

BULLETIN DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE VIH/SIDA



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population



PNLS

Programme National de Lutte
contre les IST/VIH/SIDA

Mai 2014

Editorial

En guise d'éditorial de ce 7^e numéro du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida, nous reprenons le discours de la coordonnatrice du Programme National de Lutte contre les IST-VIH-Sida, Dr Joelle Deas Van Onacker à l'occasion des obsèques du Dr Antoine Augustin qui a été fait « Chevalier » à titre posthume par le Président de la République d'Haïti, son Excellence, Monsieur Michel Joseph Martelly.

Mais bien avant, nous partageons avec nos lecteurs cette pensée retrouvée sur internet : « Méditer, c'est retenir la marche précipitée du temps afin d'introduire en soi un rythme, une paix, une lumière qui longtemps encore laisseront leur empreinte ».

Que la terre soit légère au Dr Augustin !

« Nous sommes ici pour honorer la Mémoire d'un grand homme, d'un frère, d'un ami, d'un confrère, qui nous a quitté comme une étoile filante sans avertir.

Tony était réservé et discret de nature, il ne parlait pas trop mais sa parole valait de l'or. Il avait en lui une sagesse qui permettait de faire le pont entre différents dossiers pas toujours faciles.

C'était une encyclopédie, une bibliothèque, un chercheur, un analyste et surtout un concepteur. Il a par son savoir faire beaucoup aidé le pays et particulièrement les Programmes de Santé. Sorti de Harvard, il s'est consacré énormément à la recherche et a produit plusieurs documents qui portent sa

griffe. Il a toujours été fier de parler de ces trouvailles et s'en servait pour donner des réponses appropriées aux besoins.

Par Encyclopédie, j'entends la large connaissance de cet homme dans différents domaines, car il s'intéressait autant au social qu'à la santé. C'est ainsi qu'on le voyait avec son orchestre en train de performer au Xaragua.

Une Bibliothèque, car il était seul en possession de données très importantes qui lui permettaient de faire des montages en terme de propositions à soumettre.

Un Analyste, Tony s'intéressait aux gens, aux comportements et à de multiples aspects du contenu de la vie et essayait de les analyser, de les décanter, toujours dans le but de solutionner un problème.

Un Concepteur, Je crois que c'est là que l'on a davantage utilisé ses compétences car il préparait et continuait à préparer de grands projets pour le pays.

Ce personnage plutôt dans l'ombre a été une valeur rare que ce pays a perdu et comme tout grand homme a droit à notre reconnaissance. Merci Tony pour tout ce que tu nous as apporté car tu fus un génie !

Tu es parti rejoindre ton Créateur nous ne pouvons que prier et Lui demander de te recevoir dans sa demeure ».

Dr Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice PNLS



Sommaire

Sommaire	2
Liste des abréviations.....	4
1. Notification de cas	5
2. Traitement antirétroviral	9
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à décembre 2013	9
2.2 Représentation départementale et partenariale des nouveaux enrôlés en 2013	10
3. Co infection VIH/TB.....	13
3.1 Représentation temporelle de nouveaux patients co infectés de janvier à décembre 2013.....	13
3.2 Représentation départementale des co infectés.....	14
4. Elimination de la transmission mère enfant	15
4.1 Représentation temporo-spatiale des femmes enceinte VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR.....	15
4.2 Représentation temporo-spatiale des enfants diagnostiqués par PCR et des enfants VIH.....	17
5. Points de Prestation de Services d'Excellence en Suivi et Evaluation du VIH/sida en Haïti	18
5.1 Mise en contexte	18
5.2 Une définition de meilleures pratiques	18
5.3 Source de données pour nos analyses sur les PPS.....	19
5.4 Philosophie et Objectifs	19
5.5 Critères de sélection et d'analyse	20
5.6 Justification des critères de jugement	20
5.7 Méthodologie de rédaction de l'article sur les PPSE en suivi et évaluation du VIH/sida	22
5.8 Conclusion.....	23
5.9 Références	23
6. Lu pour vous.....	24
7. Chiffres nationaux.....	25

8. Coin des nouvelles	25
Enquête de rétention.....	25
Elaboration et soumission du rapport GARPR 2014	25
Plan Stratégique National Multisectoriel.....	25
Enquête sérocomportementale sur les HSH et les TS	26
IMPORTANT A SAVOIR SUR CHIKUNGUNYA	26
16. Repartition des sites au niveau du programme selon le service et le département.....	27



Liste des abréviations

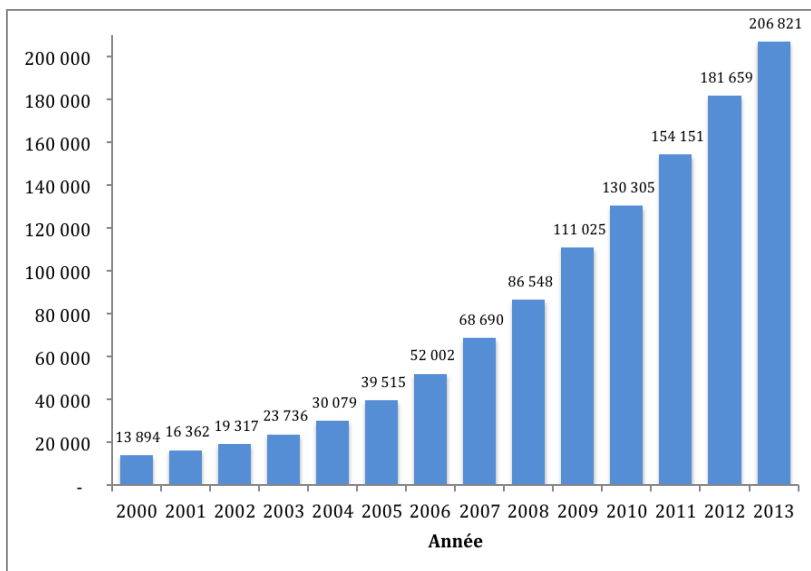
ARV	Anti Rétroviral
CDC	Center for Diseases Control and Prevention
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CDS	Centre pour le Développement et la Santé
CT	Coordination Technique
ETME	Élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
FOSREF	Fondation pour la Sante de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études du Syndrome de Kaposi et des infections Opportunistes
HASS	HIV AIDS Surveillance System (base de données de surveillance épidémiologique du sida en Haïti)
ICC	International Child Care
ITECH	International Training and Education Center for Health
MESI	Monitoring Evaluation and Surveillance Interface
METH	Monitoring Evaluation Team of Haïti
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 / ZanmiLasante
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPS	Point de Prestation de Service
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TAR	Traitement AntiRétroviral
UGP	Unité de Gestion de Projet
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Notification de cas

25.000 nouveaux cas diagnostiqués VIH ont été notifiés dans les CDV en 2013. Le dépistage est la porte d'entrée du continuum de soins en VIH/sida et de l'accès universel. Cet article sur la notification rend compte du travail qui a été fait en 2013 et les données sont tirées de la base de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti : HASS.

De l'année 2000 à décembre 2013, le nombre cumulé de patients uniques rapportés à la base HASS est de 206 821.

Les cas de VIH/sida sont rapportés à HASS par les trois principaux systèmes de dossiers électroniques médicaux en Haïti, MSPP/iSanté, les Centres GHESKIO et PIH/Zanmi Lasante. Les nouveaux diagnostics de VIH sont aussi rapportés par les sites de counseling et dépistage volontaire pour le VIH à travers la base nationale de données VIH/sida en Haïti : MESI.

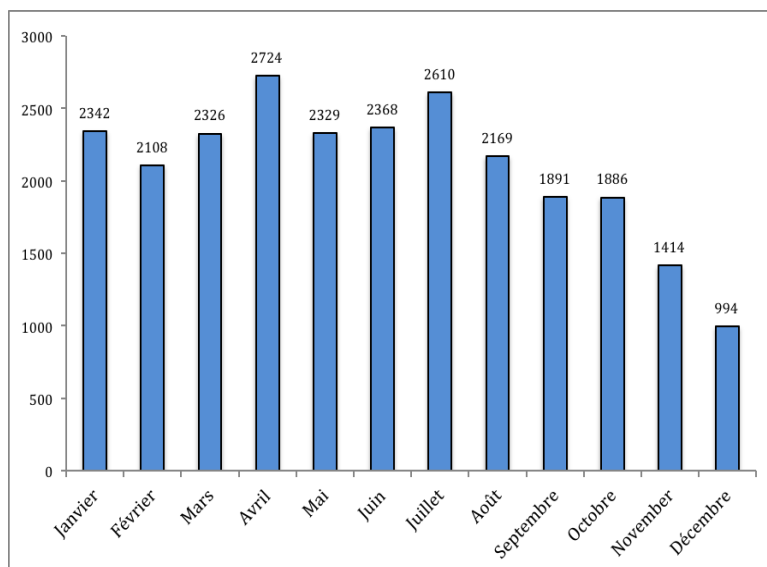


Graphique 1. Répartition des cas VIH rapportés de 2000 à 2013.

La majorité des cas rapportés avant 2003 a été constituée par les données des centres GHESKIO qui représentent le système de rapportage le plus ancien du pays. A partir de 2005, le système iSanté a commencé à rapporter des données qui représentent le plus grand volume de cas entre 2005 à 2008. Sur le cumul des 206 821 cas de VIH rapportés jusqu'à décembre 2013, 25 161 (soit environ 12% du total) ont été nouvellement diagnostiqués au cours de l'année de 2013.

Ce graphe présente les cas de VIH nouvellement diagnostiqués et rapportés pour la période de Janvier à Décembre 2013. Le mois d'avril accuse une hausse des cas de VIH rapportés (2 724) suivi du mois de Janvier (2 342). On peut remarquer une diminution progressive du nombre de cas rapportés pour la période de mai à décembre 2013.

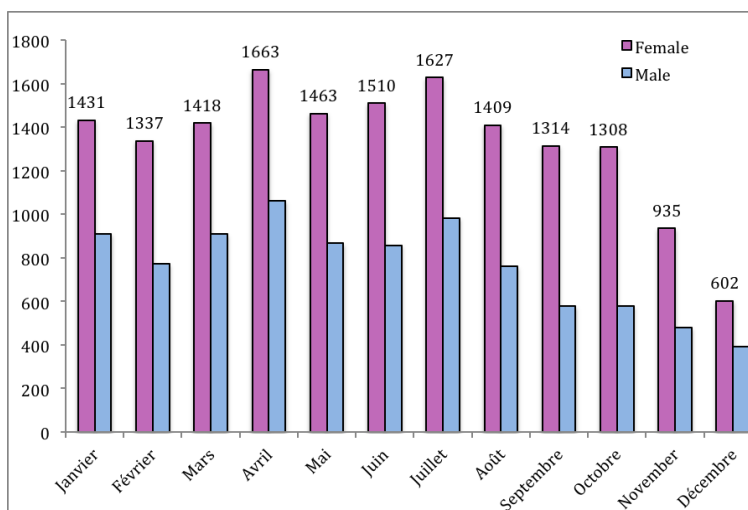
Cette tendance à la baisse observée pourrait signifier une diminution de l'incidence du VIH à l'échelle nationale, mais elle pourrait être expliquée



Graphique 2. Nouveaux cas VIH rapportés à l'échelle nationale de Janv. à Déc. 2013.

