

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
Décembre 2014

Une idée, une réflexion

Je partageais, avec un membre de mon cabinet, une réflexion sur notre système de santé qui m'a mené au bas de la pyramide sanitaire plus précisément au rôle des Agents de Santé Communautaires Polyvalents au niveau de la porte d'entrée du système et à leur apport à la contribution de la réduction de la mortalité maternelle en Haïti.

Ce sujet est devenu ensuite une source de préoccupation relative au bon fonctionnement de notre système de soins et à la prise en charge adéquate de différentes maladies qui accablent de toutes sortes de souffrances notre population et nos communautés. J'ai compris qu'il fallait pour bien aborder ce sujet, revenir à la définition de l'OMS. Cette dernière indique que « les soins de santé primaires sont des services de premier niveau universellement accessibles, assurés avec la pleine participation de la communauté et offerts à un coût raisonnable. Ces services comprennent : la promotion de la santé, la prévention des maladies, les services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs ».

Je me suis ensuite posée la question suivante en tenant compte du nouveau thème de campagne proposé par ONUSIDA cette année. « COMBLER L'ECART ». Comment combler l'écart en matière de VIH/sida pour atteindre les 90% de dépistés, les 90 % de rétention dans le système de soins et les 90% de suppression de la charge virale, si on n'investit pas au niveau de la porte d'entrée de notre système ? Il ne s'agit pas d'un investissement monétaire, il s'agit dans un premier temps de prendre conscience de la nécessité de renforcer et

de soutenir les équipes de nos centres de soins qui interviennent au niveau de la première ligne par l'amélioration de la coordination du travail de l'équipe soignante et de celle des Agents de Santé Communautaires Polyvalents.

Le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 prévoit de former 2100 Agents de Santé Communautaires Polyvalents d'ici à 2018; c'est un bon pas dans la bonne direction qui nous permettra d'augmenter le contact avec les communautés du pays avec nos institutions de soins en matière de dépistage du VIH, car combler l'écart veut dire avant tout, à mon humble avis, augmenter le pourcentage des membres de nos différentes communautés qui connaissent leur statut sérologique. Ensuite, il faut retenir dans le système de soins nos patients séropositifs et ceux qui prennent le traitement anti rétroviral afin de les suivre et de les aider jusqu'à ce

qu'ils arrivent à la suppression de la charge virale. Dans toutes les étapes du continuum de soins, y compris la co infection TB/VIH, nos Agents de Santé Communautaires Polyvalents ont un grand rôle à jouer. Aidons-les à faire mieux pour COMBLER L'ECART et atteindre les trois 90.

Je vous invite donc à supporter cette initiative et je profite de l'opportunité qui m'est offerte pour souhaiter à vous tous un Noël de Paix et d'Amour.

« SIDA MWEN PAP PRAN, MWEN
PAP BAY, MAP FE TES »

Dr Florence D. GUILLAUME
Ministre de la Santé Publique
et de la Population



Sommaire

Liste des abréviations et des acronymes	4
Le mot du Directeur Général	6
Editorial	8
1. Notification de cas	9
1.1 Répartition des nouveaux cas VIH de janvier à septembre 2014	9
1.2 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux cas VIH de janvier à septembre 2014.....	10
1.3 Modes de transmission de l'infection à VIH de janvier à septembre 2014	12
2. Traitement Anti Rétroviral	14
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à septembre 2014	14
2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés sous TAR	18
3. Co infection TB / VIH	21
3.1 Représentation temporo-spatiale des nouveaux patients co infectés	22
4. Elimination de la transmission mère enfant	26
4.1 Représentation temporo spatiale des femmes enceintes VIH traitées et des enfants diagnostiqués par PCR.....	26
5. ... Hôpital Saint Michel de Jacmel : un Point de Prestation de Service d'Excellence en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti.	31
5.1 Introduction et mise en contexte	32
5.2 Configuration d'un PPSE	32
5.3 Présentation de l'institution de l'hôpital Saint Michel de Jacmel	34
5.4 Principales caractéristiques des services VIH/sida de HSMJ en matière de qualité de données	36
5.5 Présentation du personnel clé en Suivi et Evaluation de l'unité des services et soins VIH/sida de HSMJ	39
5.6 Leçons apprises de l'évaluation de HSMJ en tant que PPSE	40
5.7 Conclusion	41

6.Lu pour vous.....	42
Ebola : une maladie qui nous rappelle les premiers jours de l'épidémie à VIH.....	42
7.Chiffres nationaux.....	43
8.Nouvelles en bref.....	44
9.Références	45

Liste des abréviations et des acronymes

CARE	Cooperative Agreement for Relief Everywhere
CCM	Country Coordination Mechanism
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CNQD	Comité National de la Qualité des Données VIH/sida en Haïti
CT	Coordination Technique
DDS	Directions Départementales Sanitaires
DDSSE	Direction Départementale Sanitaire du Sud Est
DRO	Disease Reporting Officer
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Études du Syndrome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HAD	Hôpital Adventiste de Diquini
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HASS	HIV-AIDS Surveillance System
HSMJ	Hopital Saint Michel de Jacmel
HTW	Health Through Walls
ICC	International Child Care
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training and Education Center for Health
JMS	Journée Mondiale de lute contre le Sida
MESI	Monitoring Evaluation and Surveillance Interface
METH	Monitoring and Evaluation Team of Haiti
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PATHFINDER	PATHFINDER International
PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PIH/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPS	Points de Prestation de Service
PPSE	Point de Prestation de Service d'Excellence en Suivi et Evaluation
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIS	Système d'Information Sanitaire
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TME	Transmission Mère Enfant
UCC	Unité de Coordination et de Contrôle
UEP	Unité d'Etudes et de Programmation
UGP	Unité de Gestion de Projet
UM	Université de Miami
UMa	Université de Maryland
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WV	World Vision

Le mot du Directeur Général

L'année 2014 a été riche en faits majeurs au niveau du Programme National de Lutte contre le Sida et les IST. Trois d'entre eux me paraissent d'une importance capitale à souligner dans mes propos aux lecteurs du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Ce sont : l'élaboration du Plan Stratégique National Multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018, celle de la Note conceptuelle soumise au Fonds Mondial pour les années 2015 à 2017 et l'enquête sur la rétention des patients sous ARV.

Je salue l'effort qui a été fait par la Coordination Technique du PNLS pour impliquer le plus grand nombre d'acteurs et de secteurs de la Riposte Nationale face au VIH dans l'élaboration du PSNM, en particulier les Personnes Vivant avec le VIH, les Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes et les Travailleuses de Sexe. Le processus qui a abouti à l'élaboration de ce plan stratégique national a été inclusif et participatif. J'ai entendu dire que les débats ont été très intenses et je souhaite que ces échanges puissent continuer afin de renforcer les partenariats qui soutiennent la mise en œuvre de ce plan.

Nous traversons une période très difficile de diminution des financements et en même temps d'exigence de nos donateurs et partenaires financiers internationaux à produire plus de résultats avec moins de ressources. Cette situation nous oblige à repenser nos façons de travailler, à réfléchir sur les opportunités d'économie d'échelle, à partager et renforcer les stratégies gagnantes et à en trouver d'autres qui puissent renforcer nos acquis afin d'aller de l'avant vers les trois 90. Je promets à la Ministre, Dr Florence Duperval Guillaume, de creuser et de remuer les idées sur nos meilleures approches d'une plus grande participation de la population haïtienne, des groupes organisés de la société civile et des acteurs clés de la Riposte au renforcement du continuum de soins en VIH/sida.

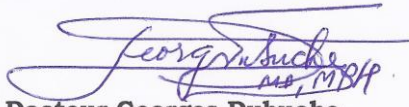
Les subventions VIH, TB et malaria accordées par le Fonds Mondial à Haïti sont stratégiques pour notre Pays. Nous sommes conscients des réalités socioéconomiques ainsi que de la nécessité d'avoir ces appuis internationaux dans la lutte contre ces 3 pathologies. Les lecteurs du bulletin doivent savoir que la Direction Générale du MSPP a suivi de près le processus qui a conduit à la soumission de la Note Conceptuelle en VIH/sida au Fonds Mondial et compte bientôt réunir des représentants du CCM haïtien et d'autres parties prenantes pour évaluer ce processus et tirer les leçons dans le but de faire mieux à l'avenir.

