : c'était un 1^{er} décembre 2012. Cela n'a pas été facile pour eux, car ils sont tous responsables d'activités spécifiques au sein de leur organisation. Malgré la jeunesse du bulletin, les membres du comité comptent innover en 2014 en ajoutant deux nouvelles rubriques, l'une sur les meilleures pratiques en suivi et évaluation en VIH/sida au niveau d'Haïti et la seconde sur les connaissances scientifiques et les stratégies efficaces en VIH/sida.

Tous ces efforts décrits font luire l'espoir de voir un jour "zéro nouvelle infection, zéro stigmatisation, zéro décès".

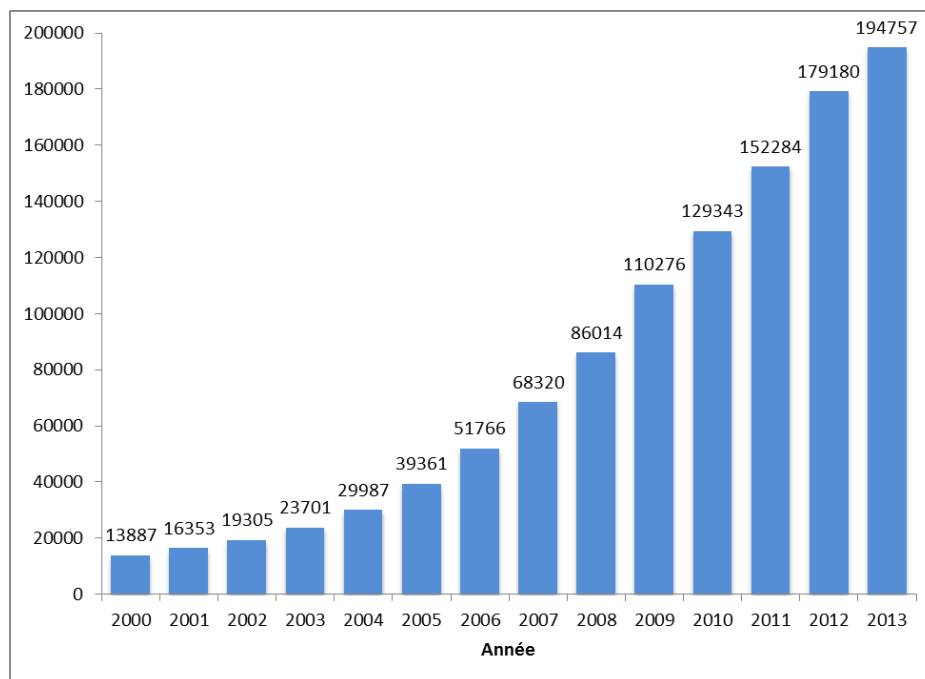
Il ne nous reste qu'à vous souhaiter un joyeux Noël 2013 et une bonne et heureuse année 2014! Et à vous présenter notre nouveau slogan : **"SIDA! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP BAY"**.

Bonne lecture.

Coordination Technique du PNLS

1. La Notification

Graphe 1: Nombre de cas VIH cumulatifs rapportés de janvier 2000 à août 2013



Source : HASS

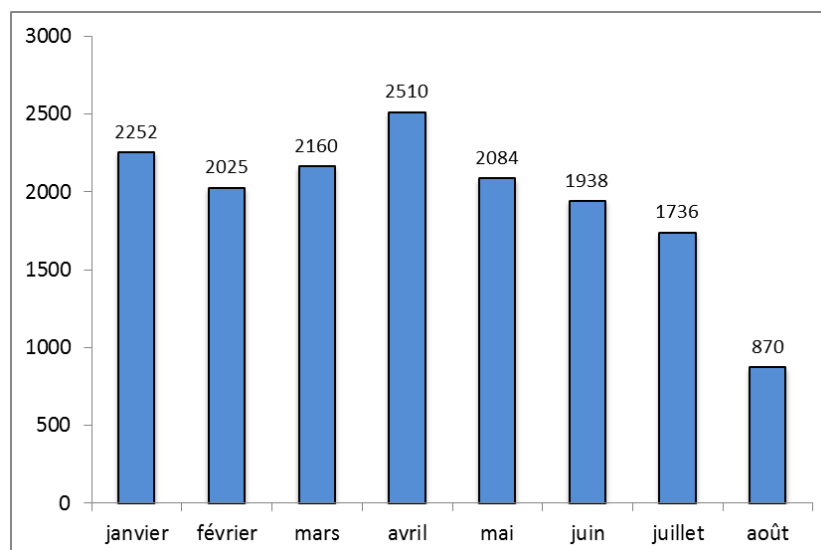
De l'année 2000 à Aout 2013, on estime à 194,757 le nombre cumulé de patients uniques rapportés dans la base nationale de surveillance du VIH/SIDA (HASS) en Haïti. Pour l'année 2012, 23,975 cas diagnostique VIH positifs ont été rapportés et en 2013 15,576 cas été rapportés jusqu'à Aout 2013.

Les cas de VIH/SIDA sont rapportés à HASS par les trois principaux systèmes de santé en Haïti (MSPP/iSanté, les Centres GHESKIO et Zanmi Lasanté) via leurs systèmes électroniques de dossier médical. Les nouveaux diagnostics de VIH sont aussi rapportés par les sites de counseling et dépistage de VIH volontaire (CDV).

A partir de 2005, le système iSanté a commencé à rapporter des données et à continuer à rapporter le plus grand volume de cas entre 2005 à 2008. C'est en 2009, que les sites CDV ont commencé à rapporter les données à travers MESI, ce qui explique cette hausse de cas VIH identifiés en 2010 avec 110,276 contre 86,014 en 2009.

Graphe 2: Nouveau cas de VIH rapportés à l'échelle nationale de Janvier 2013 à Août 2013

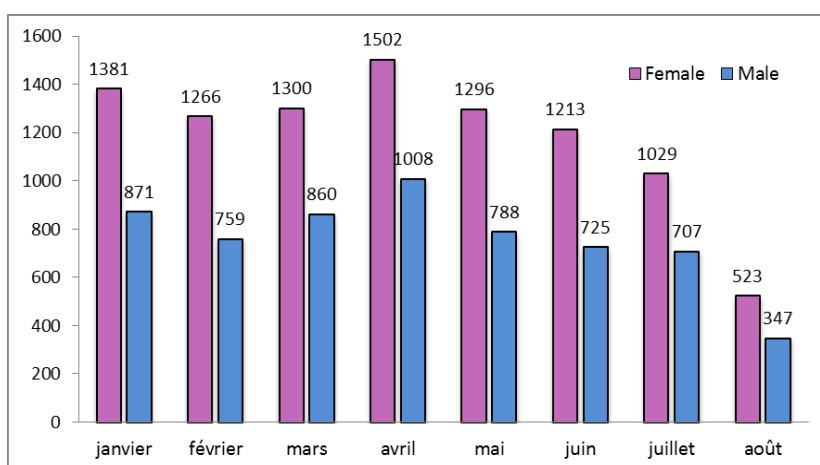
Ce graphe présente l'incidence du VIH pour la période de Janvier à Août 2013. On peut remarquer une diminution progressive du nombre de cas rapportés pour la période de Mai à Aout 2013. Cette tendance à la baisse observée pourrait signifier une baisse de l'incidence du VIH à l'échelle nationale, mais elle est également probablement expliquée par les délais de rapportage des résultats des cas récemment diagnostiqués. Le mois d'Avril accuse une hausse des cas de VIH rapportés (2,510) suivi du mois de Janvier (2,252). Avec les données des quatre mois restant, les proportions de cas de VIH rapportés pourront être mieux évaluées.



Source : HASS

Graphe 3 : Nouveaux Cas de VIH rapportés par sexe à l'échelle nationale de Janvier à Août 2013

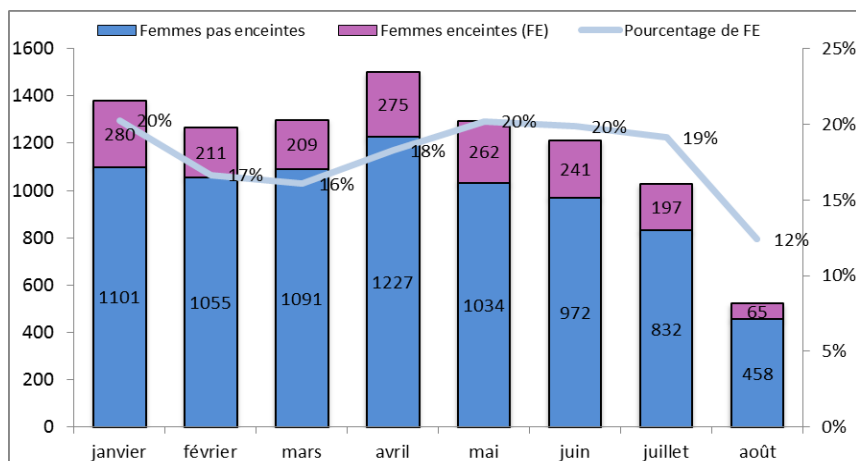
Ce graphe nous montre la distribution des cas de VIH par sexe pour la période de Janvier à Août 2013. On observe une constance dans ce schéma de distribution: il y a toujours plus de femmes à être rapportées VIH positif que d'hommes quel que soit le mois considéré avec une hausse pour le mois d'Avril pour les deux sexes. Pour toute la période, le sexe ratio est de 1.6 femmes pour 1 homme. La tendance élevée de cas diagnostiqués chez les femmes est probablement dû au fait qu'elles sont testées plus fréquemment que les hommes dans les institutions offrant les services conseils et de dépistage du VIH les sites VCT. Les données des sites VCT montrent que 72% des tests en 2013 sont réalisés pour les femmes. Ceci prend aussi en compte le dépistage routine des femmes enceintes dans les cliniques offrant le service prénatal.



Source : HASS

Graphe 4: Nombre et proportion Nouveau cas de VIH parmi les femmes avec ou sans statut de grossesse, Janvier à Août 2013

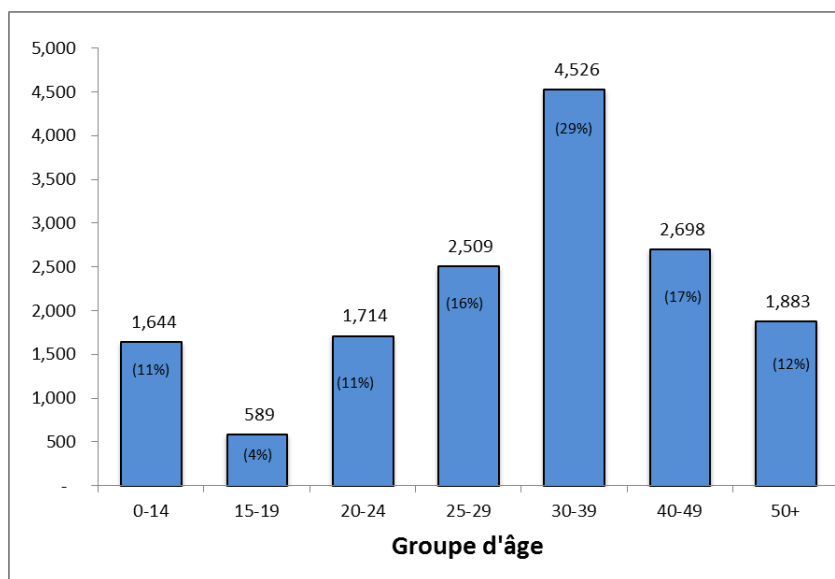
Ce graphe présente le nombre de femmes enceintes et non enceintes de Janvier à Août 2013 et la proportion par mois de femmes enceintes diagnostiquées VIH positives. Avec la riposte nationale visant au renforcement de l'élimination de la transmission verticale mère enfant (PTME), le rapportage systématique du statut des femmes au moment du diagnostic constitue un aspect important de la surveillance du VIH. Les proportions de femmes enceintes VIH positives varie de 12 à 20% pour cette période avec le nombre de femmes enceintes et le taux de VIH positif le plus élevé en Janvier 2013.