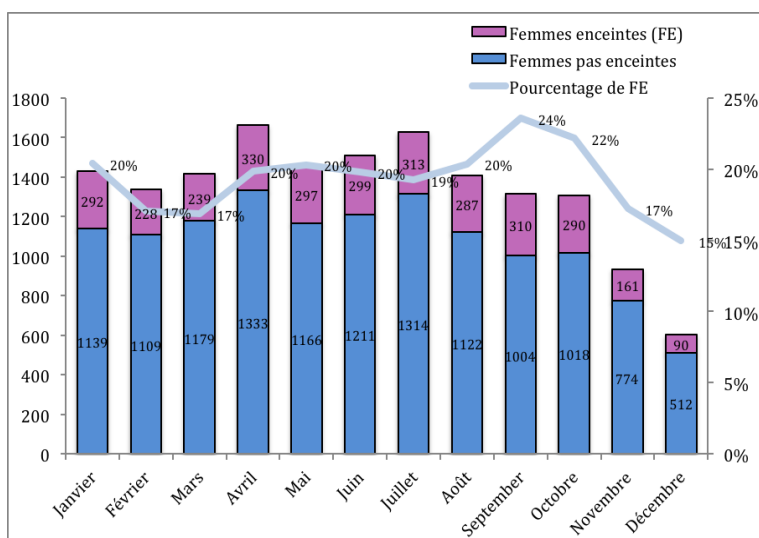
par d'autres facteurs tels, les délais de rapportage des résultats des cas récemment diagnostiqués. De plus, pour l'un des EMR rapportant généralement environ 10% de l'ensemble des cas de VIH, les données sont manquantes pour la période allant de Septembre à Décembre 2013.

Le graphe ci-dessus montre la distribution des cas de VIH par sexe pour la période de Janvier à Décembre 2013. Nous observons une constance dans ce schéma de distribution: il y a toujours plus de femmes à être rapportées VIH positives que d'hommes (quelque) soit le mois considéré; mais nous pouvons remarquer une augmentation du nombre de cas pour le mois d'avril pour les deux sexes. Au cours de l'année de 2013 le ratio Femme : Homme était de 1,7 pour les nouvelles infections au VIH.



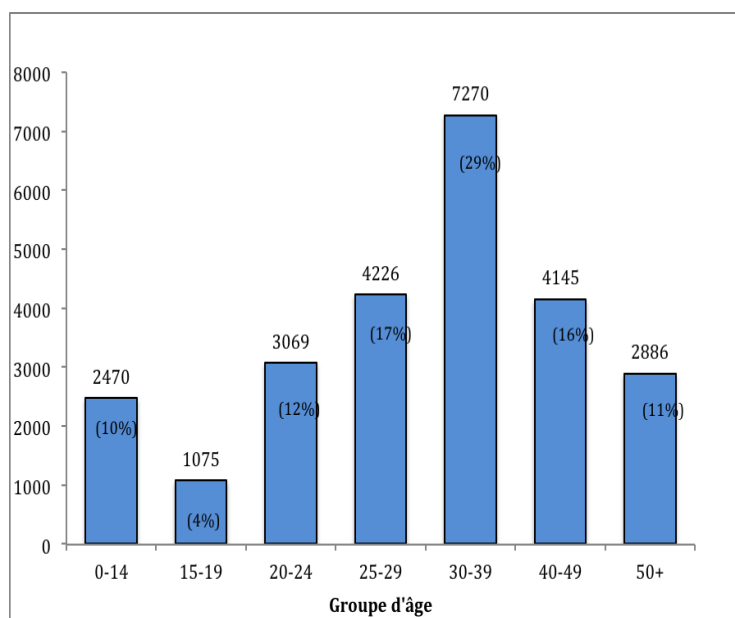
Graphique 3. Nouveaux cas VIH rapportés selon le sexe de Janvier à Décembre 2013.

Le graphe 4 présente le nombre de femmes et selon le statut en fonction de la grossesse au moment du diagnostic de VIH de Janvier à Décembre 2013. Avec la riposte nationale visant au renforcement de l'élimination de la transmission verticale mère enfant (ETME), le rapportage systématique du statut de grossesse des femmes au moment du diagnostic constitue un aspect important de la surveillance du VIH. Les proportions de femmes enceintes VIH positives varient autour de 20% pour cette période, avec la plus forte proportion (24%) observée en septembre et la plus faible (15%) en décembre.



Graphique 4. Nombre et proportion de nouveaux cas VIH parmi les femmes selon le statut de grossesse de janv. à déc. 2013.

Le graphe ci-dessus présente la distribution des cas de VIH par groupe d'âge pour l'année 2013. La majorité des personnes nouvellement diagnostiquées se retrouve dans le groupe de 30-39 ans (29%). Dans la catégorie d'adulte, les autres tranches d'âges regroupant le plus de cas sont respectivement le groupe des 40-49 ans (17%) et des 25-29 ans (16%). Une proportion importante des cas de VIH rapportés est également observée pour le groupe d'âge pédiatrique de 0-14 ans (11%).



Graphique 5. Cas VIH rapportés par groupe d'âge en 2013.

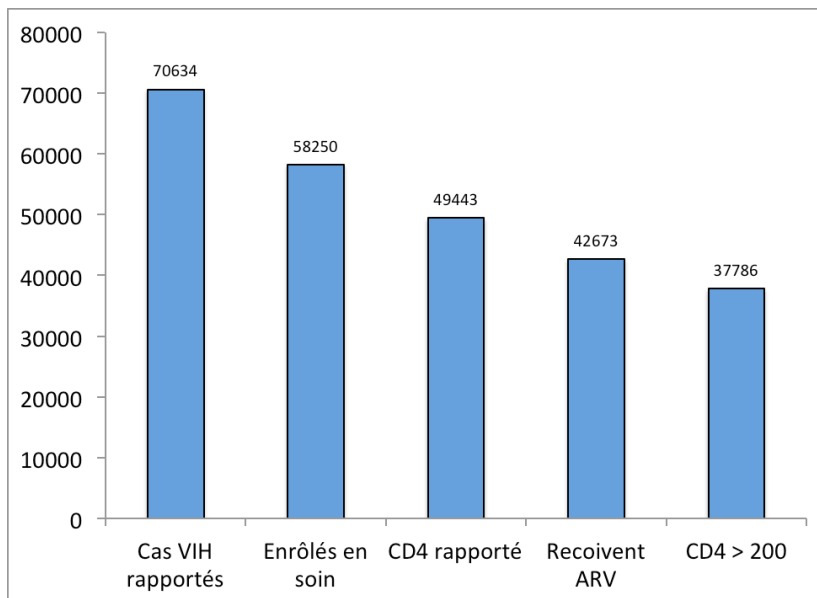
Tableau 1. Nombre et proportion de nouveaux cas de VIH parmi les adultes par facteur de risque, Janvier à Décembre 2013.

Facteur de risque	Hommes (n = 8 048)		Femmes (n = 14 623)	
	Effectif	%	Effectif	%
Rapport sexuel avec une femme	4 992	62%	542	4%
Rapport sexuel avec un homme	511	6%	9 806	67%
Rapport sexuel avec plus de deux personnes	1 423	18%	1 866	13%
Rapport sexuel sans préservatif	1 287	16%	2 476	17%
Rapport sexuel avec une travailleuses de sexe	510	6%	--	--
Rapport sexuel avec un (e) partenaire séropositif (ve)	476	6%	1 067	7%
Histoire d'infection de TB	245	3%	299	2%
Histoire d'infection de syphilis	653	8%	1 135	8%
Histoire d'infection avec autre IST	702	9%	1 880	13%

Les modes probables de la transmission de l'infection au VIH ne sont pas rapportés de façon uniforme par les trois systèmes de dossiers électroniques médicaux en Haïti; en 2013, pour approximativement 1/3 des cas notifiés certaines variables n'étaient pas rapportées. En conséquence, les analyses relatives aux facteurs de risque sont limitées.

A la lumière des données présentées dans le tableau 1, pour l'année 2013. 62% des hommes et 67% des femmes ont mentionné des rapports hétérosexuels comme facteur de risque, alors que 6% des hommes auraient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. 16% des hommes et 17% des femmes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles sans préservatif. 6% des hommes et 7% des femmes ont mentionné avoir des relations sexuelles avec une personne VIH positive. Une histoire d'infection sexuellement transmissible (IST) a été relatée par 9% des hommes contre 13% des femmes.

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 70 634 cas rapportés pour cette période, 58 250 (83%) ont été enrôlés en soins; 49 443 (70%) ont eu un test de CD4; 42 673 (60%) sont placés sous ARV et 37 786 (54%) ont un taux de CD4 rapporté supérieur à 200, supposant le fait que plus de la moitié des patients diagnostiqués ne le sont à un stade tardif de l'infection ou diagnostiqué au stade sida. Nous espérons avec l'évolution et le renforcement du Programme de prise en charge

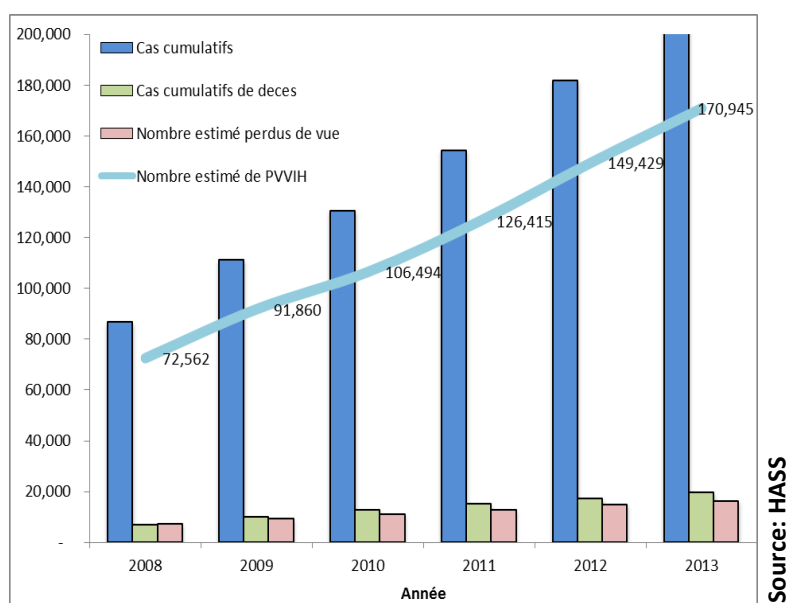


Graphe 6. Cascade des événements sentinelles de l'infection au VIH pour les nouveaux cas rapportés entre 2010 et 2012.

des patients VIH positifs en Haïti, le système de surveillance pourra compléter cette cascade en fournissant des informations sur le taux de rétention en soins, ainsi que sur la charge virale des patients placés sous traitement antirétroviral.