La co infection TB/VIH nous interpelle tous. La Direction Générale du MSPP souhaite dès à présent, une participation large et active des secteurs concernés à l'atelier qui sera organisé sur la prise en charge de la co infection TB/VIH dans le milieu carcéral haïtien. En toutes choses, il doit y avoir un commencement; nous pouvons tirer profit de cet atelier pour commencer à réfléchir de manière appropriée sur l'intégration des services TB/VIH.

Depuis l'arrivée de la Ministre Florence Duperval Guillaume, la Direction Générale n'a raté aucune occasion pour encourager les différentes directions et coordinations de Programme du MSPP en collaboration avec leurs partenaires à réaliser plus d'études nous permettant de mieux cerner nos programmes pour la prise de décisions basées sur les évidences au profit de l'amélioration des conditions de vie la population haïtienne. Nous avons besoin d'études épidémiologiques, de recherches qualitatives, d'analyses des données tirées de nos bases de données nationales pour mieux comprendre l'évolution de certaines épidémies, pour évaluer l'efficacité de nos programmes, pour améliorer la qualité des services offerts et pour identifier de nouvelles stratégies nous permettant d'offrir plus de services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et du respect des principes et valeurs prônés par la Politique Nationale de Santé.

L'enquête conduite sur la rétention par la Coordination Technique du PNLS qui a été financée par le PNUD / Fonds Mondial et l'UGP/MSPP/PEPFAR nous montre que nous avons des taux de rétention sous ARV satisfaisant mais nous devons faire mieux si nous voulons approcher les trois 90 à l'horizon de 2022. Cette enquête témoigne que le MSPP est entrain de se renforcer dans la conduite d'enquêtes sérieuses et rigoureuses. Nous attendons les résultats préliminaires des enquêtes en cours comme celle sur les IST en milieu hospitalier, celle sur les déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes enceintes séropositives sous traitement anti rétroviral et les analyses des données de la base de données de surveillance du VIH/sida en Haïti pour mieux apprécier la cascade de traitement du VIH en Haïti.

La Direction générale profite de ces propos pour souhaiter à tous les partenaires du MSPP et à tous les acteurs de la Riposte nationale face au VIH un joyeux Noël 2014.



Docteur Georges Dubuche
Directeur Général du MSPP

Editorial

Chers amis lecteurs,

Il y a de cela 2 ans, un 1^{er} décembre 2012, que nous avons créé le bulletin de surveillance épidémiologique pour communiquer à nos lecteurs des informations programmatiques, stratégiques et de surveillance sur l'épidémie à VIH en Haïti et aussi pour faire état de la mise en œuvre du Programme haïtien de lutte contre le VIH/sida. Nous sommes, à l'occasion de ce 1^{er} décembre 2014, à notre 8^e numéro. Nous profitons de cet espace pour remercier les membres du comité de rédaction, en particulier l'équipe de NASTAD et le service suivi et évaluation de la CT du PNLS qui maintiennent la flamme allumée en nous gratifiant régulièrement de la publication d'un numéro de ce bulletin.

Nous avons fait de grandes conquêtes et parcouru un long chemin. La décision prise au cours d'une rencontre du CNQD du mois de novembre 2014 de remplacer le concept « soins palliatifs » par « soins » sur MESI, en lui seul, exprime ce long parcours de la préparation à mourir dans la dignité à celle maintenant d'amélioration de la qualité de vie des PVVIH. La jeunesse haïtienne doit savoir que ce sont des haïtiennes et des haïtiens authentiques de tous les horizons qui ont érigé le Programme actuel de lutte contre le VIH/sida sur des partenariats publics-privés solides, parfois au prix de grands sacrifices personnels. Nous leur devons une fière chandelle ! Pour celles et ceux qui nous ont quitté au cours de l'année 2014, et pour que la « Mémoire » ne les oublie pas, nous leur dédions ce 8^e numéro du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti.

« Il y a un temps pour tout: Un temps pour planter, et un temps pour récolter; Un temps pour naître, et un temps pour mourir ; trois membres de notre équipe nous ont quitté cette année et pas des moindres :

Tony Augustin, l'infatigable conseiller et concepteur de plusieurs documents importants du Programme ;

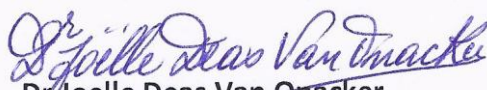
Eddy Génécée, le fondateur de POZ, ce guerrier de la première heure ;

Yvrose Chery qui vient à peine de nous quitter et à qui nous disons : Sache que ta mort n'est pas pour nous une fin de vie ! Nous ferons de notre mieux pour maintenir ce niveau de professionnalisme élevé et d'humanisme que tu as fait montre au cours de ton passage à la coordination du Programme.

A eux tous, nous leur disons que nous ne les oublierons pas. Leur place est déjà au Mausolée du Programme haïtien de lutte contre le VIH/sida, pour que la « Mémoire » ne les oublie pas !

Notre peine est immense. Mais la lutte continue. Nous devons « combler l'écart » pour être prêts au rendez vous des trois 90. Serrons-nous les rangs et avançons ensemble !

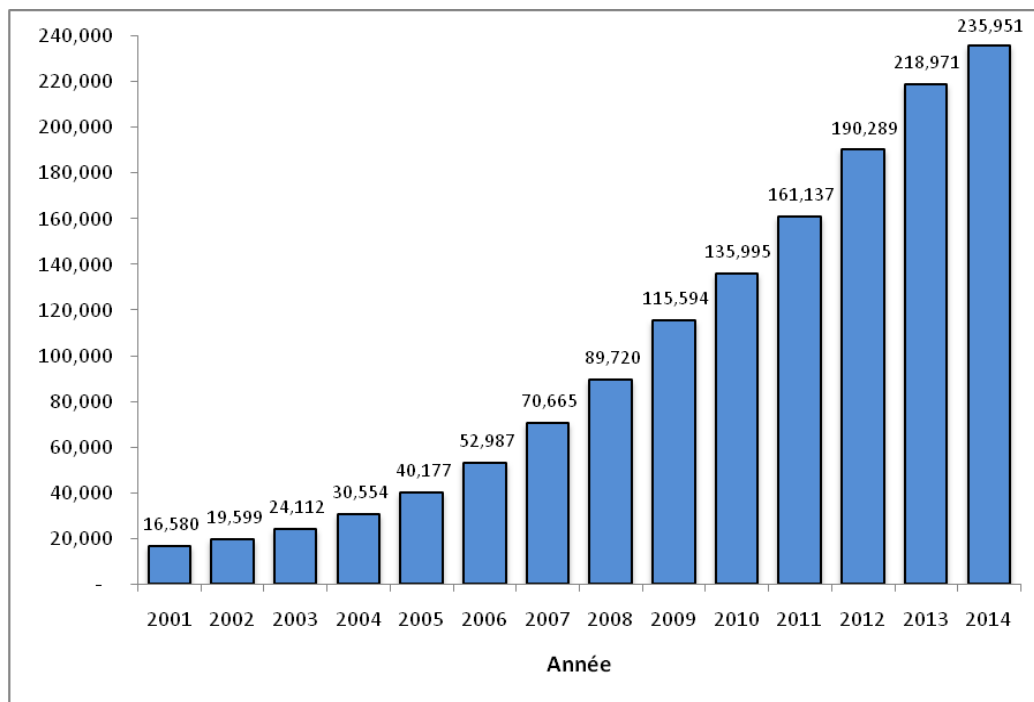
« SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN »



Dr Joelle Deas Van Onacker
Coordonnatrice du PNLS

1. Notification de cas

De l'année 2000 à septembre 2014, le nombre cumulé de patients uniques rapportés à la base nationale de surveillance du VIH/SIDA (HASS) en Haïti est estimé à 235 951. 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/ZL. Les nouveaux diagnostics de VIH sont aussi rapportés par les sites de counseling et dépistage de VIH volontaire à travers une interface électronique, MESI.