Source : HASS

Graphe 5: Cas VIH rapporté par groupe d'âge de janvier à août 2013

Le graphe ci-dessus présente la distribution des cas de VIH par groupe d'âge de Janvier à Août 2013. Le plus grand nombre de cas se trouvent dans les tranches d'âge de 30-39 ans (29%) et 40-49 ans (17%), suivi du groupe 25-29 ans (16%). Une portion importante des cas de VIH rapportés est observé pour le groupe d'âge pédiatrique de 0-14 ans (11%).

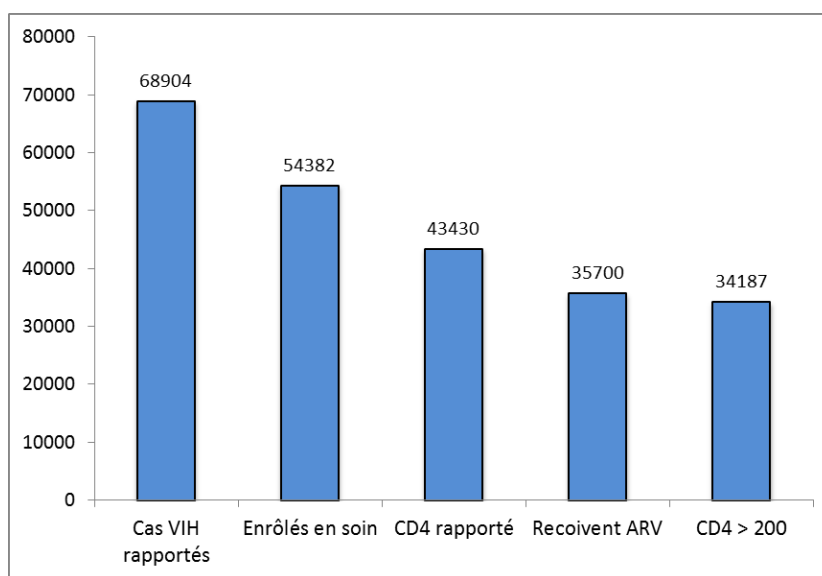


Source : HASS

Graphe 6 : Cascade des évènements sentinelles de l'infection au VIH pour les nouveaux cas rapportés entre 2010 et 2012

Sur ce graphe, nous pouvons observer l'évolution de l'ensemble des nouveaux cas de VIH pour trois années consécutives 2010 à 2012. Sur les 68,904 cas rapportés, 54,382 (78.9%) ont été enrôlés en soin ; 43,430 (63 %) ont une valeur de CD4 rapporté ; 35,700 (51.8%) sont placés sous ARV et 34,187 (49.6%) ont un taux de CD4 rapportés a moins de 200 et sont au stade SIDA.

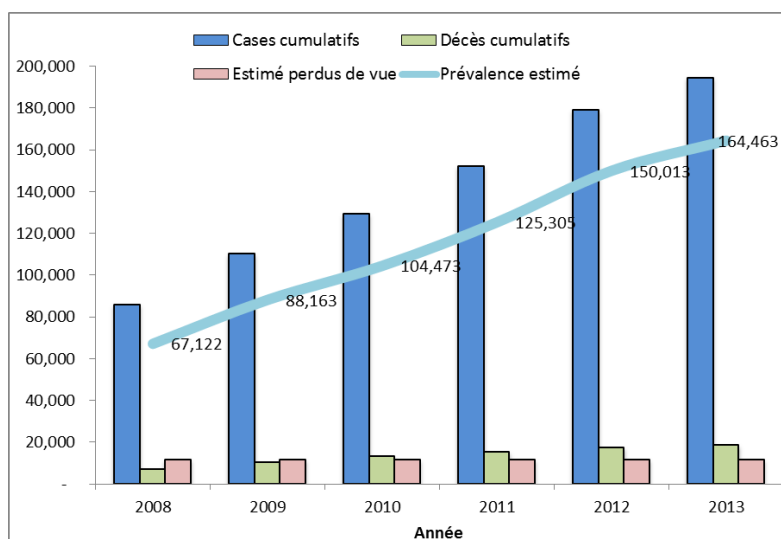
Ces données constituent l'ensemble des données à jour des patients enrôlés en soins et sous traitement ARV des trois principaux systèmes de santé du pays (MSPP/iSanté, GHESKIO et ZL). Dans cette cascade, nous devons également tenir compte des femmes enceintes diagnostiquées VIH positif qui sont enrôlées en soin et qui reçoivent les ARV avec l'adoption de « l'Option B+ » selon les normes du programme national d'élimination de la transmission verticale en Haïti.



Source : HASS

Graphe 7 : Nombre de cas cumulés de Décès et de perdu de vue par rapport à la prévalence du VIH de Janvier 2008 à Aout 2013

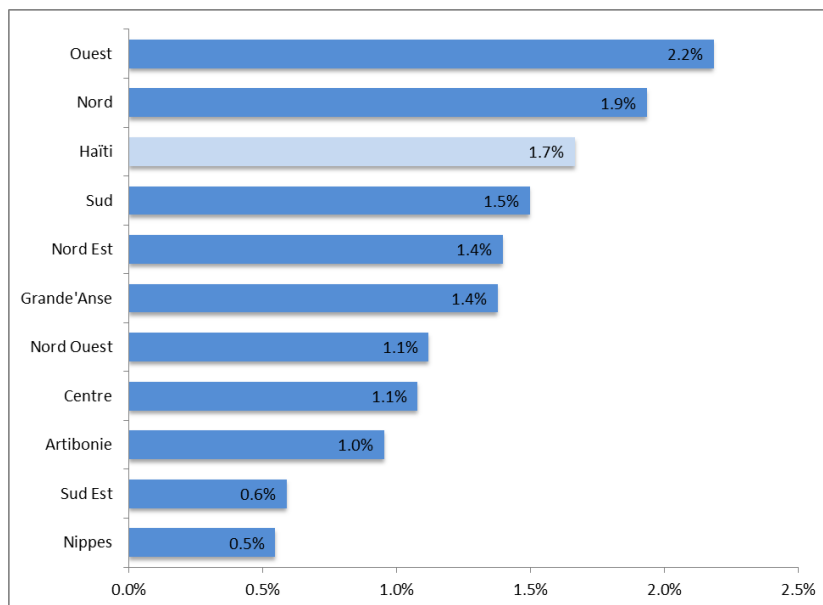
Ce graphe montre le nombre de décès rapportés à la base nationale de surveillance VIH/SIDA par les trois principaux systèmes électroniques du pays. Sur les 194,757 cas cumulés uniques de la base nationale de surveillance VIH/SIDA, 18,615 cas ont une date de décès indiquée dans leur dossier (11%). Il est estimé que 11,679 cas sont perdus de vue dans les différents systèmes (7%) pour lesquels aucune activité récente de mise à jour du dossier n'a été réalisée et rapporté à la base de surveillance VIH/SIDA.



Source : HASS

Graphe 8: Estimation de la prévalence de personnes vivant avec un diagnostic de VIH/SIDA, par département, août 2013

Ce graphe montre le pourcentage estimé de personnes vivant avec un diagnostic de VIH par département, excluant les personnes décédées ou qui sont perdues de vue. La prévalence du VIH diagnostiqué est estimée à 1,7% pour l'ensemble du pays avec des taux plus faibles pour le département des Nippes avec 0,5% et le taux le plus élevé dans le département de l'Ouest avec 2,2%.



Source : HASS

2. Traitement Anti Rétroviral

Le traitement anti rétroviral, appelé également multithérapie ou TAR est une combinaison de puissants médicaments contre le VIH qui permet aux patients qui en ont une bonne adhérence et un bon suivi médical d'atteindre une espérance de vie quasi-normale. L'âge médian au décès a augmenté de façon spectaculaire, un gain de 18 ans en à peine 8 années, selon une étude réalisée en Afrique du sud (Bor, 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).

Les estimations et projections épidémiologiques 2013 sur le VIH en Haïti publiées dans le numéro 5 du bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti nous informent qu'avec les acquis de l'extension de la prise en charge du traitement, l'espérance de vie des PVVIH en Haïti tend à s'améliorer (PNLS, octobre 2013). Nous ne connaissons pas les gains obtenus à date, mais avec l'étude qui sera réalisée bientôt par le MSPP en collaboration avec les CDC sur les causes de mortalité liées au sida en Haïti, nous aurons des données probantes sur la survie des patients sous TAR. Aucune étude n'a été encore réalisée en Haïti sur les relations entre le taux de couverture sur TAR et la charge virale communautaire, mais nous savons, selon les estimations et projections épidémiologiques 2013, que le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH enregistrés au niveau de la population a connu une nette diminution au cours des cinq dernières années. L'incidence a chuté en valeur absolue de près d'un quart en passant de 11.000 en 2008 à 8.200 en 2013 (PNLS, octobre 2013). Au 30 septembre 2013, le nombre d'actifs sous TAR est de 52.163 patients (www.mesi.ht). Si nous retenons un taux de CD4 $\leq$ 350; les besoins globaux de mise sous TAR se chiffrent à 77.000 (PNLS, 2013). Ainsi, Le taux de couverture serait alors de 67,7% au 30 septembre 2013.

Il est important que nous continuions à suivre les cas incidents de mise sous TAR, au même titre que la notification de cas VIH, pour les raisons évoquées plus-haut et celles relatives au traitement en tant qu'outil de prévention (voir bulletin N° 4).

Dans ce numéro, nous analysons les données de janvier à septembre 2013. Nous tiendrons compte des analyses qui ont été faites dans le numéro 4 pour mieux identifier les tendances et faciliter la mise en œuvre d'actions appropriées par les décideurs des différents niveaux du système de santé.

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

Le nombre total de nouveaux enrôlés sous TAR est de 14.346 patients. Au premier trimestre de 2013, il était de 4.045 patients. En trois trimestres, il a plus que triplé. Les femmes, y compris les femmes enceintes sont de 9.257, soit 64,5%. Les enfants qui sont au nombre de 562 représentent 3,9%.

Tableau 1. Répartition des nouveaux enrôlés selon le sexe et le statut de la femme. Janvier à septembre 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
Avril	573	812	287	65	1737
Mai	580	826	345	72	1823
Juin	516	710	340	59	1625
Juillet	573	830	315	77	1795
Aout	502	736	360	77	1675
Septembre	507	768	306	65	1646
Total	4527	6584	2673	562	14346

A noter que 2.673 femmes enceintes ont commencé leur TAR au cours de cette période, soit 18,6%.