Ces données constituent l'ensemble des données à jour des patients enrôlés en soins et sous traitement ARV des trois principaux systèmes de dossiers électroniques médicaux en Haïti (EMR), MSPP/iSanté, GHESKIO et ZL.

Ce graphe montre la prévalence du VIH ajustée au nombre rapporté de décès et le nombre estimé de perdu de vue. Les décès sont rapportés à la base nationale de surveillance VIH/sida par les trois principaux systèmes électroniques du pays. Sur les 206 821 cas cumulés uniques de la base nationale de surveillance VIH/sida, 19 560 cas ont une date de décès indiquée dans leur dossier (9,5%). Il est estimé que 16 316 cas sont perdus de vue dans les différents systèmes (7,9%) considérant qu'aucune activité récente de mise à jour du dossier n'a été réalisée et rapporté à la base de surveillance VIH/sida.



Source: HASS

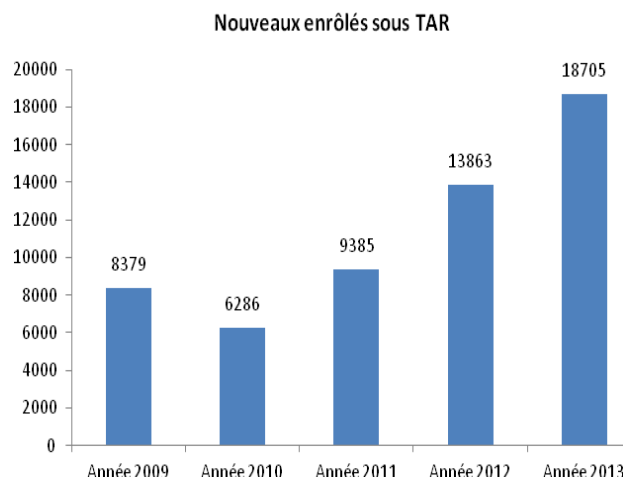
Graphe 7 : Nombre de cas cumulés de décès et de perdu de vue par rapport à la prévalence du VIH de 2008 à 2013

2. Traitement antirétroviral

132 PPS fournissaient des services de soins et de TAR à la fin de l'année 2013. Au total, 54.684 personnes sont postées actives au 31 décembre 2013 sur MESI. Nous profitons de cette introduction pour saluer le travail de SOLUTIONS, METH, UGP/MSPP/PEPFAR, CDC, CT/PNLS et d'autres acteurs en gestion de données pour leur travail sur l'amélioration de la qualité des données VIH/sida. Sans ce travail, MESI ne serait pas ce qu'il est devenu aujourd'hui.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, le PNLS a enrôlé 18.705 nouveaux patients sous TAR. Pour mieux apprécier cet effort, nous prenons un certain recul pour regarder l'évolution des nouveaux enrôlés sous TAR au cours des 5 dernières années. Le graphique ci-contre nous indique qu'Haïti a triplé en 5 ans le nombre de nouveaux enrôlés sous TAR; malgré qu'il y ait eu une baisse observée en 2010 à cause du séisme dévastateur et meurtrier du 12 janvier 2010. En outre, nous devons signaler qu'en 2009 n'existaient que 52 PPS offrant le TAR; tandis qu'en 2013 le nombre de PPS a plus que doublé passant de 52 à 132 PPS.

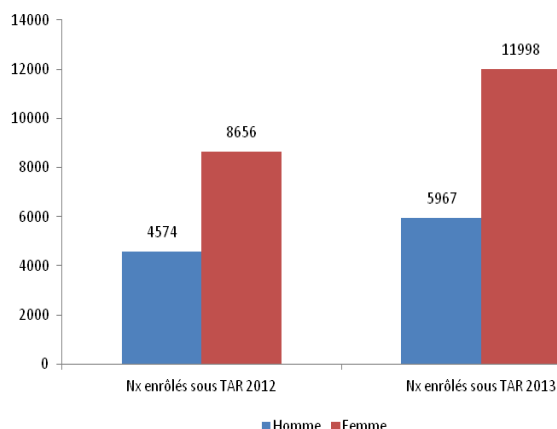
En 2012, le nombre de nouveaux enrôlés était de 13.863 et en 2013, il y a eu une hausse d'environ de 35% par rapport à la performance de 2012, ce qui a permis au programme de frôler la barre des 20.000 nouveaux enrôlés sous TAR.



Graphique 8. Evolution des nouveaux enrôlés de 2009 à 2013 en Haïti, www.mesi.ht

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

Dès 18.705 nouveaux enrôlés sous TAR en 2013; environ 2 sur 3 sont des femmes, soit 11.998 patientes parmi lesquelles les femmes enceintes représentent environ 30,0%. En 2012, la représentation des femmes était la même, mais le pourcentage des femmes enceintes était moindre, soit environ 25,0%. Les femmes ont recours aux soins plus souvent que les hommes comme le montre le graphique ci-contre; le ratio homme/femme est de 1 sur 2. En 2013, la représentation des enfants est de 4,0%; tandis qu'en 2012 elle était de 4,5%.

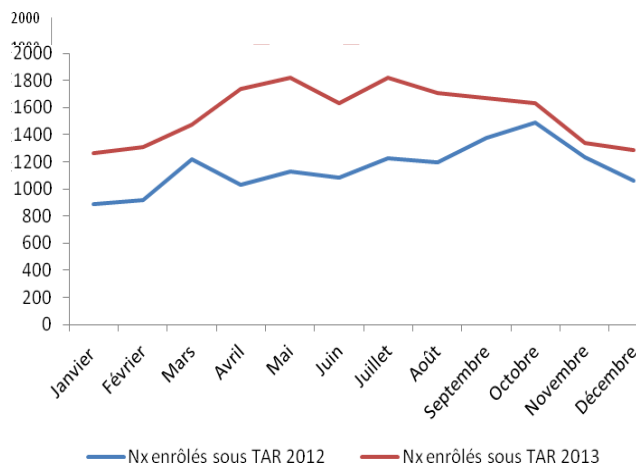


Graphique 9. Répartition des nouveaux enrôlés entre homme et femme en 2012 et 2013.

Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés selon le sexe et le statut de la femme. Année 2013.

Plus de 1.800 nouveaux enrôlés ont débuté leur TAR aux mois de mai et de juillet 2013. Les niveaux en-dessous de 1.300 ont été enregistrés au début et à la fin de l'année 2013. Le nombre moyen de nouveaux cas par mois est de 1.562 contre 1.155 en 2012. Selon les résultats obtenus au cours de ces 2 dernières années, la progression sur 24 mois est d'environ 1.400 par mois. Nous pouvons prédire; que si tous les autres facteurs, en dehors des facteurs institutionnels, restent les mêmes; qu'en 2014 le programme pourrait approcher le niveau de 72.000 patients actifs sous TAR. Selon le graphique 3, l'évolution de la mise sous TAR de nouveaux enrôlés paraît similaire en 2012 et 2013. Pour les 2, nous avons observé une diminution des effectifs au début et à la fin, mais les pics ont été atteints à des moments différents.

Mois	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total
Janvier	393	564	262	48	1267
Février	435	621	213	41	1310
Mars	451	721	246	59	1477
Avril	573	814	285	65	1737
Mai	581	826	344	72	1823
Juin	516	715	342	59	1632
Juillet	581	842	319	80	1822
Aout	504	753	370	80	1707
Septembre	516	777	312	68	1673
Octobre	527	690	344	69	1630
Novembre	447	579	252	59	1337
Décembre	443	595	212	40	1290
Total	5967	8497	3501	740	18705


Graphique 10. Répartition des nouveaux enrôlés par mois en 2012 et 2013 par un histogramme et un polygone de fréquence.

2.2 Représentation départementale et partenariale des nouveaux enrôlés en 2013

Environ 50% des nouveaux enrôlés sous TAR l'ont été dans le département de l'ouest. 4 départements : l'Ouest, l'Artibonite, le Nord et le Sud ont mis sous TAR 4 sur 5 des nouveaux enrôlés.

Tableau 3. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département en 2013.

Département	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée en %
Ouest	2621	3885	1629	301	8436	45.10	48.1
Artibonite	940	1354	573	126	2993	16.00	61.1
Nord	740	1040	462	88	2330	12.46	73.6
Sud	429	451	109	53	1042	5.57	79.1
Centre	412	609	161	51	1233	6.59	85.7
Nord ouest	227	368	126	40	761	4.07	89.8
Nord est	182	305	191	29	707	3.78	93.6
Nippes	134	189	91	11	425	2.27	95.8
Grande anse	133	158	115	25	431	2.30	98.1
Sud est	149	138	44	16	347	1.86	100.0
Total	5967	8497	3501	740	18705	100.00	

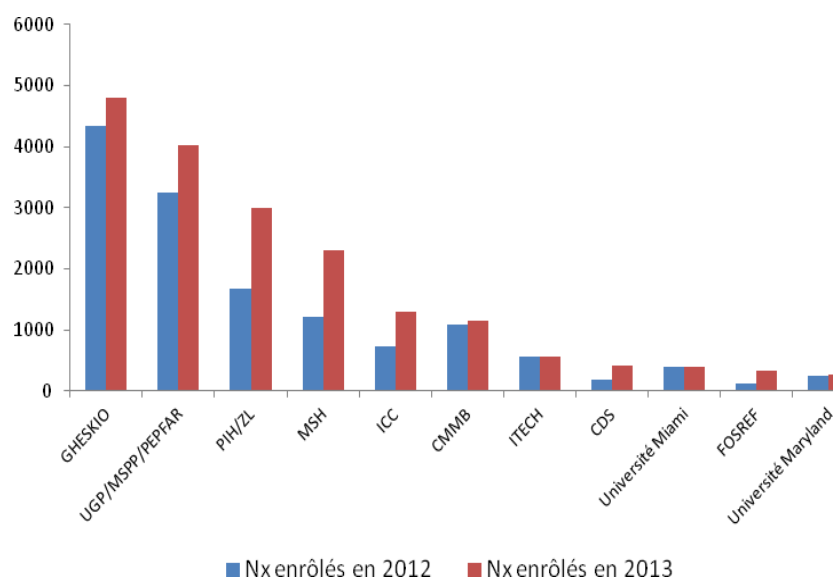
Les partenariats et les réseaux de partenaires constituent le socle sur lequel repose la mise en œuvre du PNLS¹. Dans le tableau ci-dessous est indiqué le nombre de PPS rattaché à un réseau de partenaires en 2013. Selon les données disponibles sur MESI (www.mesi.ht), GHESKIO arrive en premier dans l'enrôlement de nouveaux patients sous TAR, suivi du réseau du MSPP, UGP/MSPP/PEPFAR. Ces 2 réseaux ont enrôlé environ 50% du total des nouveaux patients sous TAR en 2013. Dans le prochain bulletin, le réseau MSH sera remplacé en 2014 par 2 nouveaux réseaux : le réseau de PATHFINDER au niveau de l'ouest, du centre et du grand sud, et le réseau d'URC au niveau du grand nord.