Source : HASS

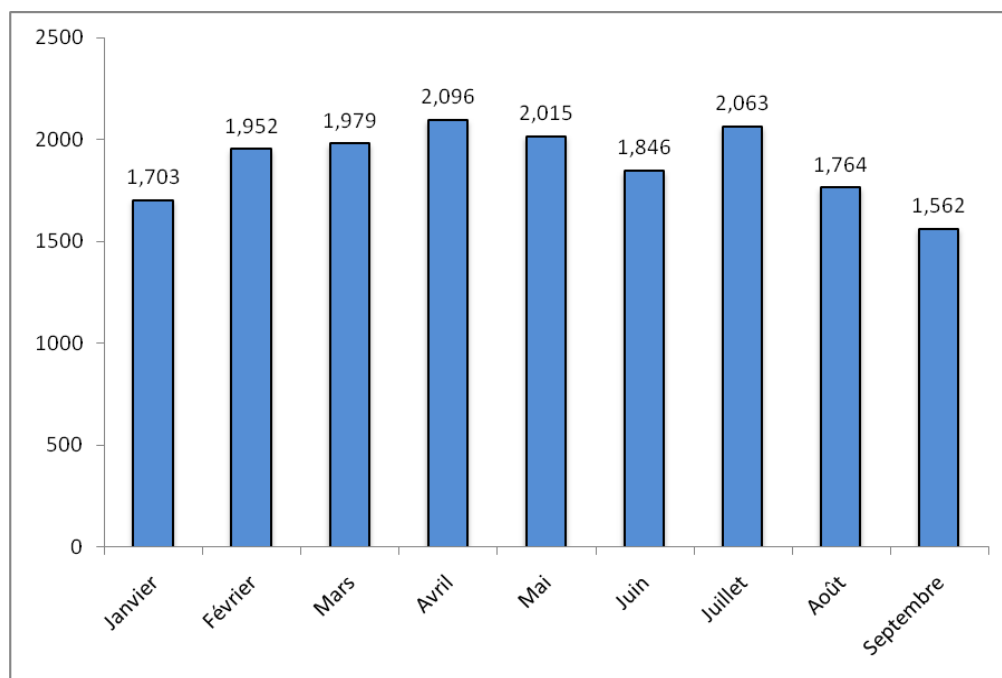
Graphe 1: Nombre cumulé de cas de VIH rapportés de 2000 à Septembre 2014.

La majorité des cas rapportés avant 2003 constituaient les données de GHESKIO représentant le système de rapportage le plus ancien du pays. A partir de 2005, le système iSanté a commencé à rapporter des données et a continué à rapporter le plus grand volume de cas entre 2005 à 2008.

Sur le cumul des 235 951 cas de VIH rapportés jusqu'à Septembre 2014, 28 682 (soit environ 12% du total) ont été nouvellement diagnostiqués au cours de l'année de 2013, et 16,980 (soit environ 7 % du total) cas ont été nouvellement diagnostiqués entre Janvier et Septembre 2014.

1.1 Répartition des nouveaux cas VIH de janvier à septembre 2014

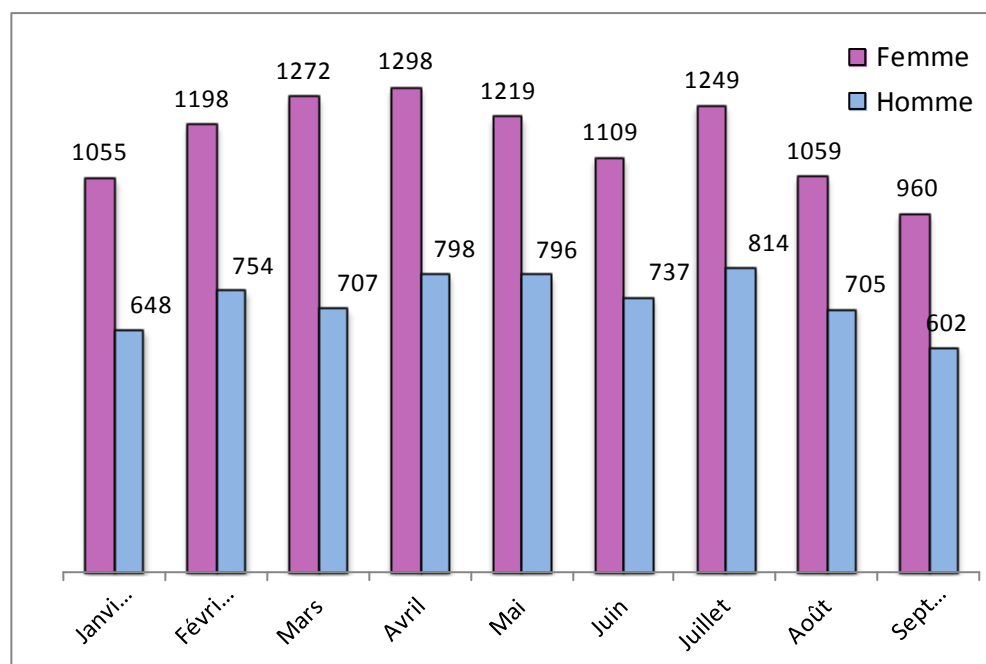
Le graphe ci-dessous présente les cas de VIH nouvellement diagnostiqués et rapportés pour la période de Janvier à Septembre 2014. Le mois d'Avril accuse une hausse des cas de VIH rapportés (2 096) suivi du mois de Juillet (2 063). On peut remarquer une diminution progressive du nombre de cas rapportés pour la période de Juillet à Septembre 2014. Cette tendance à la baisse observée pourrait signifier une baisse de l'incidence du VIH à l'échelle nationale, mais elle pourrait être également expliquée par les délais de rapportage des résultats des cas récemment diagnostiqués. De janvier à septembre 2014, le total des nouveaux cas VIH après déduplication est de 16 980. Les données sur les cas diagnostiqués pendant le dernier trimestre de 2014 seront disponibles au début de l'année 2015.



Source : HASS

Graphe 2. Nouveau cas de VIH rapportés à l'échelle nationale de Janvier à Septembre 2014.

1.2 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux cas VIH de janvier à septembre 2014