2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés sous TAR

2.2.1 Représentation départementale et régionale des nouveaux enrôlés sous TAR

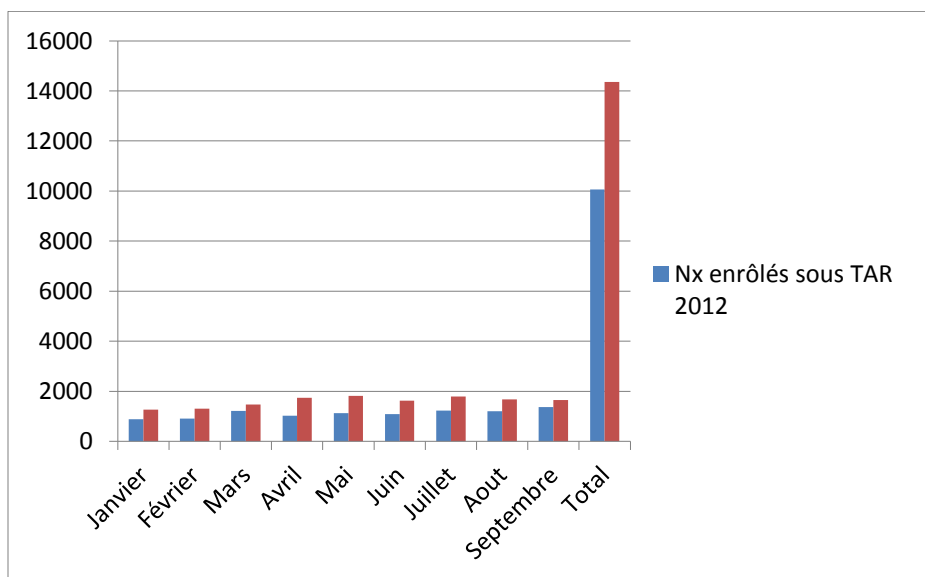
Les départements qui sont en tête de liste pour la mise sous TAR sont : l'Ouest, l'Artibonite, le Nord et le Sud. Ces quatre, à eux seuls, représentent 80,5% des nouveaux enrôlés sous TAR. Nous signalons que le département de l'Ouest a un poids considérable dans la mise sous TAR qui vaut environ 50,0%, c'est à dire un sur deux nouveaux enrôlés réside théoriquement dans ce département.

Tableau 2. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département janvier à septembre 2013.

Département	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée
Ouest	1999	2962	1258	232	6451	48,1	48,1
Artibonite	735	1101	432	94	2362	14,1	62,2
Nord	573	860	356	69	1858	12,5	74,7
Sud	318	360	97	36	811	5,8	80,5
Centre	286	418	110	37	851	5,7	86,2
Nord ouest	160	257	97	36	550	3,4	89,6
Sud est	110	106	35	13	264	1,9	91,5
Grande anse	98	129	91	23	341	2,9	94,4
Nord est	145	249	140	17	551	3,7	98,1
Nippes	105	146	59	5	315	1,9	100,0
Total	4529	6588	2675	562	14354	100,0	

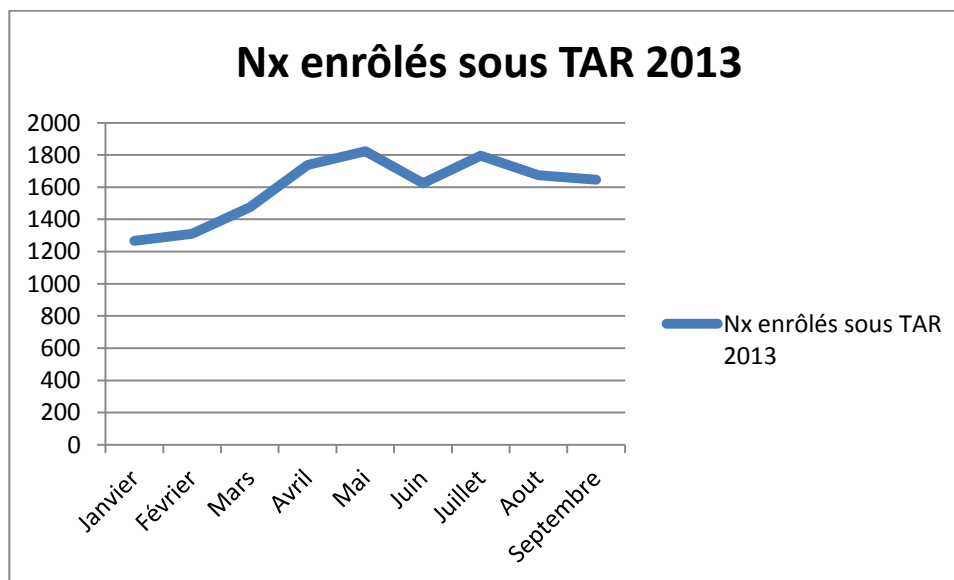
Le grand Nord (Nord, Artibonite, Nord ouest, Nord est et Centre) est de 39,4% et le grand Sud (Sud, Sud est, Grande anse et Nippes) de 12,5%.

Le graphique ci-dessous nous montre que la période janvier – septembre 2013 est meilleure que celle de 2012. Le total des nouveaux enrôlés en janvier – septembre 2012 ne dépassait guère 10.000 patients, alors que celui de 2013 est supérieur à 14.000 patients, soit une hausse d'environ 50%.



Graphique 1. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR. Janvier à septembre 2012 et janvier à septembre 2013.

Le graphique 2 indique que les mois d'avril, de mai et de juillet 2013 sont particulièrement féconds car ils dépassent les 1.700 enrôlés de mise sous TAR; la moyenne arithmétique de janvier à septembre 2013 étant de 1.595.



Graphique 2. Évolution des nouveaux enrôlés sous TAR. Janvier à septembre 2013.

Compte tenu de certains problèmes mineurs de complétude, il se pourrait que août et septembre aient un meilleur score. Ce que nous pouvons vérifier dans le prochain numéro du bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti.

2.2.2 Représentation partenariale des nouveaux enrôlés sous TAR

GHESKIO affiche le meilleur score parmi les réseaux de partenaires du PNLS avec un score de nouveaux enrôlés sous TAR de 25,9%. Le réseau du MSPP, UGP/MSPP/PEPFAR, quoique très jeune par rapport à d'autres dans la mise de nouveaux patients sous TAR arrive en 2^e position avec un score de 21,8%.

Tableau 3. Distribution des nouveaux enrôlés en TAR selon le réseau de partenaires. Janvier à septembre 2013.

Réseau	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée en %
GHESKIO	1285	1754	523	154	3716	25,9	25,9
UGP/MSPP/PEPFAR	866	1468	675	121	3130	21,8	47,7
PIH/ZL	763	1064	331	95	2253	15,7	63,4
MSH	415	703	605	52	1775	12,4	75,8
ICC	412	482	91	15	1000	7,0	82,8
CMMB	298	443	115	41	897	6,2	89,0
ITECH	113	139	128	59	439	3,0	92,0
Université Miami	109	150	33	11	303	2,1	94,1
CDS	100	137	82	4	323	2,3	96,4
FOSREF	79	140	45	0	264	1,8	98,2
Université Maryland	64	81	32	7	184	1,3	99,5
Inconnu	11	14	6	3	34	0,2	99,7
POZ	12	9	8	0	29	0,2	99,9
World Vision	2	4	1	0	7	0,0	100,0
Total	4529	6588	2675	562	14354	100,0	

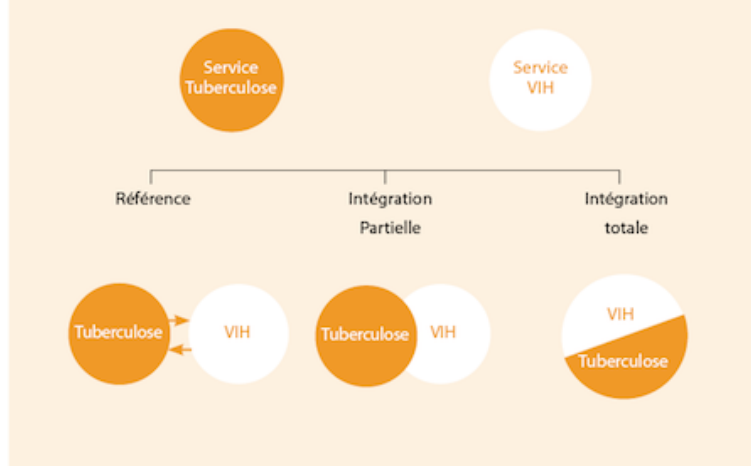
Les quatre premiers listés : GHESKIO, UGP/MSPP/PEPFAR, PIH/ZL et MSH ont sous leur contrôle 75,8% des nouveaux enrôlés sous TAR. Nous signalons la performance de FOSREF qui fait partie des nouveaux réseaux de partenaires qui offrent le TAR avec un score de 1,8%. Avant 2011, FOSREF offrait surtout des services de prévention, diagnostics et de soins palliatifs.

2.3 Coinfection TB/VIH

Tel que indiqué dans les numéros précédents, nous intéressons à la coinfection TB/VIH, à cause des liens étroits que ces deux pathologies entretiennent. Dans ce numéro, nous informons nos lecteurs sur les 3 options de collaboration entre les programmes TB et VIH.

La figure ci-dessous et les définitions des options sont retrouvées dans « Transcriptases » numéro 148 consacré à la 16^e ICASSA tenue à Adis Abeba, Éthiopie en décembre 2011.

Figure 1 - Trois modèles de collaboration possibles entre les programmes VIH et tuberculose



Première option de collaboration : la référence. Les patients tuberculeux sont référés vers les services de prise en charge du VIH pour un dépistage et éventuellement l'instauration d'un traitement ARV. En retour, les personnes testées séropositives pour le VIH seront référées vers les centres antituberculeux pour la recherche de la tuberculose et une éventuelle prise en charge.

Deuxième option de collaboration : l'intégration partielle ou modèle semi intégré. Il consiste à mettre à disposition des centres antituberculeux du cotrimoxazole et des ARV pour le traitement intégré des deux pathologies. A l'inverse, dans les centres de prise en charge du VIH, une radiographie et un examen des crachats à la recherche d'une tuberculose sont réalisés. Dans ce modèle, la circulation des infirmières entre les deux services doit être favorisée.

Troisième option de collaboration : modèle totalement intégré. Ici, les deux activités sont effectuées dans un même service et par le même personnel.

Si nous considérons la première option comme l'hypothèse nulle ou l'hypothèse du statu quo, quelle serait l'option qui serait cout-efficace dans le contexte d'Haïti? Compte tenu des expériences actuelles, quelle serait la porte d'entrée à privilégier pour renforcer la collaboration entre les deux programmes? Les réponses à ces questions ne peuvent être trouvées qu'à travers la réalisation d'enquêtes sérieuses et l'implication des deux programmes dans la gestion et la collecte des données sur le terrain. Néanmoins, la tenue de rencontres régulières entre les deux programmes serait déjà un bon pas et un bon signal à l'endroit des donateurs pour le financement de pareilles études. Regardons à travers l'analyse des données retrouvées sur MESI comment est la situation sur le terrain.