¹ Il est indispensable de bien définir le PNLS pour mieux comprendre les mécanismes opérationnels actuels et en devenir de la gestion stratégique des enjeux et des défis du PNLS. Quand nous écrivons PNLS, nous pensons qu'il s'agit de tous les acteurs nationaux et internationaux qui interviennent dans la Riposte nationale face au VIH, qui interagissent entre eux pour mobiliser et utiliser des ressources afin de modifier la trajectoire de l'épidémie à VIH en Haïti en fournissant à la population haïtienne des services de prévention, diagnostiques, de soins et de traitement en matière de VIH/sida. La CT du PNLS, quant à elle, n'est qu'un acteur, parmi d'autres, qui se situe au niveau de la gouvernance avec des sphères d'action bien spécifiques d'ordre programmatique (plans stratégiques), normatif et de régulation (procédures, normes, contrôle de la qualité des soins) et de SE (validation de données, publication d'informations stratégiques, etc.).

Tableau 4. Répartition des nouveaux enrôlés selon le réseau de partenaires. Année 2013.

Réseau	PPS	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée en %
GHESKIO	13	4802	25.67	25.67
UGP/MSPP/PEPFAR	28	4025	21.52	47.19
PIH/ZL	13	2996	16.02	63.21
MSH	24	2312	12.36	75.57
ICC	21	1292	6.91	82.48
CMMB	6	1161	6.21	88.69
ITECH	3	559	2.99	91.68
CDS	5	413	2.21	93.89
Université Miami	1	391	2.09	95.98
FOSREF	10	341	1.82	97.80
Université Maryland	1	276	1.48	99.29
POZ	1	47	0.25	99.54
HAD	1	42	0.21	99.75
WV	3	40	0.21	99.96
HTW	1	8	0.04	100.00
Total	131	18705	100.00	

Tous les réseaux ont maintenu ou amélioré leur performance par rapport à 2012. La figure ci-dessous montre que les réseaux GHESKIO, UGP/MSP/PEPFAR, PIH/ZL et MSH maintiennent le peloton de tête en 2012 et 2013.



Graphique 11. Répartition des nouveaux enrôlés par réseaux de partenaires en 2012 et 2013.

3. Co infection VIH/TB

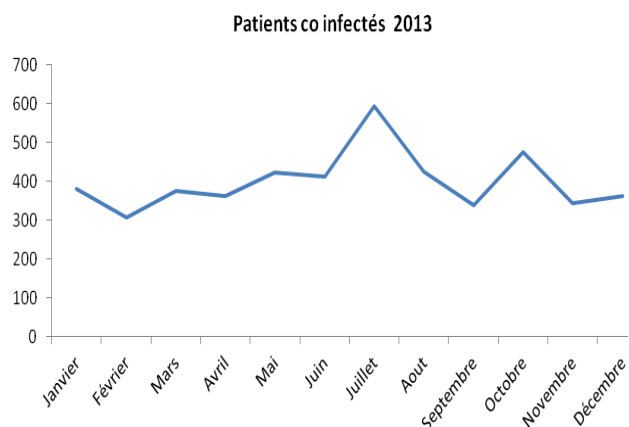
Au cours de l'année 2013, MESI indique que 185 PPS ont rapporté des données sur la co infection TB/VIH. Ces données ont une importance capitale pour les 2 programmes TB et IST/VIH et elles méritent que les 2 coordinations techniques les analysent de façon périodique à cause des enjeux de la co infection qui peuvent à moyen terme contraindre les décideurs à modifier en profondeur les structures de gestion et de la mise en œuvre proprement dite des 2 programmes.

Dans le cadre du nouveau modèle de financement, Le fonds mondial encourage les pays dont ces 2 pathologies représentent une charge lourde de morbidité et de mortalité à soumettre une note conceptuelle conjointe. Luis Loures, un haut responsable de l'ONUSIDA, a déclaré récemment que le maintien de ces 2 programmes de façon séparée n'est plus une option. Rappelons que les données statistiques mondiales contenues dans les rapports TB 2012 et ONUSIDA 2013 mentionnent que un sur trois des 35.3 millions de PVVIH ont une infection latente à la tuberculose et que les PVVIH sont 20 fois plus susceptibles de développer une tuberculose active que les personnes qui sont séronégatives. Elles sont plus susceptibles également de mourir de la tuberculose que toute autre maladie liée au VIH.

Le modèle actuel de collaboration entre les 2 programmes est la référence. Nous pensons que ce modèle qui représente le statu quo ne pourra plus être maintenu à long terme. Nous préconisons qu'Haïti doit avancer de façon pragmatique et incrémentielle vers l'intégration.

3.1 Représentation temporelle de nouveaux patients co infectés de janvier à décembre 2013

4.793 nouveaux patients ont été pris en charge sur la co infection VIH/TB en 2013. Dans ce bulletin nous traitons de l'aspect VIH et notre dénominateur est représenté par les nouveaux enrôlés sous TAR. Ainsi, la proportion de patients co infectés en 2013 est de 28,0%. Le mois de juillet est le mois médian en 2013, vu sous l'angle de la co infection VIH/TB.



Graphique 12. Evolution des Co infectés. Janvier à Décembre 2013.

Est indiqué dans le tableau ci-dessous la répartition des co infectés par mois au cours de l'année 2013. MESI ne fait pas actuellement la désagrégation de ces cas par âge (enfant, adulte) et par sexe et nous espérons que, bientôt, des échanges et des discussions appropriées se feront au sein du CNQD pour permettre à SOLUTIONS d'apporter les changements souhaités sur ce sujet sur MESI. Ce qui nous permettrait de fournir des informations sur la répartition des co infectés par sexe et si possible par âge.

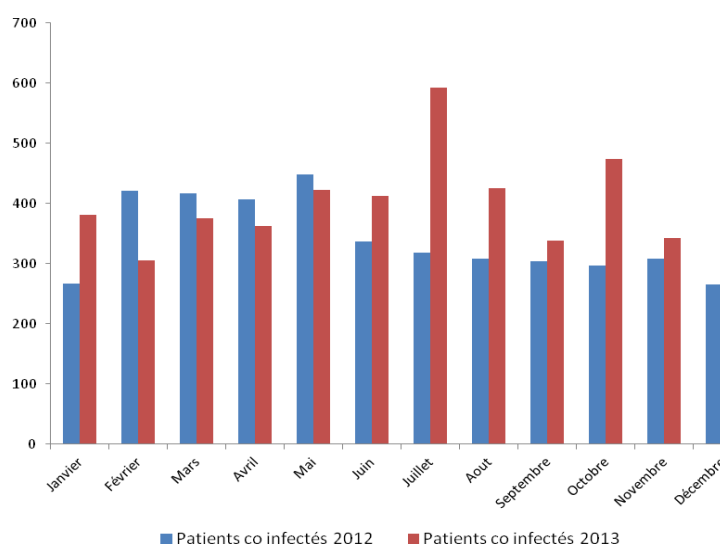
Tableau 5. Répartition des nouveaux co infectés de janvier à décembre 2013.

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 en %	Proportion de patients co infectés sous Nx enrôlés sous TAR en %
Janvier	1267	381	238	159	67.0	30.0
Février	1310	306	188	332	177.0	23.0
Mars	1477	376	237	177	75.0	25.0
Avril	1737	362	218	176	81.0	21.0
Mai	1823	422	276	184	67.0	23.0
Juin	1632	412	265	203	77.0	25.0
Juillet	1822	593	403	270	67.0	33.0
Aout	1707	425	270	265	98.0	25.0
Septembre	1673	338	195	178	91.0	20.0
Octobre	1630	474	195	187	96.0	29.0
Novembre	1337	342	206	168	82.0	26.0
Décembre	1290	362	220	169	77.0	28.0
Total	18705	4793	2911	2468	85.0	26.0

3.2 Représentation départementale des co infectés

Les départements qui ont pris en charge un nombre supérieur à 100 de co infectés sont l'Ouest, l'Artibonite, les Nippes, le Centre et le Nord. Si nous comparons les résultats des années 2012 et 2013, nous notons que le mois médian pour 2013 est le mois de juillet et celui de 2012 est le mois de mai. La progression de prise en charge des co infectés est de 0,17% car le total des co infectés en 2012 est de 4.101 patients.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des co infectés par département. Nous attirons l'attention des responsables de la direction sanitaire des Nippes sur le fait que les co infecté ont plus que doublé en 2013; en 2012, ils étaient de 109.



Graphique 13. Répartition des co infectés Janvier à Décembre 2012 et 2013.

Tableau 6. Répartition des co infectés par département en 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	8436	758	1197	1955	23.00
Artibonite	2993	402	647	1049	35.00
Nord	2330	145	267	412	18.00
Sud	1042	75	133	208	20.00
Centre	1233	148	250	398	32.00
Nord ouest	761	43	146	189	25.00
Sud est	707	38	54	92	13.00
Grande anse	425	43	75	118	28.00
Nord est	431	46	74	120	28.00
Nippes	347	184	68	252	73.00
Total	18705	1882	2911	4793	26.00

4. Elimination de la transmission mère enfant

Au cours de l'année 2013, les PPS qui ont rapporté de façon régulière des données à MESI sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes varient d'un mois à un autre, de 126 pour le mois de janvier à 141 pour le mois de décembre en passant par 142 pour le mois de juillet. Le nombre des PPS transmettant des données sur le statut des enfants exposés est plus élevé mensuellement que celui sur le dépistage VIH chez les femmes enceintes; ils varient de 130 pour le mois de janvier à 145 pour le mois de décembre. Nous avons signalé dans le numéro 6 du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti une anomalie entre les enfants exposés testés par PCR et les enfants exposés enregistrés; les enfants exposés testés par PCR sont supérieurs aux enfants exposés enregistrés. Les variations de rapportage d'un mois à un autre, en matière de ponctualité et de complétude, peuvent elles à elles seules, expliquer la persistance de cette anomalie sur tous les mois de 2013?

4.1 Représentation temporo-spatiale des femmes enceinte VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR

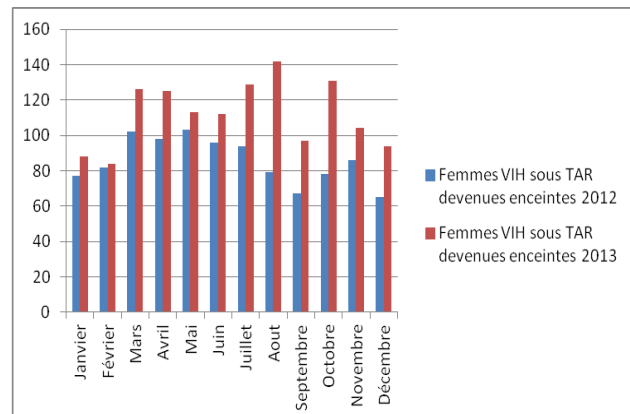
Les femmes VIH sous TAR devenues enceintes sont de 1.345, soit 27,0% du total des nouvelles femmes VIH enrôlées sous TAR. En 2012, elles étaient de 1.027 sur 2.572, soit 40,0%. Les femmes VIH sous TAR devenues enceintes sont un sous groupe important des femmes sous TAR; Elles méritent un suivi rapproché pour leur permettre d'accoucher dans de bonnes conditions et faciliter ainsi la prise en charge du nouveau né exposé à temps.