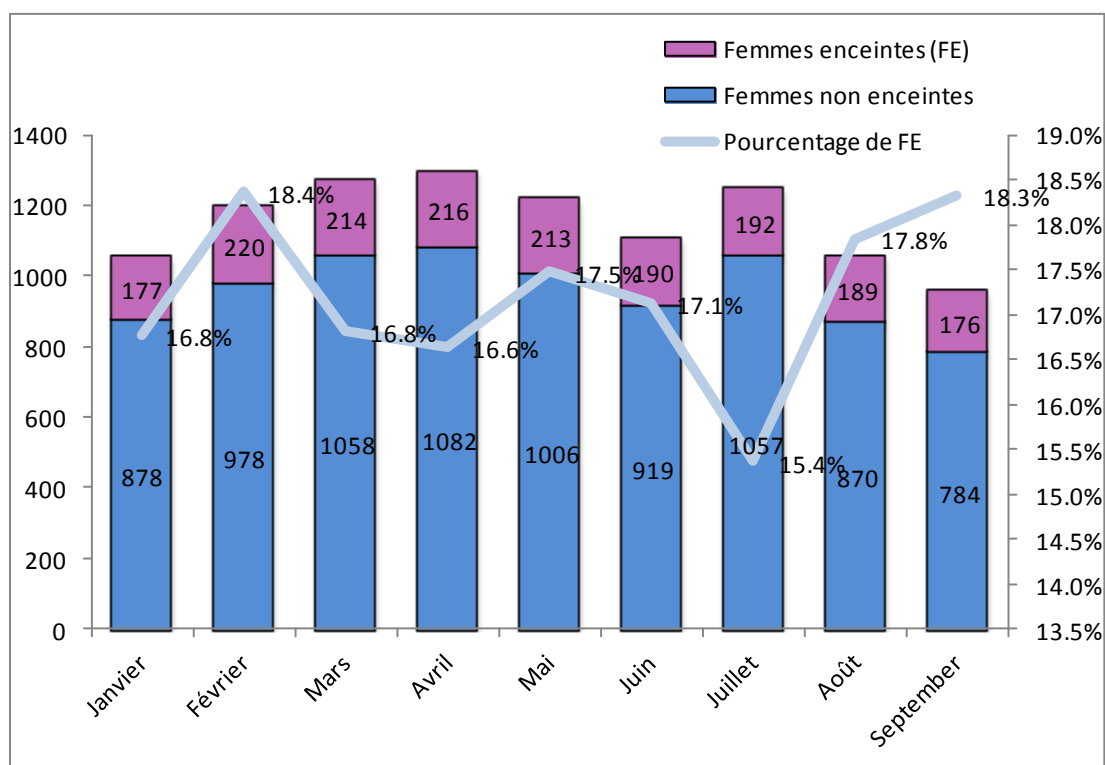


Source : HASS

Graphe 3. Nouveaux cas de VIH rapportés par sexe à l'échelle nationale de Janvier à Septembre 2014

Ce graphe nous montre la distribution des cas de VIH par sexe pour la période de janvier à septembre 2014. On observe une constance dans ce schéma de distribution : il y a toujours plus de femmes à être rapportées VIH positif que d'hommes quelque soit le mois considéré. Pour la période janvier à septembre 2014 le ratio Femme : Homme était de 1.6 pour les nouvelles infections au VIH.

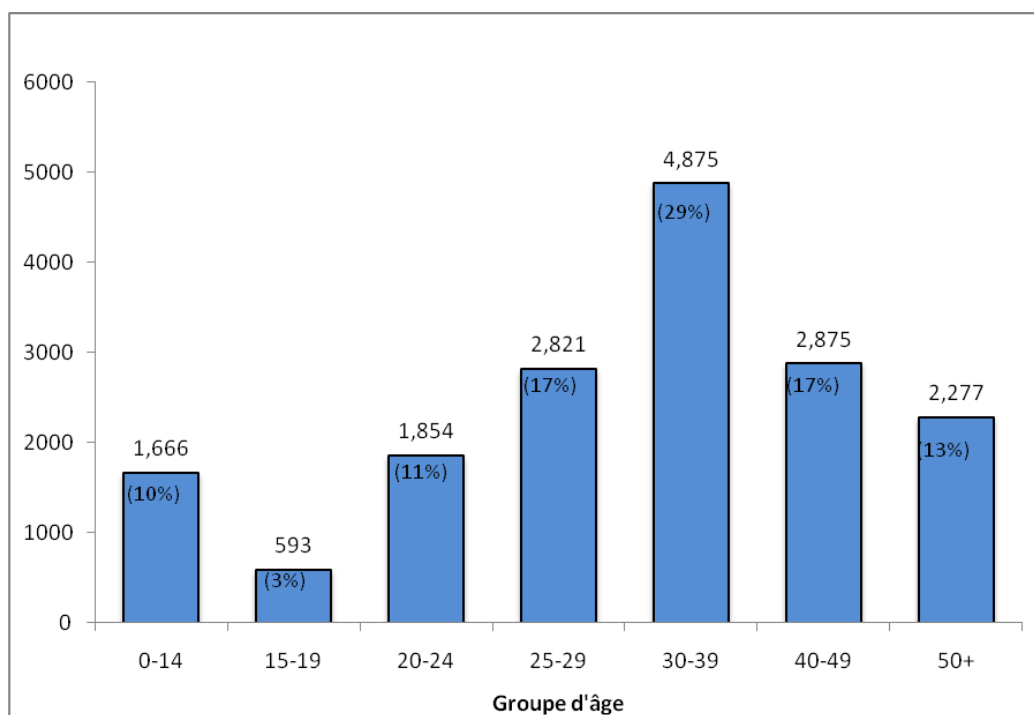
Avec la Riposte nationale visant le renforcement de l'élimination de la transmission verticale mère enfant (ETME), le rapportage systématique du statut des femmes au moment du diagnostic constitue un aspect important de la surveillance du VIH. Le graphe ci-dessous présente le nombre de femmes et leur statut de grossesse au moment du diagnostic de VIH de Janvier à Septembre 2014. Les proportions de femmes enceintes VIH positives tournent autour de 17% pour cette période avec la plus forte proportion (18,4%) observée en Février et la plus faible (15,4%) en Juillet.



Source : HASS

Graphe 4: Nombre et proportion de nouveau cas de VIH parmi les femmes avec ou sans statut de grossesse, Janvier à Septembre 2014.

La majorité des personnes nouvellement diagnostiquées se retrouvent 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%), suivi du groupe 25-29 ans (17%). Une proportion importante des cas de VIH rapportés est également observée pour le groupe d'âge pédiatrique de 0-14 ans (10%). Le graphe ci-dessous présente la distribution des cas de VIH par groupe d'âge pour la période de Janvier à Septembre 2014.



Source : HASS

Graph 5. Cas VIH rapportés par groupe d'âge, Janvier à Septembre 2014.

1.3 Modes de transmission de l'infection à VIH de janvier à septembre 2014

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 2014, les réponses n'étaient pas rapportées pour approximativement un tiers des cas rapportés.

Le tableau 1 montre les facteurs de risque rapportés pour les adultes pour la période de janvier à septembre 2014. 67% des hommes et 73% des femmes ont mentionné des rapports hétérosexuels comme facteur de risque, alors que 7% des hommes ont rapporté avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes. 56% des hommes et 58% des femmes ont rapporté avoir eu des relations sexuelles sans l'utilisation d'un condom. Six pour cent des hommes et 7% des femmes ont mentionné avoir eu des relations sexuelles avec une personne VIH. Sept pour cent (7%) des hommes ont mentionné avoir eu des relations sexuelles avec une travailleuse de sexe.

Tableau 1. Nombre et proportion de nouveau cas de VIH parmi les adultes par facteur de risque, Janvier à Septembre 2014

Facteur de risque	Hommes (n = 6,561)		Femmes (n = 10,419)	
	No.	%	No.	%
Rapport sexuel avec une femme	4 373	67%	161	2%
Rapport sexuel avec un homme	439	7%	7 612	73%
rapport sexuel avec plus de deux personnes	1 202	18%	1 240	12%
Rapport sexuel sans préservatif	3 652	56%	6 061	58%
Rapport sexuel avec travailleuses de sexe	488	7%	--	--
Rapport sexuel avec partenaire séropositive	405	6%	715	7%
Histoire d'infection de TB	243	4%	207	2%
Histoire d'infection de syphilis	678	10%	911	9%
Histoire d'infection, autre IST	779	12%	1 817	17%

Source : HASS

Une histoire d'infection sexuellement transmissible (IST) a été rapportée pour 12% des hommes et 17% des femmes.



« SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN »

2. Traitement Anti Rétroviral

Au cours du mois d'avril 2014, Haïti s'est doté d'un nouveau plan stratégique en VIH/sida, le PSNM 2012 - 2015 révisé avec extension à 2018, un plan écrit sur le modèle des plans stratégiques dit de 3^e génération où tous les résultats attendus sont clairement définis et les cibles identifiées par année jusqu'à 2018. Le processus d'élaboration de ce plan a été inclusif et participatif. Nous avons noté une participation exceptionnelle de certains secteurs et groupes clés, en particulier les HARSAH.