2.3.1 Représentation temporelle de nouveaux patients co infectés

Le total des patients co infectés pour la période de janvier à septembre 2013 est de 3.893. Des 3.893 patients, 2.575 sont des patients PVVIH diagnostiqués TB+, ce qui représente 66,1% et les patients TB testés VIH+ sont de 1.318, soit 33,9%.

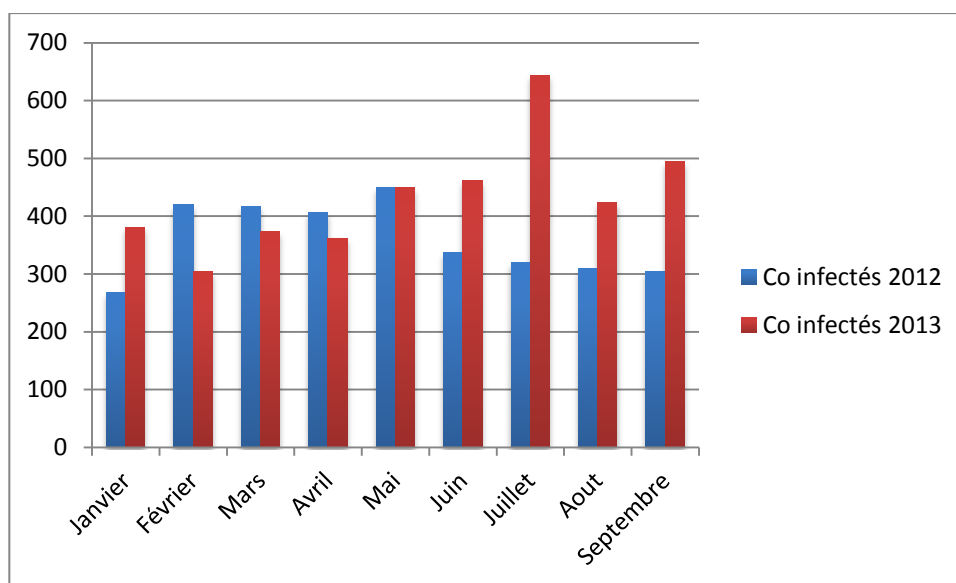
La proportion de nouveaux patients diagnostiqués TB qui sont sous traitement est de 77,15%. Il y a un gap à combler car la proportion devrait être totale, c'est à dire 100%.

Tableau 4. Distribution des nouveaux patients co infectés et traités pour TB par mois. Janvier à septembre 2013.

Mois	Nx enrôlés sous TAR	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	Proportion de Nx patients co infectés sous Nx enrôlés sous ARV
Janvier	1266	381	232	159	68,53	0,30
Février	1311	304	186	330	177,41	0,23
Mars	1476	373	234	177	95,50	0,25
Avril	1737	362	218	176	75,64	0,21
Mai	1823	450	304	163	53,61	0,25
Juin	1625	461	314	198	63,05	0,28
Juillet	1795	644	456	266	58,33	0,36
Aout	1675	423	269	261	97,02	0,25
Septembre	1646	495	356	252	70,78	0,30
Total	14354	3893	2569	1982	77,15	0,27

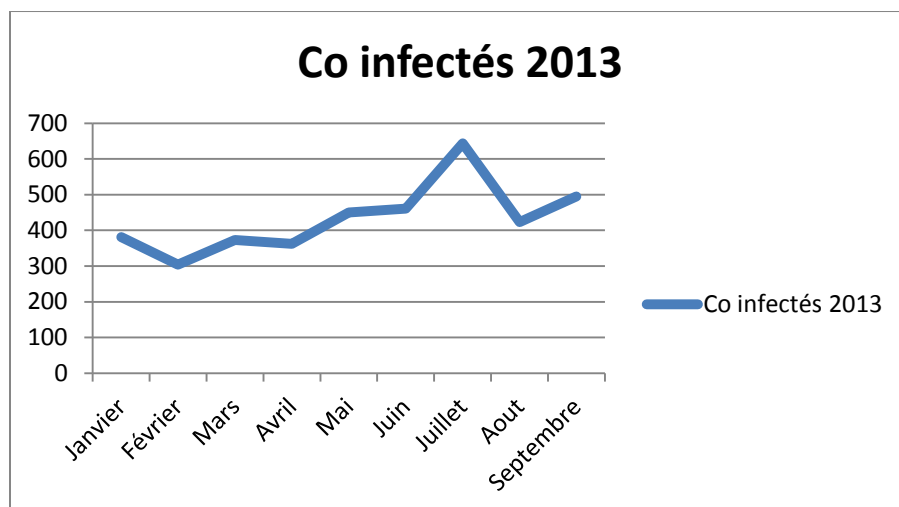
La proportion de co infectés (patients VIH diagnostiqués TB+ et patients TB diagnostiqués VIH+) est de 27% pour la période janvier à septembre 2013.

Si nous comparons les périodes de janvier à septembre pour les années 2012 et 2013, les activités liées à la co infection sont nettement plus marquées en 2013 avec un pic au trimestre juillet – septembre 2013.



Graphique 3. Répartition des co infectés par mois. Janvier à septembre 2012 et janvier à septembre 2013.

Le mois de juillet, tel que l'indique la graphique ci-dessous est le mois de la période où nous avons enregistré un maximum de co infectés, soit environ 650.



Graphique 4. Évolution des nouveaux co infectés. Janvier à septembre 2013.

2.3.2 Représentation départementale et régionale des co infectés

L'Ouest, l'Artibonite, le Nord et le Centre totalisent pour la période janvier à septembre 2013 : 1091 patients TB testés VIH+, soit 83,0%. Le département de l'Ouest, à lui seul, représente 44,0% presque la moitié.

Tableau 5. Distribution des co infectés par département. Janvier à septembre 2013.

Département	Nx enrôlés sous TAR	Patients TB testés VIH+	Patients PVVIH diagnostiqués TB+	Total de patients co infectés	Proportion de Nx patients co infectes sous Nx enrôlés sous Tar en %
Ouest	6451	580	1141	1721	27
Artibonite	2362	317	659	976	41
Nord	1858	101	189	290	16
Sud	811	58	112	170	21
Centre	851	93	155	248	29
Nord ouest	550	33	124	157	29
Sud est	264	29	38	67	25
Grande anse	341	34	64	98	29
Nord est	551	34	48	82	15
Nippes	315	39	45	84	27
Total	14354	1318	2575	3893	27

En ce qui concerne la co infection VIH/TB, les quatre départements cités plus haut ont 3.235 patients co infectés, soit 83,0%. Au cours de cette période, peu importe la nature de la co infection, en toute coïncidence, la proportion est la même pour ces quatre départements réunis ensemble.

La proportion de co infection sur les nouveaux enrôlés sous TAR varie d'un département à un autre entre 15 et 41%. Le département de l'Artibonite affiche ce 41%, qui semble être une valeur extrême, voire même aberrante, au regard des scores affichés par les autres départements. La proportion arithmétique moyenne est 27%. Si on enlève les valeurs du département de l'Artibonite cette proportion moyenne est de 24%.

2.4 Élimination de la transmission mère enfant

Nous introduisons nos analyses sur l'ETME par un rappel des 4 piliers de la PTME qui ont été adoptés par les Nations Unies en 2003. Ce sont :

- **Pilier 1 : Prévention primaire de l'infection du VIH chez les femmes en âge de procréer.** La cible de ce pilier est de réduire de 50% l'incidence du VIH chez les femmes entre 15 et 49 ans.
- **Pilier 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH.** Sa cible est de réduire à zéro les besoins non couverts en planning familial.
- **Pilier 3 : Prévention de la transmission du VIH des mères, vivant avec le VIH, à leurs enfants.** Les cibles de ce pilier sont au nombre de 3 :
 - Réduire à 5% la TME du VIH.
 - Administrer à 90% le TAR en périnatal.
 - Administrer à 90 des couples mères allaitantes/enfants le TAR.
- **Pilier 4 : Fournir un traitement, des soins et un soutien appropriés aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.** La cible de ce pilier est, sur le long terme, permettre à 90% des femmes ayant un besoin de TAR de le recevoir.

2.4.1 Représentation temporo-spatiale des femmes enceintes VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR

Au cours de la période janvier à septembre 2013, les femmes VIH sous TAR devenues enceintes sont de 1.008 et représentent 27,0%. Il serait intéressant qu'une enquête soit conduite sur ces grossesses. Sont-elles des grossesses désirées? Ont-elles reçu un accompagnement psychologique approprié et des soins en PF? Nous savons qu'une enquête de type « diagnostic de situation » en PF financée par le UNFPA est en cours actuellement et nous souhaiterions que ces interrogations qui sont en rapport avec le pilier 3 en soient prises en compte.

Tableau 6. Répartition des femmes enceintes VIH traitées, des enfants diagnostiqués par PCR et des enfants VIH+. Janvier à septembre 2013.

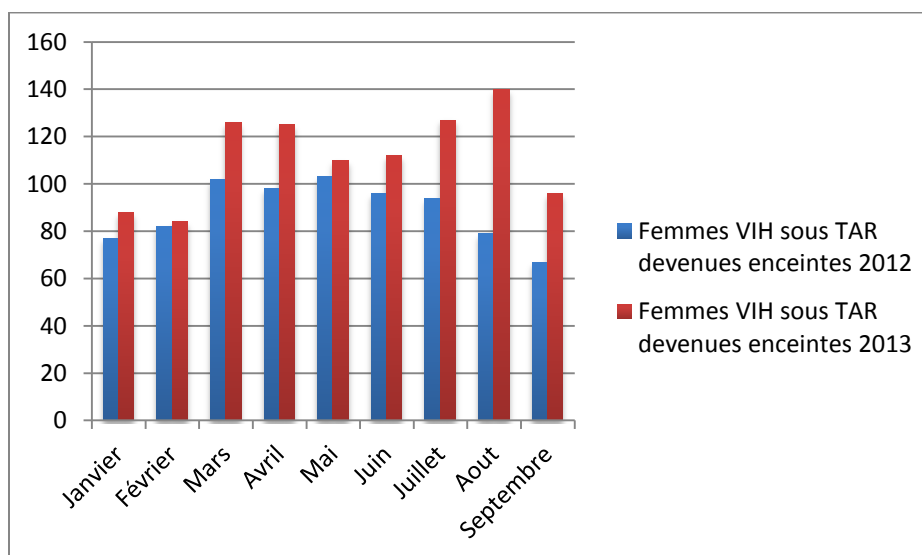
Mois	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total Nx FE VIH traitées	Enf exposés enregistrés	Enf DX PCR	Enf VIH+	% Enf exposés DX PCR	TME en %
Janvier	88	354	250	351	35	140,40	9,97
Février	84	312	237	330	34	139,24	10,3
Mars	126	393	200	276	22	138	7,97
Avril	125	422	305	393	28	128,85	7,12
Mai	110	469	241	295	29	122,4	9,83
Juin	112	461	240	299	21	124,58	7,02
Juillet	127	445	240	463	20	192,91	4,31
Aout	140	513	252	305	14	121,03	4,59
Septembre	96	411	343	275	15	80,17	5,45
Total	1008	3780	2308	2987	218		7,29

Nous attirons l'attention des responsables du système actuel de gestion de données VIH/sida que le nombre des enfants diagnostiqués par PCR est supérieur au total des enfants exposés enregistrés, sauf pour le mois de septembre. La différence est énorme : 679 enfants, soit 1 sur 6 enfants. D'où viennent ces enfants? S'agit-il d'enfants qui n'ont pas été enregistrés au moment du mois de leur naissance? Pourquoi cette anomalie se

répèterait il de mois en mois? Des questions qui doivent trouver une réponse au sein du CNQD ou lors de rencontres spéciales entre la CT du PNLS, METH et SOLUTIONS sur des thématiques liées à l'amélioration de la qualité des données générées par le système de soins en VIH/sida.