Tableau 7. Répartition des femmes enceintes VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR. Année 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 en %	TME en %
Janvier	88	354	250	351	35	140.00	10.00
Février	84	312	237	330	34	139.00	10.00
Mars	126	393	200	278	24	139.00	9.00
Avril	125	422	305	393	28	129.00	7.00
Mai	113	473	241	295	29	122.00	10.00
Juin	112	461	240	298	21	124.00	7.00
Juillet	129	452	242	469	20	194.00	4.00
Aout	142	518	256	313	14	122.00	4.00
Septembre	97	414	343	275	15	80.00	5.00
Octobre	131	482	352	277	29	79.00	10.00
Novembre	104	364	299	359	19	120.00	5.00
Décembre	94	329	283	305	10	108.00	3.00
Total	1345	4974	2308	2987	218	129.00	7.00

Les enfants diagnostiqués PCR continuent à être plus élevés que ceux exposés et enregistrés. Le total des enfants VIH est de 218, et comme MESI nous indique des données sur le PCR pour 2.987 enfants; La proportion de TME en 2013 est de 7,0%. Rappelons qu'en 2012, cette proportion était de 8,6% (bulletin, numéro 2).

La fréquence absolue des femmes VIH sous TAR devenues enceintes est plus élevée en 2013 qu'en 2012. Si nous comparons ces 2 années, le mois médian en 2013 est août et pour 2012, le mois de mai. Nous remarquons cette tendance d'une diminution des effectifs en début et à la fin de l'année. Cette observation a été faite également pour les nouveaux enrôlés sous TAR et les co infectés.

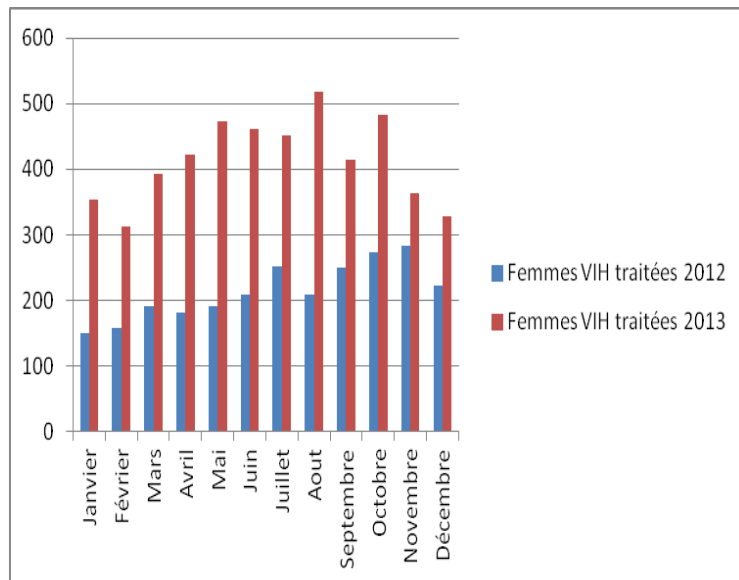


Graphique 14. Evolution des femmes VIH sous TAR devenues enceintes. 2012 et 2013.



Les femmes VIH traitées sont plus nombreuses en 2013 qu'en 2012.

L'évolution de la mise sous TAR est différente d'une année à l'autre. En 2012, le mois médian a été le mois de novembre et en 2013, il est le même mois que celui des femmes VIH sous TAR devenues enceintes : le mois d'août. Outre ce mois, il y a d'autres mois pour lesquels les scores se rapprochent du mois médian, ce sont mai et octobre.

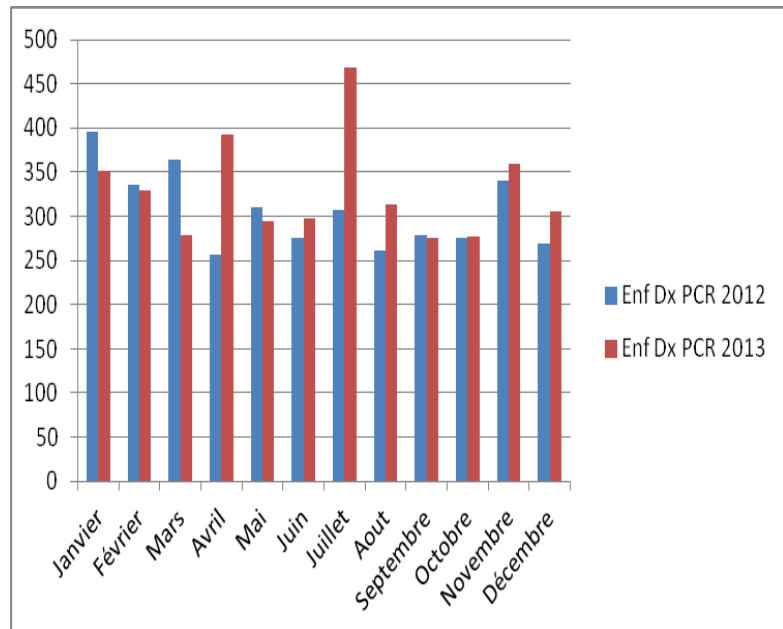


Graphique 15. Evolution des femmes VIH traitées. 2012 et 2013.

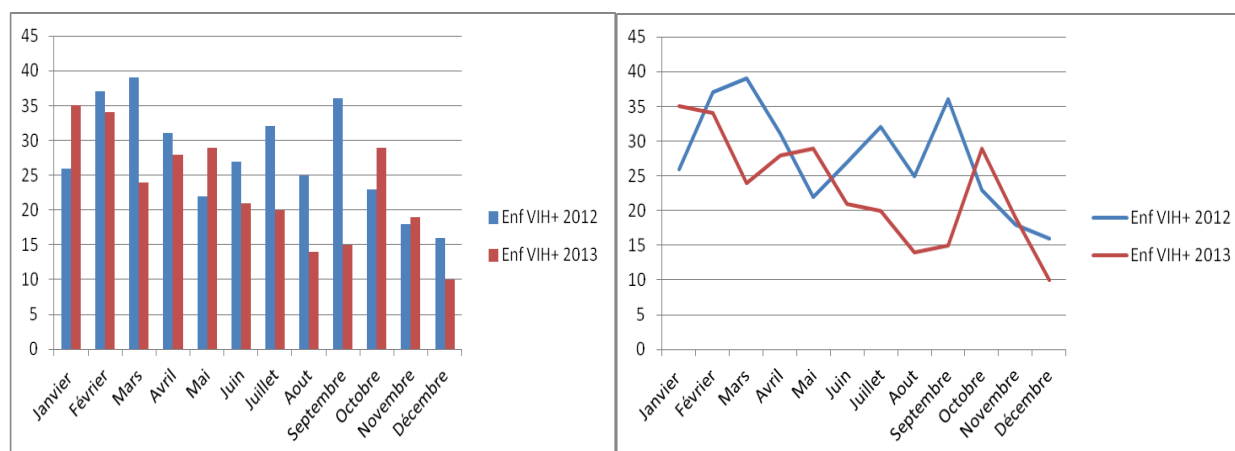
4.2 Représentation temporo-spatiale des enfants diagnostiqués par PCR et des enfants VIH

Au cours des années 2012 et 2013, entre 250 et 300 nouveaux nés exposés ont bénéficié d'un PCR par mois. Les 2 années ont démarré sur des chapeaux roues; les mois de janvier ont eu de meilleurs scores que mai et juin, par exemple. Le mois médian de 2013 est juillet et celui de 2012 a été avril.

Le total des enfants VIH diagnostiqués par PCR est de 218. En 2012, cet effectif est de 332. Nous avons constaté une diminution en valeur absolue et qui se reflète également dans la proportion de transmission mère enfant.



Graphique 16. Evolution des enfants diagnostiqués par PCR. 2012 et 2013.



Graphique 17. Evolution des VIH. 2012 et 2013. Représentation par un histogramme et un polygone de fréquence.

Rappelons que la proportion de TME en 2012 était de 8,6% alors qu'en 2013, il est de 7,0%. Dans les graphiques ci-dessus, nous constatons que la tendance de la proportion de TME est à la baisse. Ce qui ne peut que nous réjouir.

5. Points de Prestation de Services d'Excellence en Suivi et Evaluation du VIH/sida en Haïti

5.1 Mise en contexte

Le titre de cet article est impressionnant et ambitieux, car il s'agit d'identifier nos Points de Prestation de Service (PPS) qui ont de bonnes pratiques en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti pour les féliciter de Point de Prestation de Services d'Excellence (PPSE) en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti. Tout d'abord, avons-nous les ressources indispensables au sein du comité de rédaction pour conduire des évaluations régulières nous permettant d'identifier les meilleures pratiques? La réponse est évidemment non. Mais, allons-nous différer aux calendes grecques et attendre indéfiniment pour que nous puissions féliciter des PPS, des réseaux de partenaires, des organisations de management en santé et des professionnels de santé publique qui se dévouent corps et âme pour rendre notre système d'informations en VIH/sida fonctionnel? La réponse est également non. Alors, que faire? Nous pensons qu'avec les données factuelles, les connaissances scientifiques et les matériaux empiriques disponibles, nous pouvons porter des jugements de valeur sur nos pratiques en suivi et évaluation. Avec ce premier article sur ce sujet, nous proposons une démarche méthodologique simple permettant au comité de rédaction de pouvoir identifier et de rédiger des articles sur de bonnes pratiques en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti sur une base scientifique rigoureuse.

5.2 Une définition de meilleures pratiques

La définition que nous retenons est celle proposée, de manière générale, dans le livre de Gagnon et collaborateurs (2012) à partir des travaux en psychologie de Chorpita et collaborateurs (2003, 2007). « Le terme "meilleures pratiques" fait référence aux interventions développées à partir de critères reconnus pour augmenter leur potentiel d'efficacité. Ce sont des pratiques basées sur des « données probantes et soutenues empiriquement ». Un document de la Banque mondiale et de l'ONUSIDA (juin

2004) les présente comme « des facteurs communs de succès et de leçons apprises qui se dégagent des programmes très actifs exécutés au niveau des pays ». Ces 2 organisations recommandent la fertilisation croisée (diffusion de l'information et échanges) et une éventuelle application des enseignements dans d'autres contextes. L'association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/Sida (ACIIS), dans ses lignes directrices (2014) en matière de sidalogie interprète « meilleures pratiques » par « pratiques exemplaires ». Cette association énumère dans ses lignes directrices 6 types de données probantes que nous reprenons dans cet article :

- Données probantes obtenues de la méta-analyse ou de l'examen systématique d'essais contrôlés aléatoires;
- Données probantes obtenues par au moins un essai contrôlé aléatoire;
- Données probantes obtenues par au moins une étude contrôlée bien conçue sans essai aléatoire;
- Données probantes obtenues par au moins un autre type d'étude quasi expérimentale, sans essai aléatoire;
- Données probantes obtenues par des études descriptives non expérimentales bien conçues, telles que des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas;
- Données probantes obtenues par des rapports de comités de spécialistes ou des opinions exprimées et/ou des expériences effectuées par des sommités dans le domaine.