Le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 identifie les principaux enjeux de la Riposte en Haïti, qu'il s'agisse du dépistage, de la prévention et du traitement. A partir de cet article nous analyserons les tendances de la mise sous TAR des nouveaux enrôlés et essayerons, autant que peut faire se peut, de mettre en perspective les enjeux du traitement par rapport aux résultats obtenus.

Rappelons qu'au 31 décembre 2013, MESI a rapporté 54 082 patients actifs sous traitement; 9 mois plus tard, soit le 30 septembre 2014, ils étaient de 62 036, ce qui correspond à une augmentation en valeur absolue de 7 954 patients. Nos lecteurs peuvent naviguer sur www.mesi.ht pour confirmer ces informations. Si nous faisons abstraction des cas d'attrition (perdus de vue et décès), cette augmentation devrait correspondre aux cas incidents de la mise sous TAR de janvier à septembre 2014. Ce qui n'est pas le cas. Nous pouvons d'ores et déjà indiquer que cette probable discordance résulterait de la sommation de 2 phénomènes : les cas d'inactivité au sein des cohortes arrivant au 31 décembre 2013 et ceux enregistrés au cours de la période de janvier à décembre 2014. Dans ce bulletin, nous ne serons pas en mesure de vous fournir les taux de rétention et d'inactivité pour des cohortes de période récente; mais ce n'est que partie remise, car à partir de janvier 2015, la CT du PNLS sera en mesure d'avoir ces informations et de les publier régulièrement dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Néanmoins, nous communiquerons à nos lecteurs, à la fin de cet article, les principaux résultats de l'enquête de rétention réalisée au début de l'année 2014 sur 3 cohortes : 2007, 2010 et 2011.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR de janvier à septembre 2014

Au 30 septembre 2014, les nouveaux enrôlés sous TAR étaient de 14 673 patients. Nous prévenons nos lecteurs qu'au moment où ce bulletin sera publié, il se pourrait que cette valeur sur MESI ait été modifiée très légèrement, mais la différence qui sera constatée n'aura aucune valeur statistique. Nos lecteurs n'ont qu'à faire par eux-mêmes la comparaison des valeurs de cet indicateur dans les précédents numéros du bulletin et celles retrouvées sur MESI pour les périodes correspondantes. Cela dénote tout simplement que le système de gestion de données du VIH/sida en Haïti est tonique et qu'il s'assure régulièrement que les données rapportées sur MESI soient de qualité par des actions de contrôle de la qualité (vérification et de validation de données) au niveau des PPS. Les 3 principaux acteurs qui interviennent sur la qualité des données VIH/sida, sont la CT du PNLS, METH et les DDS. Le nombre de PPS postant des données du TAR sur MESI varie d'un mois à un autre au cours de cette période. Au début, il était de 142 pour arriver à septembre à 127; mais entre janvier et août, le nombre de PPS se situe entre 139 et 142.

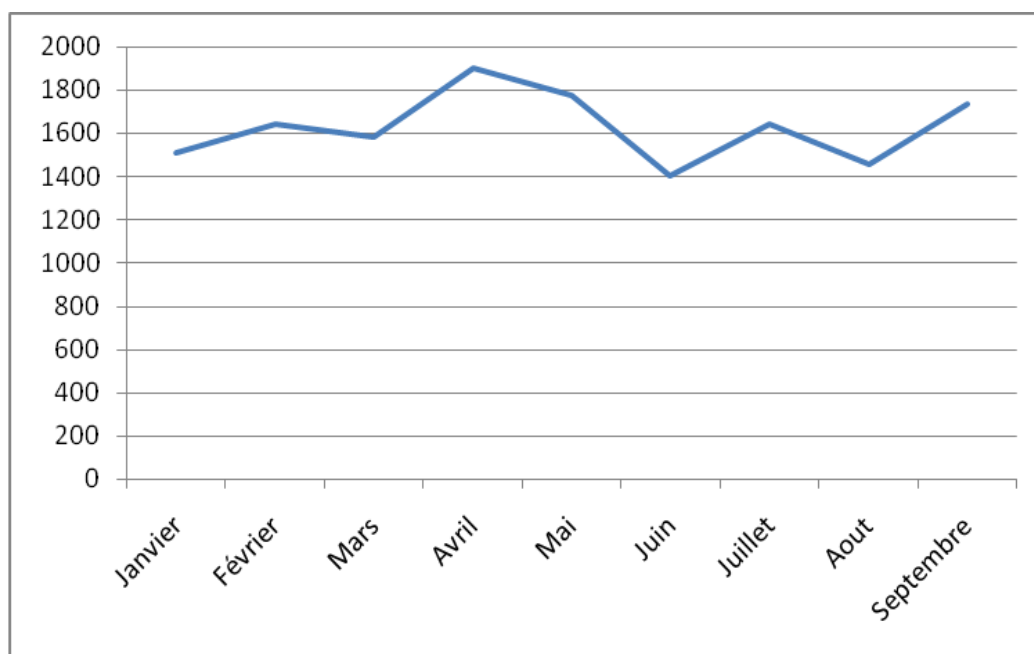
Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR selon le sexe et le statut de la femme. Janvier à septembre 2014.

Mois	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total femmes	% total femmes	Total
Janvier	142	510	695	246	59	941	0.62	1510
Février	142	576	743	256	71	999	0.61	1646
Mars	140	570	712	245	57	957	0.60	1584
Avril	140	633	943	261	66	1204	0.63	1903
Mai	139	576	868	273	58	1141	0.64	1775
Juin	141	503	647	214	45	861	0.61	1409
Juillet	141	568	783	235	59	1018	0.62	1645
Aout	139	510	659	235	61	894	0.61	1465
Septembre	127	588	856	221	71	1077	0.62	1736
Total		5034	6906	2186	547	9092	0.62	14673

Source : www.mesi.ht données retrouvées le 8 novembre 2014.

Les femmes représentent 62% du total des nouveaux enrôlés. Même si les femmes PVVIH sont plus nombreuses que les hommes PVVIH; soit 58% en 2014 (MSPP/PNLS, 2014); elles utilisent toutefois les soins du TAR plus que les hommes; ce qui confirme ce qui est rapporté dans EMMUS V. (Cayemittes et al, 2014). Les enfants sont de 547, soit environ 6%.

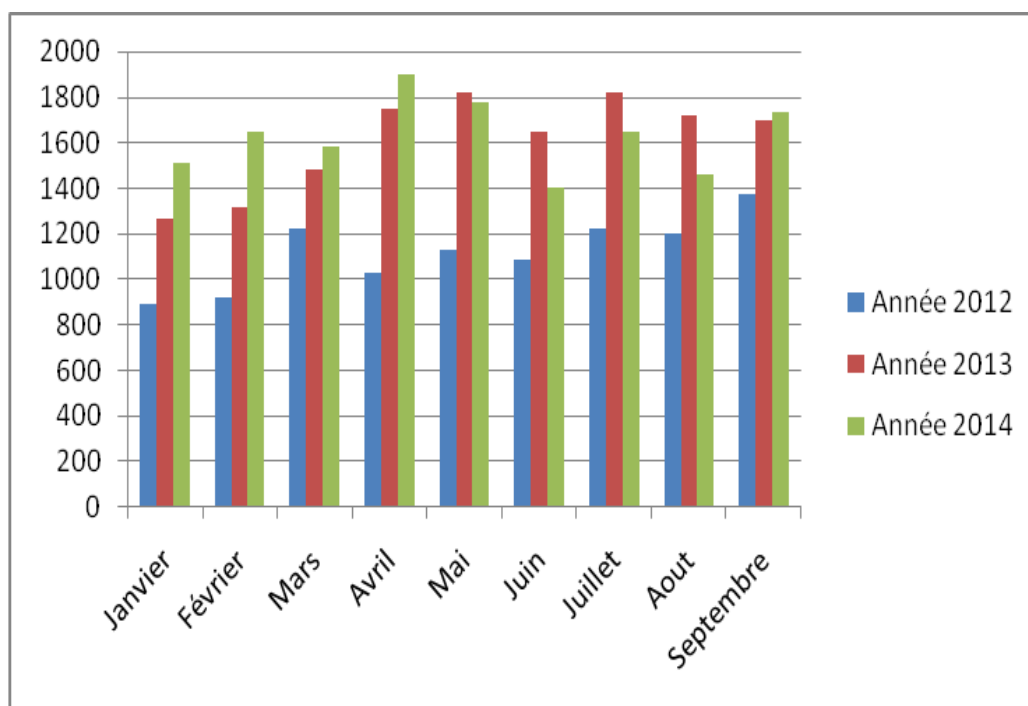
Le Programme a enrôlé environ 1 600 nouveaux patients sous TAR entre janvier et septembre 2014 avec un pic en avril dépassant les 1 800.