Le pourcentage de transmission de la mère à l'enfant varie d'un mois à l'autre entre 4,31 et 10,3%. Pour la période de janvier à septembre 2013, il est de 7,29%; alors qu'il était de 9,30% en 2012 (PNLS, décembre 2012).

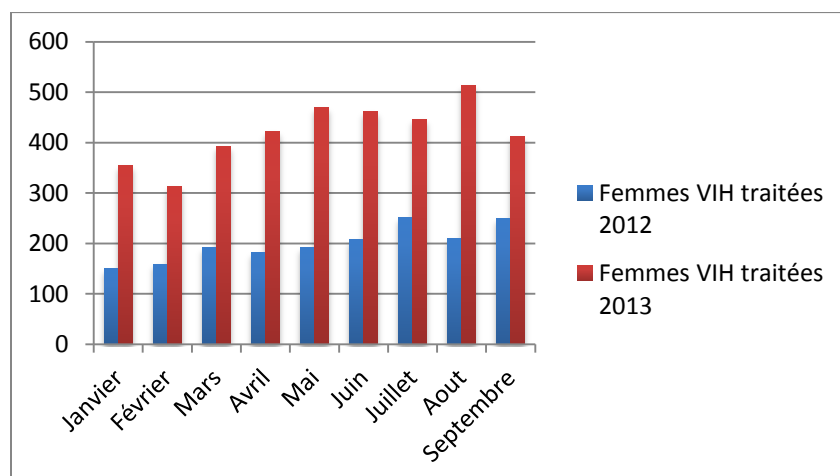
Beaucoup plus de femmes, en fréquence absolue, sont devenues enceintes en 2013 qu'en 2012. Le graphique ci-dessous invite les responsables des réseaux de partenaires et des directions des établissements de soins à analyser plus en profondeur, à réaliser des ERL pour trouver les réponses appropriées en ce qui concerne le pourquoi.



Graphique 5. Répartition femmes VIH sous TAR devenues enceintes par mois. Janvier à décembre 2012 et janvier à décembre 2013.

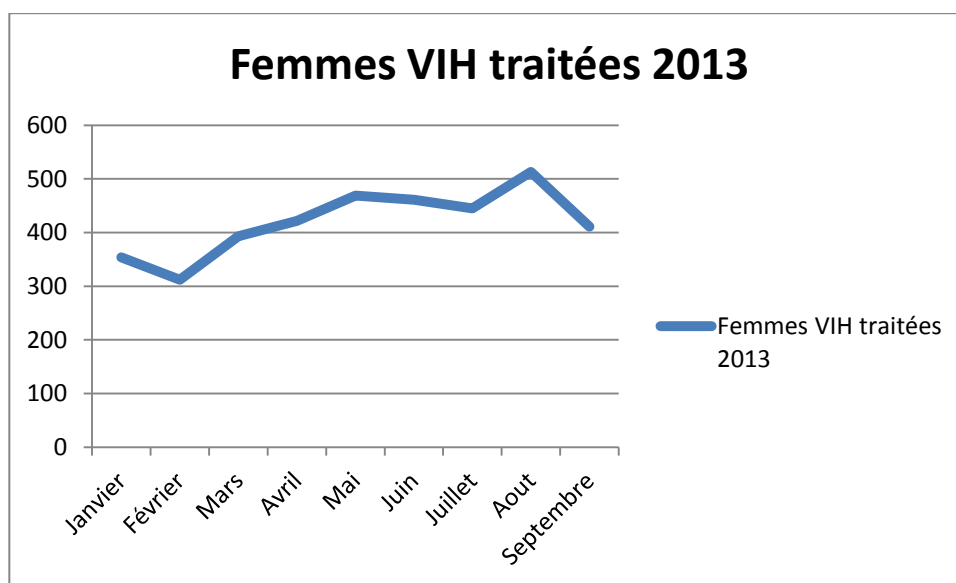
Quatre mois : mars, avril, juillet et aout ont dépassé la barre des 120 femmes VIH sous TAR devenues enceintes; le mois d'aout a même atteint le niveau des 140.

Les femmes VIH traitées ont été plus nombreuses en 2013 qu'en 2012. C'est un très bon pas dans la bonne direction et qui se situe dans la droite ligne du pilier 3.



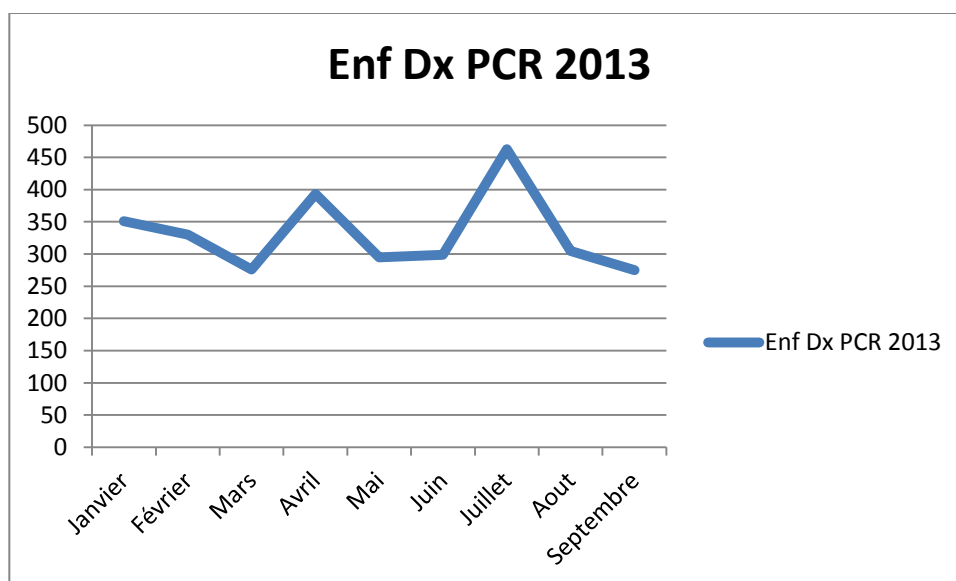
Graphique 7. Répartition femmes VIH traitées. Janvier à décembre 2012 et janvier à décembre 2013.

Les résultats des femmes VIH traitées ont plus que doublées par mois pour la période janvier à mars 2013. Le mois d'août 2013 se détache du lot avec plus de 500 femmes enceintes VIH traitées, comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous.



Graphique 6. Évolution des femmes VIH traitées. Janvier à décembre 2013.

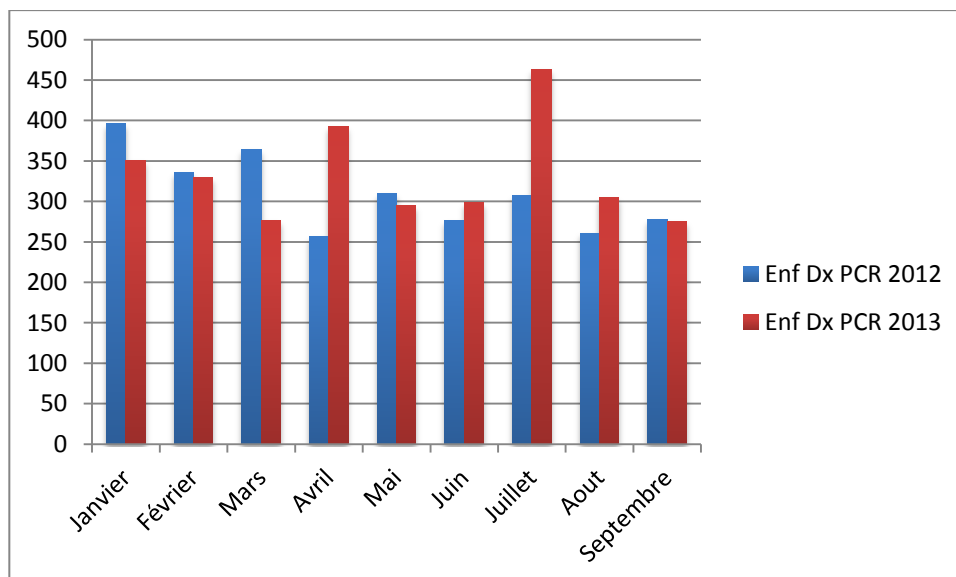
Les enfants diagnostiqués par PCR de janvier à septembre évoluent en dents de scie avec un pic constaté au mois de juillet 2013.



Graphique 8. Évolution des enfants diagnostiqués par PCR. Janvier à décembre 2013.

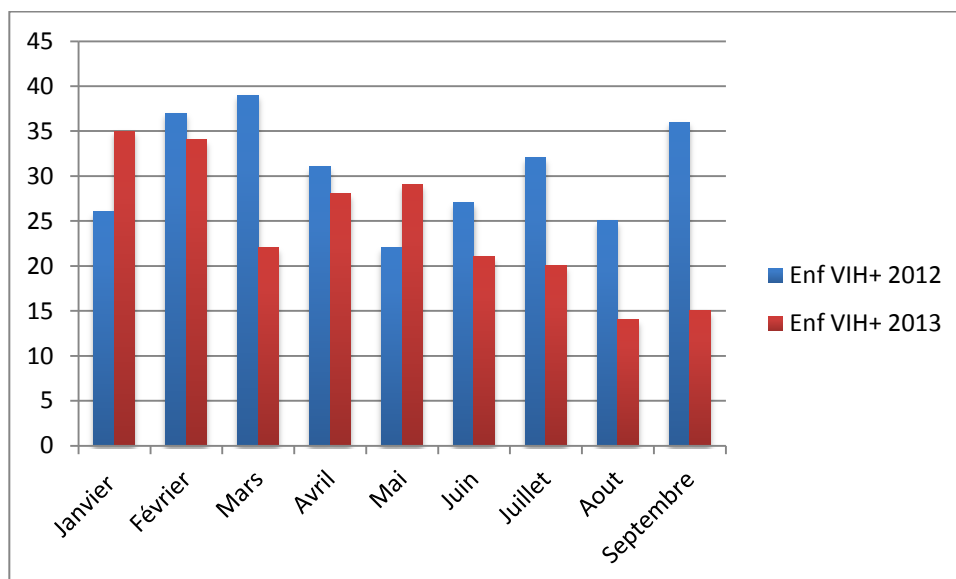
La même remarque effectuée sur l'évolution des nouveaux enrôlés sur TAR relative à la diminution des effectifs au mois de septembre vaut également pour les femmes VIH traitées et les enfants diagnostiqués par PCR.

Si le nombre d'enfants diagnostiqués par PCR est comparable en 2012 et 2013 sur les mêmes périodes de janvier à septembre, sauf pour les mois d'avril et de juillet où la tendance à la hausse est très claire,....