5.3 Source de données pour nos analyses sur les PPS

Les institutions visées par les « meilleures pratiques en suivi et évaluation en Haïti » sont les points de prestation de service impliqués dans la fourniture de services et de soins en VIH/sida. Ce sont 184 CDV parmi lesquels on retrouve 147 sites PTME et 129 sites ARV². Les sources de données qui nous permettront d'apprécier les activités en suivi et évaluation au niveau de ces PPS sont :

- Les données postées sur MESI;
- La base de données de surveillance épidémiologique en Haïti sur le VIH (HASS);
- Les documents de gestion de données et les rapports de validation interne du PPS;
- Les rapports et bulletins sur HIVQual ou HEALTHQual (différents projets d'amélioration continue de la qualité des soins;
- les rapports de rencontre sur l'amélioration de la qualité des données;
- Les rapports d'audit, de visites de supervision et de mission de validation effectués par METH, NASTAD, I-TECH, Tulane et par la CT du PNLS;
- Les autres rapports transmis à la CT du PNLS ou à un des membres du comité de rédaction, même de façon ponctuelle, par les partenaires techniques et financiers du MSPP.

5.4 Philosophie et Objectifs

Les valeurs qui sous-tendent la conception de ce projet et subséquemment la rédaction d'articles sur les PPS sont la motivation continue du personnel, la valorisation du travail effectué au niveau du centre et la recherche d'actions stratégiques locales. Les objectifs sont :

1. Diffuser l'information en matière de suivi et évaluation sur les expériences et les leçons apprises des PPS en VIH/sida.
2. Encourager, féliciter et récompenser les PPS qui font un travail excellent en suivi et évaluation sur le VIH/sida.

² MSPP/PNLS, Feuillet Informatif, déc. 2013

3. Encourager les échanges et la fertilisation croisée entre PPS sur le suivi et évaluation en VIH/sida.
4. Constituer une documentation (corpus de connaissances) sur les PPS en matière de suivi et évaluation du VIH/sida destinée à être exploitée par des chercheurs nationaux et internationaux.

5.5 Critères de sélection et d'analyse

Nous situons notre champ d'analyse sur les PPS pour la période de janvier 2009 à décembre 2012. Nous nous intéressons aux PPS qui ont offert des services de prévention, diagnostiques, de soins et de traitement au cours de cette période ou bien avant janvier 2009. Ce sont ces PPS qui seront sélectionnés pour entrer dans notre matrice d'analyse et d'interprétation. Nous estimons une durée d'exposition et de pratiques de 3 ans pour être en mesure d'avoir de bonnes pratiques en suivi et évaluation.

Nous proposons 7 critères pour la sélection et l'analyse des interventions en suivi et évaluation d'un PPS pour pouvoir le caractériser de « PPSE » en suivi et évaluation en VIH/sida en Haïti :

1. Vérification de première intention de tous les rapports postés sur MESI par le PPS ;
2. Ponctualité ou promptitude des rapports postés sur MESI ;
3. Complétude des rapports postés sur MESI ;
4. Exactitude ou validité des rapports postés sur MESI ;
5. Projets HEALTHQual d'amélioration de la qualité des soins ;
6. Analyse des rapports de vérification et de validation de METH, NASTAD, CT du PNLS et autres partenaires en suivi et évaluation ;
7. Utilisation des données et des connaissances scientifiques dans la prise de décision.

5.6 Justification des critères de jugement

Il faut préciser qu'une sélection préalable sera effectuée en vue de dresser une liste réduite de PPS potentiellement éligibles au titre de PPSE en suivi-évaluation.

De plus, nous suivons la démarche recommandée par Scriven (2007) retrouvée dans le livre Brousselle et coll. (2011) pour d'abord identifier des critères de mérite et ensuite les justifier. L'ensemble des postulats énoncés dans cet article se repose sur cette définition de la qualité des données tirée dans le livre : « Introduction to data quality and data management ». Elle stipule que « La qualité de données se réfère à des informations exactes et fiables collectées par le biais d'un système de suivi et évaluation bien géré » (www.globalhealthlearning.org).

Vérification de première intention. Elle correspond à l'action du plus haut responsable ou le site manager ou le coordonnateur de programme au niveau d'un PPS, selon des modalités variables, de s'assurer que les données contenues dans les rapports postés sur MESI et/ou transmis aux DSD sont valides. Elle témoigne de l'importance et de la responsabilisation de la direction du PPS sur la qualité des données générées par les activités de son institution. Elle correspond à une variable dichotomique oui ou non. Elle sera vérifiée au cours des visites de validation.

Complétude. Le rapport du PPS posté sur MESI contient toutes les données requises en fonction de l'offre de service. Elle peut être ventilée en : incomplet (I : moins de 50%), moyennement complet (MC : 51 à 70%), assez complet (AC : 71 à 94%) et totalement complet (TC : supérieur à 95%).

Ponctualité. La date limite de postage sur MESI est le 5 du début du mois pour le mois passé. Cette dimension est catégorisée en non-respect de la ponctualité et respect de la ponctualité.

Exactitude ou validité. Les rapports postés sur MESI reflètent la réalité du PPS pour la période d'analyse. Nous choisissons R comme étant le rapport entre les données retrouvées au niveau d'un PPS et les

données postées sur MESI. Ainsi, la validité peut être présentée en données faiblement concordantes ($R < 0.9$ ou $R > 1.1$), données moyennement concordantes $R \in [0.90 - 0.99]$ ou $R \in [1.01 - 1.1]$, et données parfaitement concordantes ($R = 1$).

La démarche va être plus complexe dépendamment de la période de validation et du nombre de services considérés.

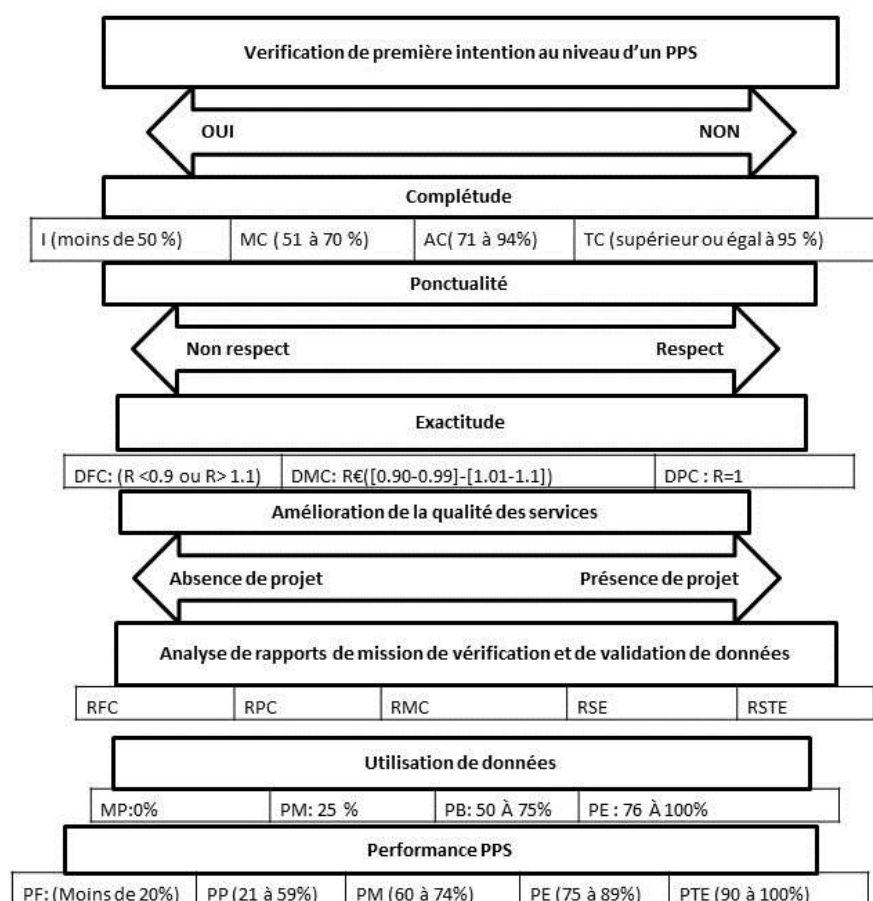
Projet HEALTHqual d'amélioration continue de la qualité des soins. Nous consolidons nos acquis mais nous ne prenons aucun acquis comme définitif. Nous prôtons une remise en question régulière de nos systèmes et de nos performances. Ainsi, nous mesurerons cette volonté d'offrir des services de qualité par la présence ou non de projets d'amélioration de la qualité.

Analyse des rapports de mission de vérification et de validation sur les PPS. C'est un paramètre important; nous l'utiliserons afin de calibrer et d'affiner continuellement nos perceptions et nos analyses sur la base des rapports des missions de vérification et de validation de données. C'est également un moyen de valoriser le travail des coach/mentor, superviseurs et validateurs de données en intégrant leurs observations, leurs conclusions et leurs recommandations dans notre grille d'analyse. Ce critère est désagréé en recommandation faiblement satisfaisante (RFC), recommandation passablement satisfaisante (RPC), recommandation moyennement satisfaisante (RMC), recommandation avec satisfaction élevée (RSE) et recommandation avec satisfaction très élevée (RSTE).

Utilisation des données et des connaissances scientifiques dans la prise de décision. Nous considérons uniquement dans notre modèle la planification fiscale du PPS. Nous proposons comme modalités : absence de planification formelle ou mauvaise planification (MP : 0%), planification sans utilisation des données générées par le PPS ou planification médiocre (PM : 25%), planification basée sur les données générées par le PPS ou planification bonne (PB : 50 à 75%) et planification basée sur les données générées par le PPS et autres données scientifiques ou planification excellente (PE : 100%).

Nous proposons la grille ci-dessous, comme une sorte de check-list, pour nous rappeler dans nos analyses des différents paramètres à prendre dans nos propositions de PPSE.

Figure 1. Continuum de facteurs d'équilibre et de positionnement



L'analyse de ces différents paramètres et leur contextualisation permettront de produire des réflexions susceptibles de nous conduire à féliciter à un moment donné un PPS et à le qualifier de PPSE. Le PPSE « modèle conceptuel parfait » est celui qui obtiendrait les scores les plus élevés au niveau de tous les facteurs. Ce modèle est un idéal et tant que tel, il serait illusoire de prétendre l'atteindre à tous les coups. Il peut être considéré comme un processus; l'essentiel est de le considérer comme une source de motivation et de sensibilisation des équipes de suivi et évaluation des PPS.