Source : www.mesi.ht données retrouvées le 8 novembre 2014

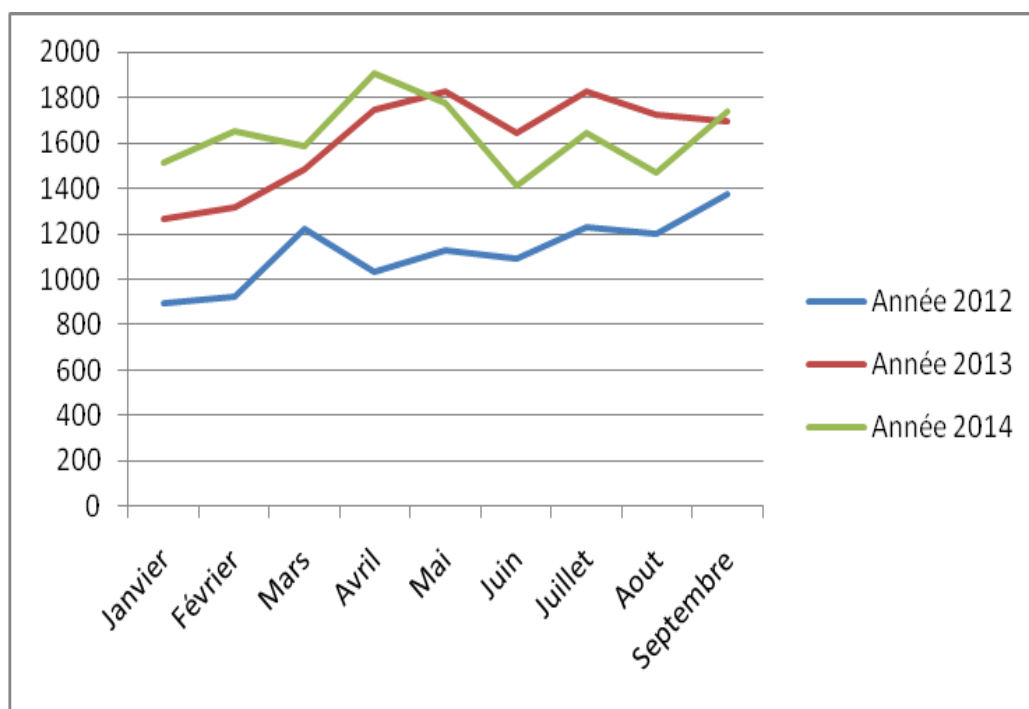
Graphique 6. Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR. Janvier à septembre 2014.

Si nous comparons les résultats en valeur absolue des nouveaux enrôlés de janvier à septembre pour les années 2012, 2013 et 2014; nous avons obtenu de janvier à septembre de 2012 : 10 078 nouveaux enrôlés sous TAR, pour la même période en 2013 : 14 516 et celle de 2014 : 14 673. Nous avons l'impression que le Programme haïtien semble atteindre un certain plateau au regard des résultats de 2013 et 2014; nous analyserons de plus près cette tendance dans le prochain bulletin qui s'intéressera à l'année 2014 dans son ensemble.



Graph 7. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR. Janvier à septembre pour les années 2012, 2013 et 2014.

Nous nous référons à l'année 2012, puisqu'il s'agit de la première année de parution du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Cette tendance constituerait une grande préoccupation, car Haïti vise 80% de couverture à l'horizon de 2018 de PVVIH sous TAR.



Graph 8. Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR. Janvier à septembre pour les années 2012, 2013, 2014.

Nous profitons de cet article sur le TAR pour communiquer à nos lecteurs les principaux résultats attendus du TAR dans le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 que nous pouvons suivre et analyser dans le bulletin de surveillance épidémiologique. Ce sont :

- **Objectif de l'impact** : le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 80% d'ici à fin 2018.

Il y a **3 effets**, c'est-à-dire les résultats intermédiaires ou outcomes, qui sont liés à cet impact :

- D'ici à 2018, au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale de qualité.
- Le taux de décès des patients co infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.
- Au moins 50% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018.

Les **produits**, c'est-à-dire les résultats immédiats, amarrés à ces effets sont :

- 122 130 adultes et 4 592 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.
- 122 130 adultes et 18 043 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.
- 83 393 patients TB ont effectués un test de dépistage du VIH.
- 51 029 patients coinfectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.

- 60 000 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social.
- 122 130 PVVIH bénéficient d'un soutien nutritionnel.
- 56 224 enfants rendus orphelins par le SIDA et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.

Nous espérons fournir régulièrement dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti les niveaux de performance atteints pour les indicateurs sur le TAR. Le tableau ci-dessous nous indique les cibles à atteindre par année. Nous reviendrons sur les autres résultats dans les articles sur la co infection et la TME.

Tableau 3. Répartition par année des cibles de certains indicateurs sur le TAR dans le PSNM.

Indicateur	Données de base	Source et année	2014	2015	2016	2017	2018
Pourcentage d'adultes et d'enfants dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV après l'initiation du TAR	76%	PNLS 2014	76%	77%	78%	79%	80%
Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant le TAR	54082	MESI 2013	78000	95000	118313	120206	122130
Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant le TAR	2987	MESI 2013	3281	3609	3936	4264	4592

Les niveaux de performance du Programme seront calculés dans le prochain numéro du bulletin qui analysera les résultats atteints par le Programme en 2014 sur le TAR. Rappelons que la base de cette planification stratégique est l'atteinte d'une couverture de 80% à l'horizon de 2018. Les cibles fixées ont tenu compte de l'actualisation du manuel de normes de prise en charge de décembre 2013 qui s'aligne sur les nouvelles recommandations thérapeutiques de l'OMS concernant le VIH et du profil des estimations et projections en matière de VIH en Haïti 2010 – 2015 publié par la CT du PNLS en janvier 2014. Le taux de rétention concerne les nouveaux enrôlés, tandis que les adultes et les enfants recevant le TAR sont les patients actifs sous TAR.

2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés sous TAR

5 départements sur 10 fournissent le plus grand nombre de nouveaux enrôlés sous TAR. Ils représentent 85% des 14 673 nouveaux enrôlés de la période janvier à septembre 2014. Ces départements sont Ouest, Artibonite, Nord, Sud et Nord ouest. L'Ouest vient en tête de liste avec 46% des nouveaux enrôlés. Dans le peloton de tête pour la même période en 2013 (bulletin numéro 5, décembre 2013), le Centre y faisait partie en lieu et place du Nord ouest. Le nombre de nouvelles enrôlées sous TAR est supérieur aux nouveaux utilisateurs du TAR pour tous les départements.

Tableau 4. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département. Janvier à septembre 2014.

Département	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée (%)
Ouest	52	2186	3442	933	209	6770	46	46
Artibonite	16	700	802	369	75	1946	14	60
Nord	17	663	861	321	58	1903	13	73
Sud	45	354	376	71	45	846	6	79
Nord ouest	6	297	376	82	54	809	6	85
Centre	10	278	356	109	45	788	5	90
Nord est	12	198	244	161	24	627	4	94
Grande anse	7	129	165	49	10	353	2	96
Nippes	12	121	154	51	12	338	2	98
Sud est	7	108	130	40	15	293	2	100
Total		5034	6906	2186	547	14673	100	

Source : www.mesi.ht le 8 novembre 2014

Dans ce 8^e numéro, le réseau MSH est remplacé par PATHFINDER et URC qui sont 2 ONG qui ont commencé leurs interventions en VIH/sida vers la fin de 2013. PATHFINDER intervient dans l'Ouest, le Centre et le grand Sud; tandis qu'URC concentre ses efforts dans le grand Nord et l'Artibonite. Le tableau ci-dessous indique l'apport des différents acteurs du TAR à l'obtention des 14 673 nouveaux enrôlés sous TAR pour la période de janvier à septembre 2014.