Graphique 9. Répartition des enfants diagnostiqués par PCR par mois. Janvier à décembre 2012 et janvier à décembre 2013.

..... Nous constatons avec satisfaction que le nombre d'enfants VIH+ a diminué de façon globale en 2013 par rapport à 2012.



Graphique 10. Répartition des enfants VIH+ par mois. Janvier à décembre 2012 et janvier à décembre 2013.

Nous rappelons que le pourcentage de TME au mois de septembre 2013 est de 5,45% et que sur la période janvier à septembre 2013, il est de 7,29%.

2.5 Références

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.

PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti, numero 1. Décembre 2012

PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti, numéro 4. Aout 2013.

PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti, numéro 5. Octobre 2013

Tanser, F., T. Barnighausen, E. Grapsa, J. Zaidi, and M.-L. Newell. 2013. "High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in Rural KwaZulu-Natal, South Africa." *Science* 339 (6122) (February 21): 966-971. doi:10.1126/science.1228160

Transcriptases 148. www.vih.org



3. Surveillance active de la femme enceinte séropositive

3.1 Mise en contexte

En Haïti, le pourcentage de transmission du VIH de la mère à l'enfant est élevé, soit un pourcentage de TME de 8,6% en 2012 (source : www.mesi.ht). Depuis juin 2011, début de l'ère des trois objectifs déclarée au High level Meeting à New York « Zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au SIDA », Haïti s'est engagé à tout mettre en œuvre pour apporter sa contribution à l'appel de la conférence internationale de Washington sur le sida de juin 2012 : « d'une génération sans sida ». Face à ce défi, nous pensons que toutes les stratégies doivent être l'objet de profondes réflexions et renforcer celles qui sont coût-efficaces pour un rendement de l'ordre 20/80 ; c'est-à-dire 20% d'effort permettant d'obtenir 80% de résultats.

Depuis 2008, Haïti a un système de surveillance de cas de VIH/SIDA permettant de rapporter le nombre et le pourcentage de femmes enceintes infectées, le nombre et le pourcentage d'enfants exposés et la confirmation pour ces derniers de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Basée sur les données du système de « Monitoring, Evaluation et Surveillance Intégrée » (MESI) en Haïti, certaines données du programme de routine de la PTME montrent que :

- La disponibilité des services de PTME est passée de 36 sites enregistrés en 2004, à 104 sites en 2010, à 116 sites en 2011, à 122 sites en 2012 à 137 sites en 2013
- Les données de 2012 montrent que 208.058 femmes enceintes ont été testées pour le VIH avec 3.844 diagnostiquées séropositives pour le VIH (1,85%) et 1.759 femmes séropositives tombées enceintes (www.MESI.ht, Septembre 2013) ;
- 4.863 femmes enceintes séropositives pour le VIH ont reçu le TAR (86,79%) et 740 n'en ont pas encore bénéficié pour l'année 2012 (www.MESI.ht, Septembre 2013).
- Les données de l'année 2012 indiquent que 2.938 enfants nés de mères séropositives pour le VIH ont été référés à des services de pédiatrie seulement 2.662 (90,61%) ont reçu la prophylaxie avant 72 heures et qu'un test de PCR a été réalisé pour 3.881 nouveau-nés (132,10%) et 336 enfants exposés confirmés VIH+ (11,4%) (www.MESI.ht, Septembre 2013).

Ces données ne sont pas toujours complètes et rapportées en temps opportun ce qui rend difficile le suivi et le tracking dans la population, d'assurer le traitement et un soutien ciblés et d'évaluer l'efficacité du programme de PTME. Le MSPP en collaboration avec la NASTAD et CDC-Haïti ont mis en œuvre le projet de « Surveillance active de la femme enceinte séropositive » pour remédier à cette situation.

La mise en place du système de surveillance active de la femme enceinte séropositive contribuera à éliminer la transmission de la mère à l'enfant au niveau de la population pédiatrique haïtienne avec le dépistage systématique de toutes les femmes enceintes séropositives. Le MSPP conformément aux lignes directrices de l'organisation mondiale sur la PTME recommande que toutes les femmes enceintes séropositives et leurs bébés reçoivent un soutien médical périnatal y compris une prophylaxie avant 72 heures pour le nouveau-né exposé et un traitement antirétroviral pour réduire l'incidence de cette transmission verticale.

3.2 Phase d'implémentation

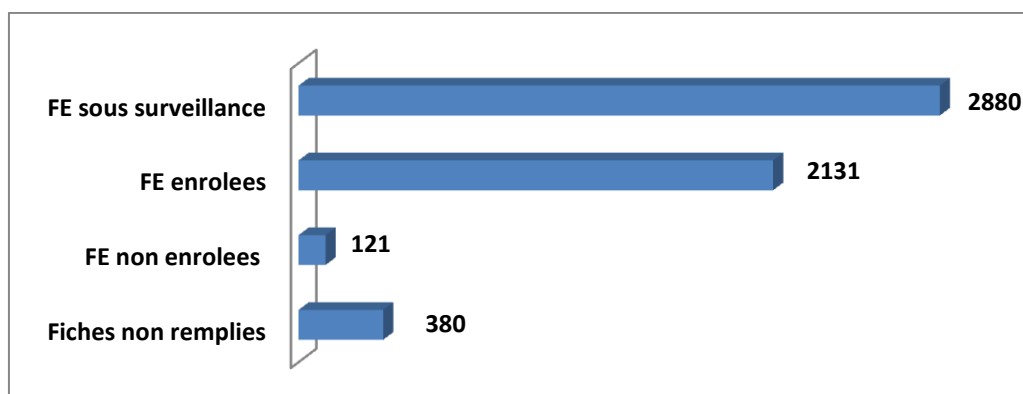
Le projet de surveillance active de la femme enceinte séropositive comprend la gestion des cas PTME par la Case manager, poste créé pour améliorer les soins pour toutes les femmes enceintes en général et pour palier à la faiblesse en terme d'enrôlement et de rétention dans le programme de soin et traitement des femmes enceintes séropositives car le nombre de femmes enceintes dépistées ne cessent d'accroître au fil des ans tandis que le pourcentage de femmes enceintes positives placées sous traitement et de leurs bébés placés sous prophylaxie reste faible. La mission du Case manager est de gérer individuellement le dossier de chaque femme enceinte en vue de lui garantir : (i) une éducation approfondie, (ii) la mise au point d'un plan de naissance réaliste et commode pour la femme, (iii) un accompagnement institutionnel et communautaire individualisé au cours de la grossesse et

de l'accouchement, basé sur le plan de naissance, et mettant en synergie toutes les ressources institutionnelles et communautaires disponibles (iii) une prise en charge adéquate de la femme et de son bébé quand celle-ci est VIH positive. La mission de la case manager est essentiellement autour de trois (3) axes d'intervention : (1) encadrement de la femme enceinte de la grossesse aux suites de couches (pré partum, salle d'accouchement et post partum) tant au niveau institutionnel que communautaire, (2) renforcement de l'offre des services de CDV et (3) monitoring et gestion des données de service (MSPP-PEPFAR/JHPIEGO, Juillet 2011).

Avec la création d'une interface électronique sur MESI, la case manager a la possibilité de signaler les femmes enceintes séropositives et d'enregistrer des repères cliniques cruciaux pour leur prise en charge et traitement tout au long de la période prénatale et même après l'accouchement. Ces critères sont les suivants: 1) dépistage du VIH pour toutes les femmes enceintes qui reçoivent des services de soins prénatals; 2) TAR pour toutes femmes enceintes séropositives quel que soit l'âge gestationnel : Option B+ ; 3) TAR prophylactique avant 72 heures pour tous les nouveau-nés exposés au VIH; 4) dépistage systématique du VIH pour l'enfant (PCR à 4-6 semaines à 1 an et 6 semaines après le sevrage ou un dépistage sérologique après 18-24 mois, jusqu'à ce que le statut de séropositivité au VIH soit confirmé ou exclu) et 5) enrôlement au services de traitement et soins pour tous les nourrissons/enfants séropositifs. En plus des critères de suivi, l'interface électronique fournit des alertes et/ou rappels de même que la possibilité de suivre la mobilité des patients pour réduire la perte à un suivi « les perdus de vue » ou cas d'abandon et à améliorer les résultats cliniques.

Le plan d'implémentation de ce projet comprend un plan de pilotage (phase pilote 1et 2 comprenant respectivement 20 et 70 sites) suivi d'un plan de lancement national. Les données tirées de MESI sont présentées sous forme de statistiques descriptives et sont sous forme de valeur absolue.

3.2.1 Phase implémentation : Femmes enceintes séropositives sous surveillance

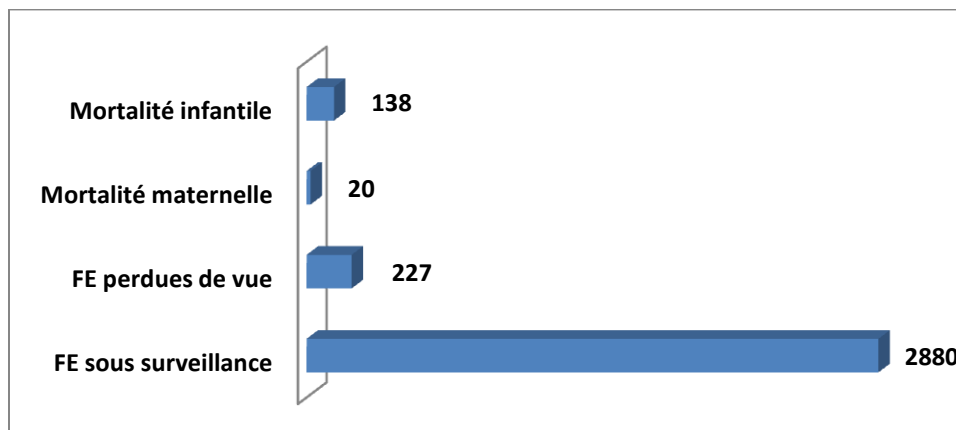


Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

Le graphe ci-dessus présente le nombre de 2.880 femmes enceintes séropositives sous surveillance d'Octobre 2012 à Aout 2013. De ce nombre, on retrouve 2.131 femmes enceintes qui sont enrôlées au service de PTME et 121 ayant refusé l'enrôlement.

Certains obstacles rencontrés lors de la phase d'implémentation (380 fiches non remplies) sont inhérents aux problèmes de connexion internet ou de disponibilité de matériels informatiques.