5.7 Méthodologie de rédaction de l'article sur les PPSE en suivi et évaluation du VIH/sida

Nous proposons que le bulletin puisse honorer 2 PPS par année, plus précisément dans le bulletin qui sortira au mois de juillet et le deuxième dans le bulletin qui sera publié à l'occasion du 1^{er} décembre, lors de la commémoration de la JMS. Pour cette année 2014, nous proposons que l'article sur notre 1^{er} PPSE apparaisse dans le bulletin de décembre 2014. Un PPS peut être classé à plusieurs reprises de PPSE. Nous recommandons les étapes suivantes permettant au comité de rédaction de rédiger des articles sur les PPSE :

1. Choix de 3 PPS à féliciter par le service suivi et évaluation de la CT du PNLS avec argumentation construite à partir du continuum de facteurs d'équilibre;

2. Soumission de ces 3 choix au comité de rédaction;
3. Choix du comité de rédaction sur la base des propositions du service suivi et évaluation de la CT du PNLS;
4. Rédaction d'un article par un des membres du comité sur le PPS choisi à être un PPSE par le comité;
5. Validation de l'article par le comité avant sa publication dans le bulletin de surveillance épidémiologique VIH/sida en Haïti.

5.8 Conclusion

Nelson Mandela disait dans un de ses discours quand il dirigea l'Afrique du Sud de 1994 à 1999 que « knowledge is power, but information is empowerment », traduction libre : « la connaissance est le pouvoir mais l'information est libératrice. Les articles qui seront publiés sur les PPSE se situent dans cette perspective, de libérer l'énergie créatrice de nos PPS qui font un travail de qualité en suivi et évaluation, de les encourager à aller de l'avant en informant notre public sur eux et en partageant leurs expériences avec d'autres afin qu'eux aussi soient classés dans un des numéros du bulletin de PPSE. Nous ferons de notre mieux que les PPSE soient construits sur des « critères et des standards élaborés rationnellement avec une interprétation afin de créer du sens ».

5.9 Références

Association Canadienne des Infirmières et des Infirmiers en VIH/Sida (ACIIS). Prodiguer des soins aux clients avec le VIH/Sida ou à risque de contracter l'infection. 2014 http://www.catie.ca/sites/default/files/CANAC_Best_Practice_Guidelines_2013_FR.pdf

Banque mondiale et ONUSIDA. Réponses à la crise du VIH/sida. Enseignements tirés des meilleures pratiques mondiales. Juin 2004.

Brousselle, A. Champagne, F. Contandriopoulos, A-P. Hartz, Z. L'évaluation : Concepts et méthodes. Deuxième édition mise à jour. Les Presses de l'Université de Montréal. 2011.

Chorpita, B. The Frontier of Evidence-Based Practice. In Kazdin & Weiss (Eds.), Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents. New York : Guilford. 2003.

Chorpita, B. F. Becker, K. D. Daleiden, E. L. Understanding the Common Elements of Evidenced-based Practice. Misconceptions and Clinical Examples. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 46 : 5, MAY 2007.

Gagnon, H. April, N. Tessier, S. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Meilleures pratiques de prévention. Direction du développement des individus et des communautés. Institut national de santé publique. Québec. 2012. <http://www.inspq.qc.ca>



6. Lu pour vous

Nous commençons avec ce 7^e numéro, le partage avec nos lecteurs le résumé d'articles lus, de nouvelles sur les programmes à travers le monde, d'informations sur des stratégies et de nouvelles connaissances sur le VIH/sida et la tuberculose.

Nous offrons à nos lecteurs un résumé d'un article sur la tuberculose pédiatrique en Afrique.

Diagnostic de la Tuberculose chez les enfants en Afrique³

Identification d'une signature de la transcription spécifique à la tuberculose dans le sang des personnes infectées permettant de faire le diagnostic différentiel de la TB des autres pathologies.

Dans une étude récente, dont les résultats ont été publiés dans le « New England Journal of Medicine », des chercheurs ont investigué l'utilisation du génome dans le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, groupe pour lequel le diagnostic est souvent clinique et présentant souvent des signes et symptômes non spécifiques.

Ainsi, le spécimen de sang des enfants de moins de 15 ans avec suspicion de TB ou étant des contacts de patients tuberculeux ont été sélectionnés pour cette étude dans trois pays de l'Afrique sub-saharienne. Pour ces derniers, des échantillons de crachats et de sang ont été prélevés; des examens de thorax faits et le test à la tuberculine effectué. Les enfants ont ensuite été regroupés en fonction du diagnostic. Des analyses du génome de l'expression de l'ARN dans le sang des hôtes ont été faites permettant de distinguer la tuberculose des formes latente de tuberculose ou d'autres pathologies.

En termes de résultats, les trouvailles suivantes ont été faites : le score obtenu par la signature de la transcription démontre une sensibilité à 82,9% (intervalle de confiance à 95% varie entre 68,6% et 94,3%) et une spécificité à 83,6% (intervalle de confiance à 95% varie entre 74,6% et 92,7%) dans l'identification des cas de tuberculose confirmés par les tests de culture des autres pathologies chez les enfants avec ou sans la présence d'une coïnfection au VIH. L'utilisation de l'analyse de la réaction de la polymérase en chaîne en temps réel (Xpert MTB/RIF) dans le dépistage des échantillons respiratoires montre une sensibilité moindre (54,3%), mais néanmoins une spécificité à 100%. Le score permet également de différencier la tuberculose active des formes latente avec une sensibilité à 94% et une spécificité à 100%.



³ Anderson ST et al. Diagnosis of childhood tuberculosis and host RNA expression in Africa. N Engl J Med 2014 May 1; 370:1712. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1303657>)

7. Chiffres nationaux

Prévalence du VIH/SIDA	2,2
Nombre PVVIH :	141 000
Nombre patients actifs sous ARV (au 31 déc. 13)	54 745
Nouveaux enrôlés sous traitement TB	2 600
Nouveaux cas VIH Adultes	6 300
Nouveaux Cas VIH Enfants	< 500
Besoins ARV en 2014 (critère d'éligibilité CD4 < 500)	108 000
Besoins en PTME en 2014	5 000
Décès dus au VIH	6 600
Prévalence du VIH chez les TS	8.4
Prévalence du VIH chez les HSH	18.1

8. Coin des nouvelles

Enquête de rétention

La Coordination Technique du PNLS a réalisé une enquête sur la rétention à 12, 24 et 60 mois. Les indicateurs d'alerte précoce ont été mesurés également. Les résultats ont été déjà présentés aux partenaires le vendredi 11 avril 2014 lors d'un cluster en suivi et évaluation par la coordination technique du PNLS. Bientôt, elle publiera le rapport final et compte dans le bulletin de surveillance épidémiologique fournir les résultats des PPS ayant pris part à cette enquête. On doit souligner que c'est la première fois que le taux de rétention à 60 mois a été mesuré en Haïti.

Elaboration et soumission du rapport GARPR 2014

Haïti est partie prenante des déclarations d'engagement et de politique sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. De ce fait, Elle a soumis cette année son rapport GARPR 2014. Le processus de l'élaboration de ce rapport a été effectué avec la participation de tous les secteurs vitaux du pays.

Plan Stratégique National Multisectoriel

La version finale électronique du plan stratégique national titré « Plan Stratégique National Multisectoriel 2012 - 2015 révisé avec extension à 2015 » est maintenant disponible au niveau de la CT du PNLS. La Ministre de la Santé, Dr Florence Duperval Guillaume a signé la préface et les mots de remerciements par la coordonnatrice du PNLS, Dr Joelle Deas Van Onacker. La diffusion de ce texte fondateur pour les 5 prochaines années sera pour bientôt.

Enquête sérocomportementale sur les HSH et les TS

PSI a bénéficié d'un financement de USAID et du PNUD / Fonds Mondial qui lui permettra de conduire cette année une nouvelle étude sérocomportementale chez les HSH et les TS. Un comité d'accompagnement a été déjà constitué pour assurer un bon déroulement de cette enquête. La CT du PNLS, des ONG d'appui aux HSH et TS, les associations de HSH et des représentants des bailleurs en font partie. Nous espérons que d'ici la fin de l'année, les résultats préliminaires de cette enquête pourront être présentés aux partenaires du PNLS.

IMPORTANT A SAVOIR SUR CHIKUNGUNYA

Dans une note du Ministère de la Santé Publique et de la Population parue en date du 13 mai 2014, la présence de la fièvre CHIKUNGUNYA est confirmée en Haïti.

Que faire si vous avez la fièvre ?

- ✓ Boire beaucoup de liquides (eau, jus...)
- ✓ Prendre de l'acétaminophène ou du paracétamol, (adultes 500mg 3 fois par jour)
- ✓ A ne pas prendre D'ASPIRINE NI DE DICLOFENAC

Si vous avez les signes suivants, vous devez voir un personnel médical (aller à l'hôpital ou à un centre de santé) : Douleurs violentes et intolérables, fièvre de plus de 5 jours, vertige, saignement (nez, bouche...), vomissements incessants.

Les précautions suivantes sont recommandées pour réduire la population de moustiques qui sont les vecteurs du virus de chikungunya d'une personne à une autre :

- ✓ Eliminer les flaques d'eau;
- ✓ Détruire les récipients vides et pneus usagés qui gardent l'eau;
- ✓ Faire couler les canaux (rigoles);
- ✓ Recouvrir les réservoirs d'eau;
- ✓ Empêcher l'accumulation de fatras.