Tableau 5. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le réseau de partenaires. Janv. à sept. 2014.

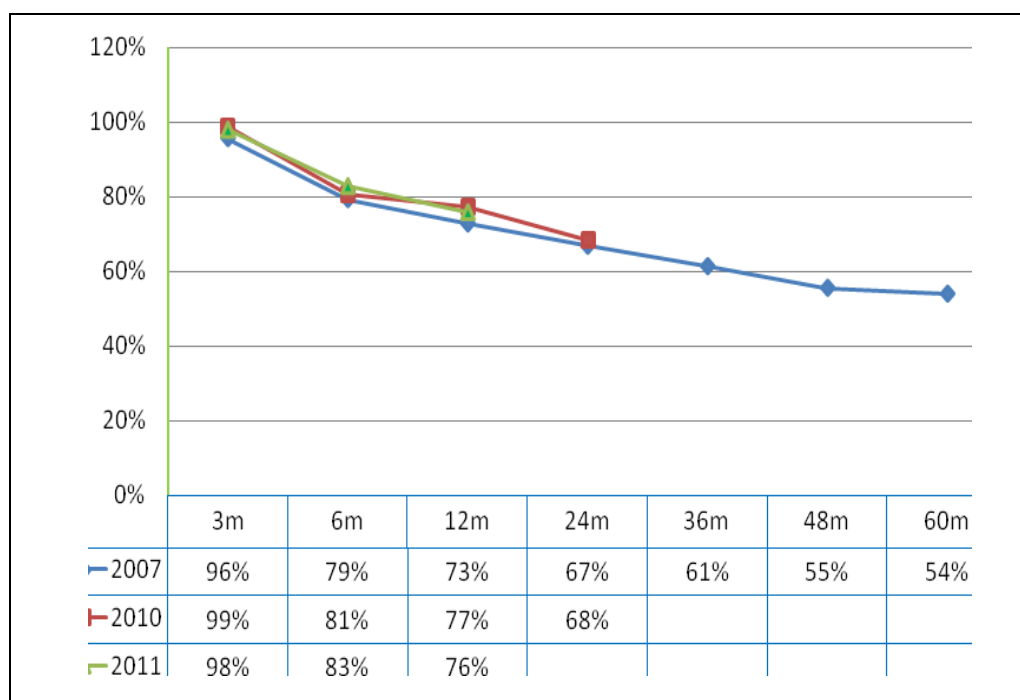
Réseau	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée (%)
GHEKIO	13	1456	2096	355	159	4066	28.00	28.00
UGP/MSPP/PEPFAR	29	1082	1583	541	115	3321	23.00	51.00
PIH/ZL	12	665	757	304	90	1816	12.39	63.39
URC	19	303	459	315	37	1114	7.60	70.99
CMMB	6	360	418	100	42	920	6.28	77.27
PATHFINDER	17	242	418	227	15	902	6.13	83.40
ICC	21	346	409	77	15	847	6.00	89.40
ITECH	3	132	136	85	40	393	2.67	92.07
CDS	5	124	142	82	12	360	2.46	94.53
UM	1	101	138	23	8	270	1.84	96.37
FOSREF	10	76	123	37	0	236	1.61	97.98
Uma	1	49	127	16	7	199	1.36	98.56
POZ	2	39	34	8	4	85	0.58	99.09
WV	3	23	48	6	0	77	0.53	99.62
HAD	1	22	16	6	2	46	0.31	99.93
HTW	1	8	0	1	0	9	0.06	99.99
CARE	1	6	3	3	0	12	0.01	100.00
Total	145	5034	6907	2186	546	14673	100.00	

Source : www.mesi.ht le 9 novembre 2014.

Le réseau GHESKIO domine la tête du classement en fournissant des soins ARV à 28% des nouveaux enrôlés et celui du MSPP en 2^e position a obtenu 23 %. Ces 2 réseaux totalisent plus de la moitié de la mise sous TAR des nouveaux enrôlés au cours de la période de janvier à septembre 2014. En 2013, ils avaient permis au Programme de mettre des nouveaux enrôlés sous TAR à environ 48%. Ils maintiennent un bon niveau de performance au regard des cibles à atteindre par le pays d'ici à 2018.

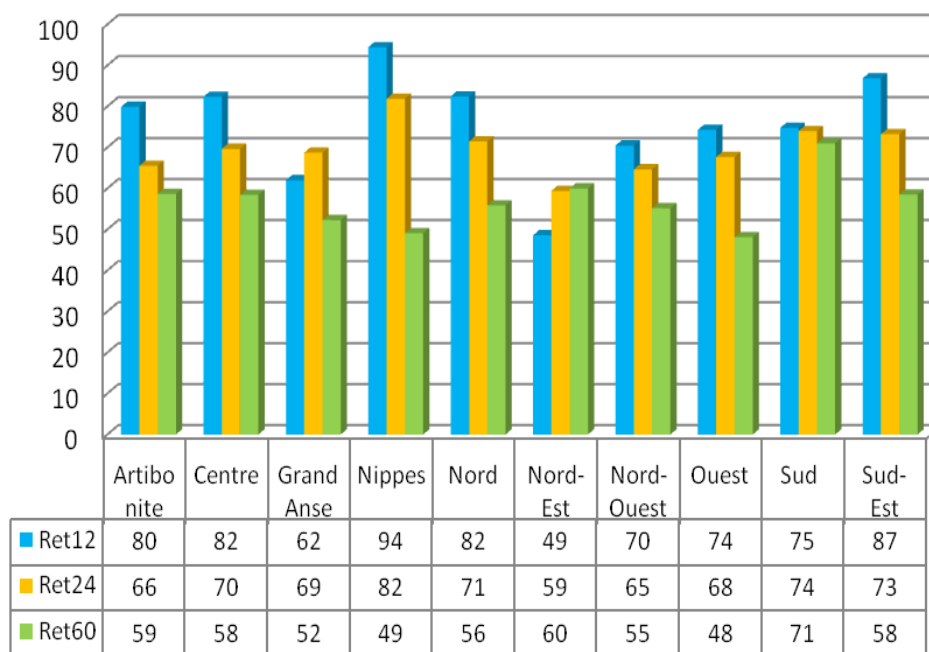
L'un des principaux enjeux de la mise en œuvre des Programmes à travers le monde est de traiter le plus grand nombre de PVVIH et surtout de les retenir dans le système de soins (UNAIDS, 2013; OMS, 2013). Ainsi, un des indicateurs pertinents à mesurer régulièrement est le taux de rétention sous TAR à 12 mois. La dernière enquête sur la rétention en Haïti a démontré que lorsque les patients sous TAR arrivent à traverser le cap des 12 mois, nous assistons à une fidélisation élevée du patient au TAR dans le système de soins. Nous profitons pour conclure cet article par la communication à nos lecteurs des principaux résultats de l'enquête sur la rétention qui a été réalisée par la CT du PNLS du 9 décembre 2013 au 17 janvier 2014. Cette enquête s'est intéressée à la cohorte de 2007 pour le taux de rétention à 60 mois, la cohorte de 2010 pour le taux de rétention à 24 mois et celle de 2011 pour celui de 12 mois. Le taux de rétention mentionné dans cette étude est le taux de rétention ajusté.