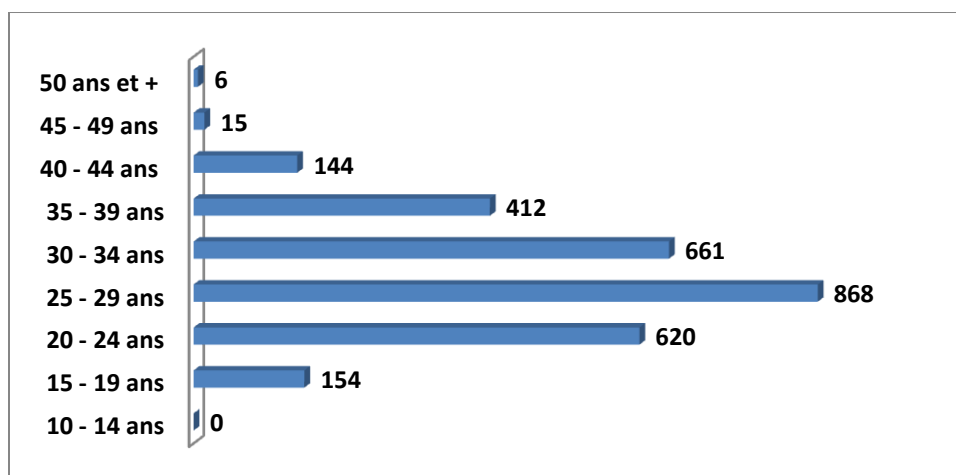
3.2.2 Phase d'implémentation : Suivi des FE sous surveillance



Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

227 femmes enceintes séropositives qui ont bénéficié d'une première consultation prénatale ne sont jamais retournées pour d'autres visites et se retrouvent dans la rubrique de « perdues de vue » (8%). Les données recueillies montrent qu'il y a eu le décès de 20 femmes enceintes séropositives (1%) et 138 fœtus /nouveau-né (5%).

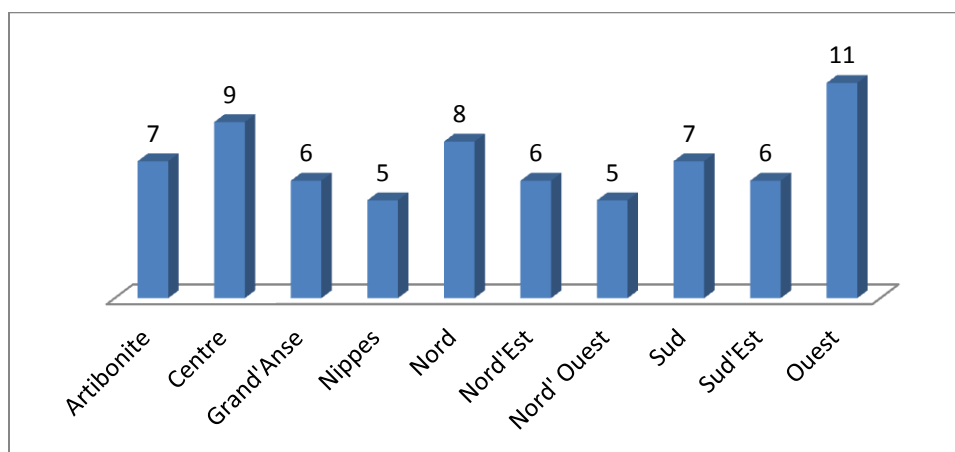
3.2.3 Phase d'implémentation : Classification par groupe d'âge



Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

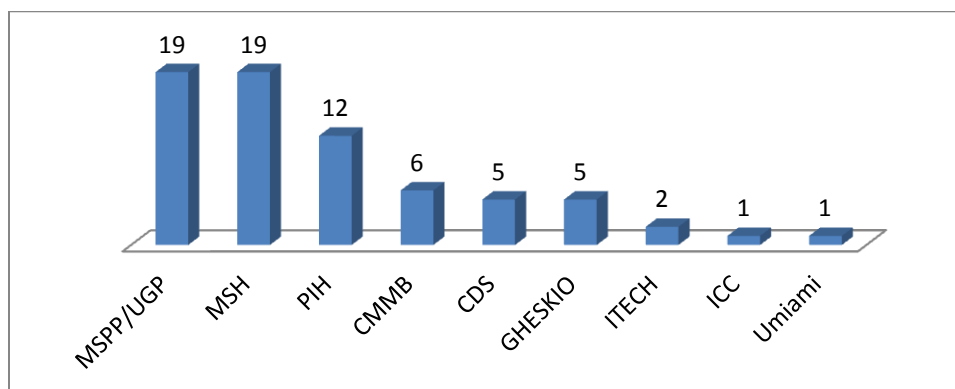
Pour le groupe d'âge des femmes enceintes séropositives d'Octobre 2012 à Aout 2013, 75% de ces femmes sont âgées entre 20 à 34 ans repartis dans l'ordre suivant : 868 entre 25-29 ans (30%), 661 entre 30-34 ans (23%), 620 entre 20 - 24 ans (22%).

3.2.4 Phase d'implémentation: Distribution géographique des sites par départements et par réseaux



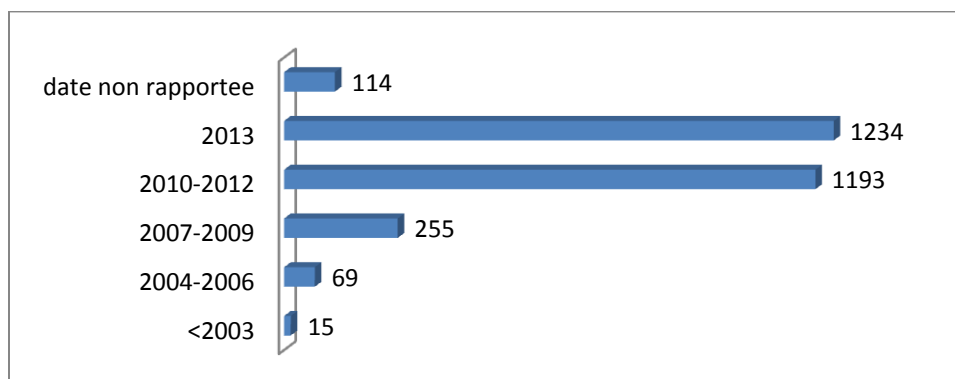
Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

La distribution géographique des soixante-dix (70) sites de PTME par département est la suivante : Ouest (16%), Centre (13%), Nord (11%), Artibonite et Sud (10%), Nord 'Est et Sud 'Est (9%), Grand 'Anse (8%), Nippes et Nord-Ouest (7%) et par réseau : MSPP/UGP et MSH (27%), PIH (17%), CMMB (9%), CDS et GHESKIO (7%), ITECH (3%), ICC (2%) et University of Miami (1%).



Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

3.2.5 Phase d'implémentation : Année de diagnostic VIH

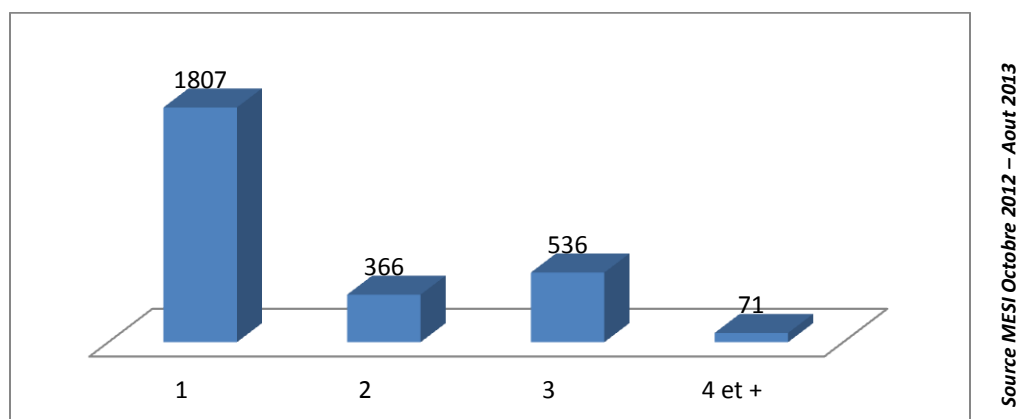


Source MESI Octobre 2012 – Aout 2013

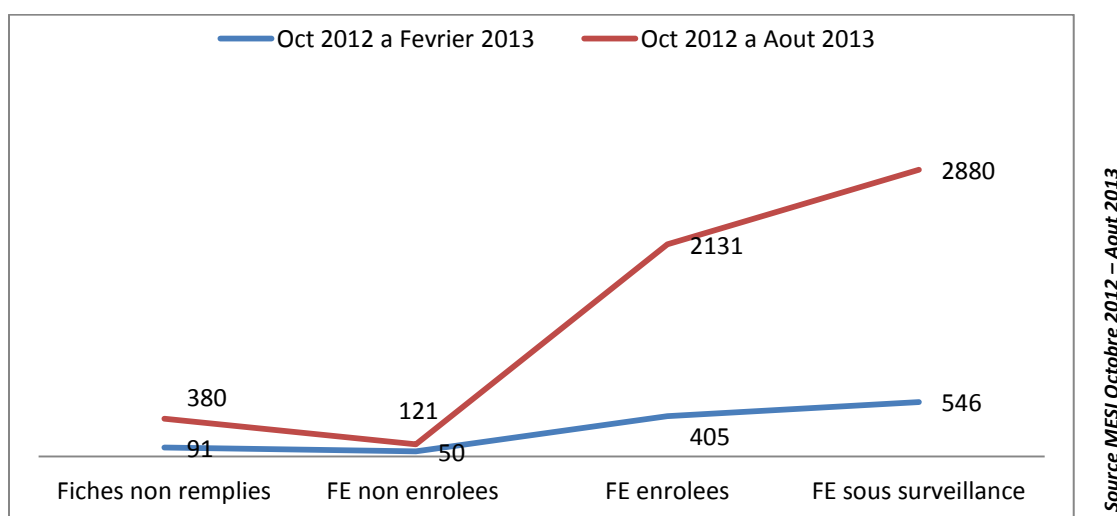
1.234 femmes enceintes séropositives ont su pour leur statut au moment de la visite prénatale (43%), 1.193 femmes ont eu leur diagnostic de VIH entre 2010 – 2012 (41%), 255 entre 2007-2009 (9%), 69 entre 2004-2006 (2%), environ 1% de ces femmes ont su pour leur statut au cours des années antérieures à 2003.

3.2.6 Phase d'implémentation : Nombre de visites prénatales

1.807 femmes enceintes séropositives ont bénéficiées d'au moins une (1) visite prénatale (65%), 536 ont eu trois (3) visites prénatales (19%), 366 ont eu deux (2) visites prénatales (13%) et 71 ont eu à partir de quatre (4) visites prénatales (3%). Nous tenons à souligner que d'après les normes de PTME une femme enceinte devrait bénéficier jusqu'à sept (7) visites prénatales.



3.2.7 Progrès de la phase d'implémentation depuis son lancement et conclusion



Ce graphe compare le nombre de femmes enceintes sous surveillance du début de la phase d'implémentation d'Octobre 2012 à Février 2013 et d'Octobre 2012 à Aout 2013. On observe une augmentation du nombre de femmes entre ces deux périodes.

Le système de surveillance active de la femme enceinte intégré à MESI a été un outil créé et défini, applicable au travail du service de PTME et utilisable en temps réel permettant de définir le mécanisme de collecte de données en supportant le travail réalisé au niveau institutionnel. Grâce à la surveillance active de la femme enceinte séropositive, un système où le personnel des sites gère la prévention de la transmission mère – enfant d’une manière très opportune et que les niveaux central et départemental fournissent un appui et un encadrement pour le fonctionnement, l’amélioration, les extrants et les résultats du système et du programme. Malgré certains problèmes d’infrastructures, de ressources matérielles et humaines, les résultats de la phase d’implémentation de la surveillance active de la femme enceinte séropositive ont démontré qu’avec l’étroite collaboration entre les niveaux institutionnel, départemental, central et entre différents partenaires, l’ETME est réalisable.