16. Répartition des sites au niveau du programme selon le service et le département

ARTIBONITE					NORD				
INSTITUTION	CDV	PTME	SP	ARV	INSTITUTION	CDV	PTME	SP	ARV
CENTRE DE SANTE DE MARMELADE	✓	✓	✓	✓	ALLIANCE SANTE DE BORGNE	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTÉ DE RABOTEAU	✓	✓	✓	✓	CBP ST RAPHAEL	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE PIERRE PAYEN	✓	✓	✓	✓	CENTRE DE SANTE LA FOSSETTE	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE SAINT MICHEL DE L'ATTALAYE	✓	✓	✓	✓	CENTRE JEUNES DE CAP-HAITIEN	✓			
CENTRE JEUNES DE GONAIVES	✓				CENTRE LAKAY CAP-HAITIEN	✓			
CENTRE LAKAY DE SAINT-MARC	✓				CEPOZ DOMUS MARIAE	✓	✓	✓	✓
CENTRE MEDICAL CHARLES COLIMON	✓	✓	✓	✓	CLINIQUE MEDICALE BETHESDA DE VAUDREUIL	✓	✓	✓	✓
CLINIQUE ST-FRANCOIS D'ASSISE	✓				CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE DUGUE	✓	✓	✓	✓
CS K-SOLEIL	✓	✓	✓	✓	CMP PROGRESSIO	✓	✓	✓	✓
DISPENSARE DE COUPE A L'INDE	✓	✓	✓	✓	CSL DE PORT MARGOT	✓	✓	✓	✓
DISPENSARE SAINTE CLAIRE D'ASSISE	✓				DISPENSARE DE LIMONADE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL ALMA MATER	✓	✓	✓	✓	HOPITAL SAINT-JEAN DE LIMBE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL CLAIRE HEUREUSE DE MARCHAND DESSALINES	✓	✓	✓	✓	HOPITAL BIENFAISANCE DE PIGNON	✓	✓	✓	✓
HOPITAL DUMARSAIS ESTIME	✓	✓	✓	✓	HOPITAL BON SAMARITAIN	✓	✓	✓	✓
HOPITAL SAINT NICOLAS DE SAINT MARC	✓	✓	✓	✓	HOPITAL ESPERANCE DE PILATE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL SECOURS - PROVIDENCE DE GONAIVES	✓	✓	✓	✓	HOPITAL FORT SAINT-MICHEL	✓	✓	✓	✓
MENNONITE CARNIFICE	✓				HOPITAL GRANDE RIVIERE DU NORD	✓	✓	✓	✓
SSPE DE ST-MARC	✓	✓	✓	✓	HOPITAL SACRE COEUR DE MILOT	✓	✓	✓	✓
CENTRE					HOPITAL UNIVERSITAIRE JUSTINIEN	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE DE CERCA LA SOURCE	✓	✓	✓	✓	NORD EST				
CENTRE DE SANTE DE THOMONDE	✓	✓	✓	✓	CAL DE MONT-ORGANISE	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE ST MICHEL DE BOUCAN CARRE	✓	✓	✓	✓	CAL DE TROU DU NORD	✓	✓	✓	✓
CS DE MAISSADE	✓	✓	✓	✓	CENTRE JEUNES DE FORT-LIBERTE	✓			
HOPITAL BON SAUVEUR DE CANGE	✓	✓	✓	✓	CENTRE LAKAY DE OUANAMINTHE	✓			
HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE MIREBALAIS	✓	✓	✓	✓	CENTRE MEDICO-SOCIAL DE OUANAMINTHE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL LA COLLINE DE LASCAHOBAS	✓	✓	✓	✓	CS BOIS DE LAURENCE	✓	✓		
HOPITAL NOTRE DAME DE LA NATIVITE DE BELLADERE	✓	✓	✓	✓	CS DE CARICE	✓	✓		
HOPITAL STE THERESE DE HINCHE	✓	✓	✓	✓	CS MOMBIN CROCHU	✓	✓	✓	✓
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS	✓	✓	✓	✓	CS STE SUZANNE	✓	✓		
GRANDE ANSE					CSL DE CAPOTILLE	✓	✓		
CAL SAINTE AGNES CITIMED DE BEAUMONT	✓	✓	✓	✓	CSL DE TERRIER ROUGE	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE DE PESTEL	✓	✓	✓	✓	DISPENSARE DE FERRIER	✓	✓		
CENTRE DE SANTE STE HELENE(CSSH)	✓	✓	✓	✓	DISPENSARE DE JACQUEZIL	✓	✓		
CENTRE JEUNES DE JEREMIE	✓				HOPITAL DE FORT-LIBERTE	✓	✓	✓	✓
CENTRE MEDICO SOCIAL DE GEBEAU	✓		✓	✓	NORD OUEST				
CS SAINT JOSEPH DES ABRICOTS	✓	✓	✓	✓	CENTRE JEUNES DE PORT-DE-PAIX	✓			
HOPITAL DE LA COMMUNAUTE DAME-MARIENNE	✓	✓	✓	✓	CENTRE LAKAY DE PORT-DE-PAIX	✓			
HOPITAL SAINT-ANTOINE DE JEREMIE	✓	✓	✓	✓	CENTRE MEDICAL BERACA	✓	✓	✓	✓
KLINIK PEP BONDYE	✓	✓	✓	✓	CS ANSE A FOLEUR	✓	✓	✓	✓
NIPPES					HOPITAL EVANGELIQUE DE BOMBARDOPOLIS	✓	✓	✓	✓
CAL DE PETIT TROU DE NIPPES	✓	✓	✓	✓	HOPITAL IMMACULEE CONCEPTION PORT-DE-PAIX	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE MIRAGOANE	✓				HOPITAL NOTRE DAME DE LA PAIX DE JN RABEL	✓	✓	✓	✓
CENTRE LAKAY DE MIRAGOANE	✓				NOTRE DAME DES PALMISTES	✓	✓	✓	✓
CLINIQUE BETHEL DE FONDS DES NEGRES	✓	✓	✓	✓	OUEST				
CS DE L'ASILE	✓	✓			CEGYPEF	✓	✓	✓	✓
CS JULES FLEURY DE L' ANSE A VEAU	✓	✓	✓	✓	CENTRE DE CHRIST-ROI	✓	✓	✓	✓
DISPENSARE LUC GUILLAUME	✓	✓	✓	✓	CENTRE DE NUTRITION ET DE SANTE ROSALIE RENDUE	✓	✓		
HOPITAL STE THERESE DE MIRAGOANE	✓	✓	✓	✓					

OUEST (suite)				
INSTITUTION	CDV	PTME	SP	ARV
CENTRE DE SANTE CROIX DES MISSIONS	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE DE CABARET	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE DE LA CROIX DES BOUQUETS	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SOLINO	✓	✓	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON 32	✓	✓	✓	✓
CENTRE HOSPITALIER ELIAZAR GERMAIN	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE CARREFOUR	✓			
CENTRE JEUNES DE CARREFOUR FEUILLES	✓			
CENTRE JEUNES DE DELMAS 19	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE DELMAS 33	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE LALUE	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE PETION-VILLE	✓			
CENTRE JEUNES PLAINE DU CUL DE SAC	✓	✓	✓	✓
CENTRE LAKAY DE CARREFOUR	✓			
CENTRE LAKAY DE MARIANI	✓			
CENTRE LAKAY DE PETION-VILLE	✓	✓	✓	✓
CENTRE LAKAY GRAND-RUE	✓	✓	✓	✓
CEPOZ CENTRE ESPOIR	✓	✓	✓	✓
CHAPI	✓	✓	✓	✓
CHOSCAL-CENTRE HOSPITALIER SAINTE-CATHERINE LABOURE	✓	✓	✓	✓
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE DELMAS 75	✓	✓	✓	✓
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE MARTISSANT	✓	✓	✓	✓
CLINIQUE ST-PAUL DE MONTROUIS	✓	✓	✓	✓
CS DU BEL-AIR	✓	✓		
CS LUCELIA BONTEMPS	✓	✓		
CS PETITE PLACE CAZEAU	✓	✓	✓	✓
CS PORTAIL LEOGANE	✓	✓	✓	✓
CS SAINT MICHEL DE FONTAMARA	✓	✓	✓	✓
CS ST MARTIN II	✓			
GRENIER OBDC/Laboule 12	✓			
HOPITAL BERNARD MEVS	✓	✓	✓	✓
HOPITAL DE CARREFOUR	✓	✓	✓	✓
HOPITAL DE FERMATHE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL DE LA COMMUNAUTÉ HAITIENNE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL DE L'UNIVERSITE D'ETAT D'HAÏTI(HUEH)	✓	✓	✓	✓
HOPITAL FOYER SAINT-CAMILLE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL NICOLAS ARMAND	✓	✓	✓	✓
HOPITAL NOTRE DAME DE PETIT-GOAVE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL SAINT-DAMIEEN NOS PETITS FRERES ET SOEURS	✓	✓	✓	✓
HOPITAL UNIVERSITAIRE LA PAIX	✓	✓	✓	✓
HOPITAL WESLEYEN DE LA GONAVE	✓	✓	✓	✓
ICC GRACE CHILDREN'S HOSPITAL	✓	✓	✓	✓
INSTITUT DE DERMATOLOGIE ET DES MALADIES INFECTIEUSES	✓	✓	✓	✓
INSTITUT DES MALADIES INFECTIEUSES ET SANTE DE LA REPRODUCTION(IMIS)	✓	✓	✓	✓
KLINIK SANTE FANM	✓	✓	✓	✓
LES CENTRES GHESKIO -INLR	✓	✓	✓	✓
MATERNITE ISAIE JEANTY	✓	✓	✓	✓
MENNONITE DE CARREFOUR	✓			
MENNONITE DE CROIX DES BOUQUETS	✓	✓	✓	✓
MISSIONNAIRES DE LA CHARITE - ADULTES	✓		✓	✓
OEUVRES DE BIENFAISANCE DE CARREFOUR ET DE GRESSION	✓	✓	✓	✓
POZ PORT-AU-PRINCE	✓	✓		

OUEST (suite)				
INSTITUTION	CDV	PTME	SP	ARV
POZ-MONTROUIS	✓	✓		
PRISON CIVILE DE PAP	✓			
SADA - MATHEUX	✓	✓	✓	✓
SANATORIUM DE PORT AU PRINCE	✓	✓	✓	✓
SANATORIUM DE SIGUENEAU	✓	✓	✓	✓
SUD				
CAL ILE A VACHE	✓	✓		
CAL LES ANGLAIS	✓	✓		
CENTRE DE SANTE DE QUATRE CHEMINS	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE LUMIERE (FINCA)	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DES CAYES	✓			
CENTRE LAKAY DES CAYES	✓			
CSL ST LOUIS DU SUD	✓	✓	✓	✓
DISPENSARE DU SACRE-COEUR, CHARPENTIER	✓	✓	✓	✓
DISPENSARE MIC DE CHANTAL	✓	✓	✓	✓
HCR DE PORT SALUT	✓	✓	✓	✓
HOPITAL IMMACULEE CONCEPTION DES CAYES	✓	✓	✓	✓
HOPITAL LUMIERE BONNE FIN	✓	✓	✓	✓
HOPITAL SAINT-BONIFACE FONDS DES BLANCS	✓	✓	✓	✓
HOPITAL STE ANNE DE CAMP-PERRIN	✓	✓	✓	✓
KLINIK LAFANMY	✓	✓		
MAISON DE NAISSANCE	✓	✓		
SUD EST				
CAL DE BAINET	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE DE MARIGOT	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE EMMANUEL DE CAYES JACMEL	✓	✓	✓	✓
CENTRE DE SANTE SAINT JOSEPH DES COTES DE FER	✓	✓	✓	✓
CENTRE JEUNES DE JACMEL	✓	✓		
CS BELLE ANSE	✓	✓	✓	✓
CSL DE THOTTE	✓	✓	✓	✓
HOPITAL SAINT-MICHEL DE JACMEL	✓	✓	✓	✓

Comite 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-Aurele 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 de Suivi/Evaluation du Programme National à l'adresse e-mail suivante : suivievaluation_ucp@yahoo.fr