La prochaine étape est le lancement national de la surveillance active de la femme enceinte séropositive prévue pour le premier trimestre de l’année 2014.



4. Portée et applicabilité du dépistage précoce

4.1 Bref rappel historique

Au cours des années 1990 et début 2000, la lutte contre le VIH/sida était beaucoup tournée autour du dépistage du VIH, il était question de CDV, Conseil et Dépistage Volontaire du VIH, (ou VCT, Voluntary Counselling and testing, l'anglicisme dominant pour la période). Beaucoup de promotion a été faite autour de cette stratégie. En 1999, on a eu en Haïti un projet de mise en place de 25 sites de CDV. Ce projet a eu beaucoup de difficultés pour s'implanter correctement, il a fallu attendre 2002 avec l'arrivée du projet du fond mondial et 2004 avec le projet PEPFAR et les premiers sites fournissant le TARV à large échelle pour voir le projet vraiment décoller.

4.2 Contrôle de l'épidémie

On doit reconnaître qu'au cours de cette période la finalité de la démarche était plutôt de ralentir l'expansion de la maladie en s'attaquant aux modes de transmission et surtout d'avoir des données épidémiologiques sur l'évolution de cette maladie qui prenait de plus en plus d'ampleur. On n'avait pas encore grand-chose à offrir à la personne séropositive, ni au patient avec sida. Le dépistage offrait peu de bienfaits évidents à la personne séropositive puisqu'il n'existait aucun traitement efficace. De plus, la peur et l'ignorance à l'égard du VIH donnaient souvent lieu à la discrimination, voire de l'opprobre pour le séropositif connu. On a eu des cas où suite au résultat positif d'un test de dépistage et au cocktail de stigmatisation et de discrimination généré par ce test positif, l'état général du concerné se détériore rapidement et une mort assez hâtive s'en suit. Fort heureusement en dix ans le contexte a évolué pour ne pas dire a drastiquement changé. Même s'il n'y pas encore un vaccin et une cure définitive pour le sida, on reconnaît qu'il y a un ensemble de médicaments puissants disponibles, qui administrées correctement et régulièrement sont à même de permettre aux séropositifs de mener une vie régulière, et de mourir de pathologies autres que le VIH/sida.

4.3 Porte d'entrée du continuum de soins en VIH/sida

Malgré cette petite anicroche, ce débat entre parenthèse sur le dépistage avant l'ère des antirétroviraux, on doit quand même admettre que le dépistage représente la porte d'entrée de tout programme de lutte contre le VIH/sida. Et, aujourd'hui avec l'offre intéressante et variée pour la prise en charge qu'on a au niveau des programmes de lutte contre le VIH/sida, le dépistage a pris un tout un autre visage. On parle de systématisation ou de normalisation du dépistage, de dépistage universel (universal testing). Plusieurs pays ont adopté des normes pour la systématisation du dépistage dans leur système de santé. C'est l'option du dépistage venant du prestataire, en opposition au dépistage centré sur le client, ou CDV qui était le mode dominant.

Normaliser le test de dépistage du VIH (ou dépistage systématique) c'est offrir à chaque occasion, un test de dépistage du VIH à tous les patients du système de soins de santé qui avaient déjà eu des relations sexuelles et qui n'avaient pas subi de test au cours de l'année précédente. C'est le dépistage intégré dans la routine de la prestation des soins. Cependant on n'a pas laissé de côté l'offre de dépistage fondé sur le risque, le dépistage ciblé. Bien au contraire. Surtout orientée vers le niveau communautaire, l'offre de dépistage ciblé a connu un grand essor avec le développement de nombreux outils et approches comme les tests rapides à orientation diagnostique (acronyme TROD), plus communément appelé "dépistage rapide et démedicalisé" ou "test

communautaire à résultat rapide", c'est un outil très pratique pour aller auprès des communautés les plus touchées, ou plus à risque de VIH. C'est aussi le cas pour le test de dépistage précoce. Dans le même contexte d'extension du test de dépistage, de recherche du statut sérologique des gens, de « tracker » les séropositifs pour pouvoir les mettre sous traitement, le dépistage précoce représente cette démarche qui cible spécifiquement les personnes récemment infectées au VIH. Avec le dépistage précoce on souhaite détecter l'infection à VIH en phase aiguë et de mettre le concerné au traitement. En effet des études scientifiques avancent que "les personnes ayant récemment contracté le VIH sont plus à risque de le transmettre à d'autres personnes et seraient à l'origine de près de la moitié des nouvelles infections par le VIH dans certaines populations. La charge virale, devenant très élevée chez les personnes récemment infectées, est le principal facteur biologique qui explique pourquoi elles sont plus susceptibles de transmettre le VIH. Plus la charge virale est élevée, plus le risque de transmission du VIH lors des rapports sexuels non protégés augmente. Les chercheurs estiment que le risque de transmettre le VIH lors d'un seul acte sexuel non protégé est 26 fois plus élevé durant les trois premiers mois suivant l'infection, comparativement aux mois et aux années ultérieurs. La démarche de dépistage précoce entend adresser cette réalité et trouve là toute sa justification. Comme le dépistage précoce consiste à réaliser l'examen au cours de la phase aiguë d'infection, il comporte certaines limites liées au fait que la phase aiguë de l'infection est courte (..) et aussi que les tests ont une « fenêtre sérologique » (période au cours de laquelle le test n'est pas à même de détecter une infection même présente). Cependant vu le poids des infections récentes dans l'expansion du VIH, comme moteur de l'épidémie, tout se fait pour dépasser cette limite. Et Fort heureusement les nouvelles technologies en viennent à la rescousse. Avec le développement de nouveaux tests, les nouvelles technologies permettent de réduire significativement la « fenêtre sérologique » des tests. Si l'épreuve Western Blot figurant parmi les premiers tests mis au point a une « période fenêtre » de 6 à 12 semaines, les tests de dépistage de 3^{ème} génération permettent de détecter l'infection dans 34 jours suivant la transmission. Et les tests de quatrième génération ont une période fenêtre plus courte encore, soit de 15 à 20 jours. En plus de reconnaître les anticorps, ces derniers (tests de quatrième génération) permettent de détecter une protéine du VIH appelée antigène p24. Il existe un autre genre de test de dépistage appelé test d'amplification des acides nucléiques ou TAAN. Ce genre de test offre la période fenêtre la plus courte, soit de 7 à 15 jours. Le TAAN et les tests de quatrième génération sont les tests les plus récents. Ils sont les plus adaptés au dépistage précoce. Ils ont certes aussi un coût très élevé par rapport aux premiers tests.

4.4 Conclusion et recommandations

Il apparaît évident que le dépistage précoce aiderait bien à supporter la stratégie « traitement comme prévention », en permettant de capter les clients les « plus intéressants » selon la chaîne de transmission et de les connecter au traitement. Permettrait d'atteindre plus rapidement les cibles. Le dépistage précoce reste surtout applicable pour les projets spécifiques ciblant les sous-populations ayant des comportements à risque de transmission du VIH, et devra être implémenté suivant une démarche proactive et de proximité. Certes la question des ressources sera toujours un élément à prendre en compte car les tests de dépistage précoce ont un coût relativement élevé par rapport aux autres tests. Le débat reste donc ouvert sur la meilleure option en termes de dépistage. Il y a d'ailleurs cette étude nationale "Effect of Risk-Reduction Counseling With Rapid HIV Testing on Risk of Acquiring Sexually Transmitted Infection: The AWARE Randomized Controlled Trial" conduite aux Etats Unis par les chercheurs de Miller School et publié le 23 octobre 2013 au Journal of the American Medical Association qui vient y ajouter un point de vue non négligeable. Elle avance **"to halt AIDS, stop brief risk counseling, concentrate on testing"**, Pour éradiquer le sida c'est mieux de se concentrer sur le dépistage systématique à la place du conseil pré-test. Ici nous pensons que d'autres recherches sur la thématique et dans des contextes différents seront nécessaires pour déterminer la meilleure orientation. Toutefois on comprend chaque fois qu'on devra adapter et/ou actualiser les pratiques/interventions en VIH/sida, on devra tenir compte des nouvelles découvertes, du contexte d'implémentation et des ressources disponibles.

Nouvelles en bref

★ Face au besoin d'harmoniser les méthodes et techniques de collecte et de rapportage de données au niveau de l'ensemble des institutions offrant les soins et services dans le cadre de la riposte à l'épidémie du VIH, une séance de formation sur les outils de gestion des données du programme VIH/SIDA de 5 jours a été organisée pour 25 prestataires de soins.



Travaux de groupe sur les outils de collecte VIH/SIDA



Prise de photo avec un participant lors de la remise des certificats



Travaux de groupe sur les outils de collecte VIH/SIDA



Discours par le Conseiller technique de la coordination technique du PNLS avant la remise des certificats



Prise de photo avec un participant lors de la remise des certificats

★ Participation du PNLS dans la révision des normes standards sur l'amélioration de la qualité des soins et services destinés aux enfants et aux familles vulnérables.

★ Processus de révision du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) du programme VIH/Sida. De par certaines exigences programmatiques et structurelles : Publication de la politique nationale de santé, du plan directeur de santé 2013-2022, nouvelles lignes directrices de l'OMS pour traitement des PVVIH, La Coordination Technique (CT) du PNLS est contrainte de réviser son PSNM de 2008-2012 avec l'extension jusqu'en 2015 à 2018. A cet effet, un atelier de sensibilisation sur l'approche d'investissement a été réalisé par le PNLS conjointement avec un expert de l'ONUSIDA. La version finale du document sera présentée au mi Janvier 2014.

★ Participation du PNLS dans la 1^{ère} phase de l'audit sur l'Optimisation et Evaluation de la Qualité des Données du Traitement Antirétroviral avec le CDC et l'université de Californie à San Francisco.

★ Réalisation par le PNLS d'une étude sur la rétention sous Traitement Antirétroviral (TAR) et détermination des indicateurs d'alerte Précoce (IAP) à 12, 24 et 60 mois.

★ Participation du PNLS au dernier congrès national sur l'amélioration de la qualité des soins sur le Thème : « **Une longévité en bonne santé** » au Karibe Hôtel.

Comité de rédaction du Bulletin

Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS

Dr Edieu LOUISSAINT, MSPP/PNLS

Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS

Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS

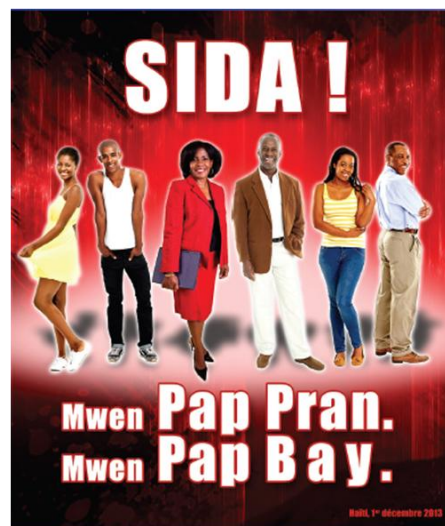
Dr Barbara ROUSSEL, NASTAD

Dr Edna PIERRE, NASTAD

Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Conception et mise en page

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS



Pour tout commentaire ou suggestion, prière de contacter l'Unité Suivi/Evaluation du Programme National à l'adresse e-mail suivante : suivievaluation_ucp@yahoo.fr