Les taux de rétention ajusté à 12 mois est de 73,5%, de 77,5% et de 76,5% respectivement pour les cohortes 2007, 2010 et 2011. La rétention à 24 mois est de 67% pour la cohorte 2007 et de 68% pour celle de 2010 alors que le taux de rétention à 60 mois est de 54% pour la cohorte 2007.



Graph 9. Taux de rétention des patients sous TAR. Haïti 2014.

Le graphique ci-dessous indique les taux de rétention par département.



Graphique 10. Taux de rétention au TAR à 12, à 24 et à 60 selon le département. Haïti 2014.

Nous invitons nos lecteurs qui veulent avoir plus d'informations sur les résultats de cette enquête à télécharger et à lire le rapport final qui se trouve sur le site web du MSPP, s'ils ne l'avaient pas déjà reçu par courriel de la CT du PNLS. A partir du 1^{er} trimestre 2015, La CT du PNLS sera en mesure de fournir des informations sur la rétention sous ARV en mettant un dispositif qui collectera régulièrement dans les registres ARV les données nécessaires nous permettant de calculer les taux de rétention à 6 et 12 mois et également les taux d'attrition peu importe la cohorte considérée en fonction du mois initial.

3. Co infection TB / VIH

L'amélioration de la prise en charge de la co infection VIH / TB est une des priorités du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018. Le patient co infecté doit être au centre des préoccupations des 2 Programmes en matière de collaboration effective. Ce nouveau plan stratégique recommande une intégration à la fois normative et structurelle visant à un « développement systématique de l'offre de prestations labellisé co infection dans les structures de prestations de services des 2 Programmes ».

Ceux qui ont participé à l'élaboration de ce Plan sont conscients que nous n'en sommes pas encore là; mais, pour que nous arrivions à ce stade, faudrait-il que les directions des 2 Programmes puissent s'entendre, tout au moins, sur une définition de l'intégration normative et sur le questionnement du statu quo permettant à moyen terme l'obtention d'une intégration partielle facilitant de façon graduelle le renforcement de la prise en charge de la co infection en Haïti. En matière de collaboration TB/VIH, nous recommandons à nos lecteurs de lire à nouveau l'article sur la co infection TB /VIH du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, numéro 6.

Depuis décembre 2013, les patients VIH présentant une TB active sont mis sous TAR en Haïti, quelque soit le compte lymphocytaire des CD4. Nous rappelons quelques points clés du manuel de normes de PEC mis à jour en 2013 que nos lecteurs doivent toujours avoir en tête en pensant à la co infection VIH/TB :

- Le nombre de patients VIH qui auront à développer la TB est d'environ 1 sur 3.
- La chimio prophylaxie à l'INH est administrée à toutes les personnes infectées au VIH quelle que soit le degré d'immunosuppression, aux malades recevant le TAR, aux personnes traitées antérieurement pour la TB et aux femmes enceintes. L'INH doit être administrée chaque jour avec la vitamine B6 pendant 6 mois.
- Il faut toujours éliminer une TB active avant d'opter pour une TB latente.
- Une seule lame directe positive doit évoquer le diagnostic de TPM+ chez un PVVIH surtout si la clinique est évocatrice.
- Le taux de rechute peut être jusqu'à 10 fois plus élevé en cas de co infection par le VIH. Ces rechutes sont le plus souvent dues à des réinfections par une nouvelle souche de mycobactéries.
- Les patients co infectés présentent un risque plus élevé de développer un MDR-TB.

Dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, nous reviendrons régulièrement sur des aspects de la prise en charge de la co infection que nous jugerons importants de rappeler à nos lecteurs.

3.1 Représentation temporo-spatiale des nouveaux patients co infectés

De janvier à septembre 2014, le total des patients co infectés est 2 934. La proportion des nouveaux patients diagnostiqués et qui sont sous traitement anti TB représente plus de 85% pour tous les mois de cette période, mais qu'est ce qui nous empêche à placer dans un délai record tout PVVIH avec une TB active ? Nous devons viser 100% pour cet indicateur à chaque mois, comme il l'est actuellement pour les pochettes de sang sur. Les Coordinations des 2 Programmes se doivent de répondre à cette question sans délai, car nous savons déjà que les PVVIH sont 20 fois plus susceptibles de développer une TB active que les personnes séronégatives d'une part et d'autre part qu'ils sont plus susceptibles de mourir de TB que toute autre maladie liée au VIH (OMS, 2012; ONUSIDA 2013; PNLS, 2013).

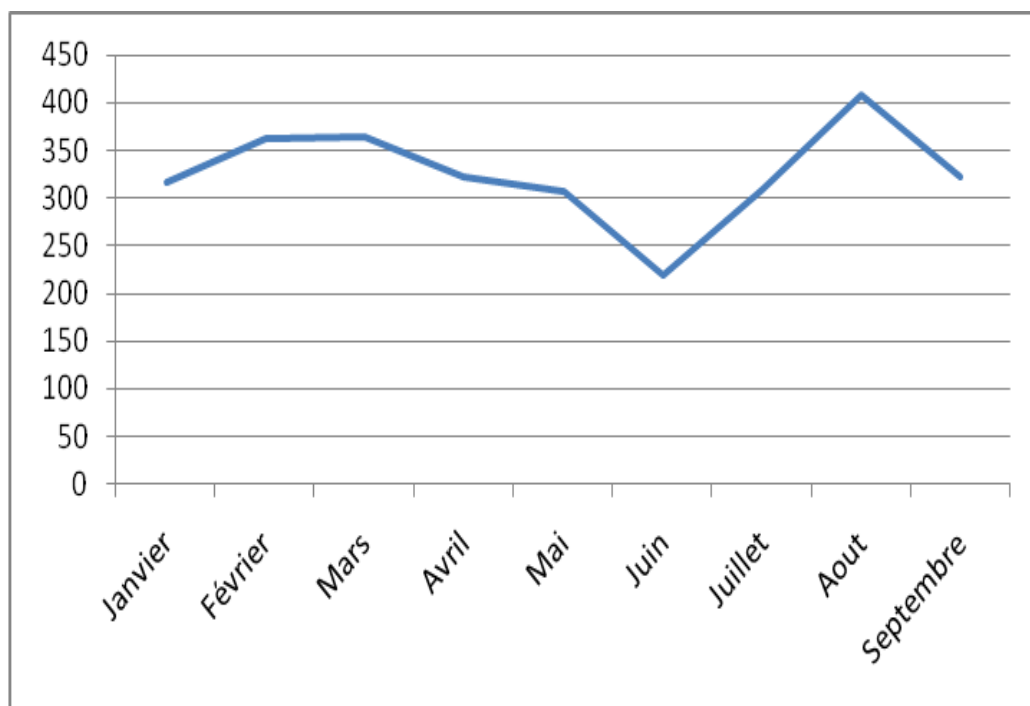
Le pourcentage de nouveaux patients co infectés par rapport aux nouveaux enrôlés sous TAR est de 20%. Le tableau ci-dessous fournit les résultats obtenus par mois pour les indicateurs traités par ce bulletin dans le domaine de la co infection.

Tableau 6. Distribution des patients co infectés et traités. Janvier à septembre 2014.

Mois	PPS	Nx enrôlés sous TAR	Total de patients co infectés	Nx Patients PVVIH diagnostiqués TB	Nx patients PVVIH sous Rx anti TB	% de Nx patients diagnostiques sous Rx anti TB	% de Nx patients co infectes sous Nx enroles ARV
Janvier	181	1510	317	176	174	98.00	21.00
Février	180	1646	362	204	193	94.00	22.00
Mars	180	1584	365	181	166	91.00	23.00
Avril	180	1903	323	194	181	93.00	17.00
Mai	179	1775	307	175	149	85.00	17.00
Juin	181	1409	219	121	109	90.00	16.00
Juillet	180	1645	310	172	159	92.00	19.00
Aout	182	1465	409	215	199	92.00	28.00
Septembre	160	1736	322	177	166	93.00	19.00
Total		14673	2934	1615	1496	92.00	20.00

Source : www.mesi.ht données retrouvées le 8 novembre 2014.

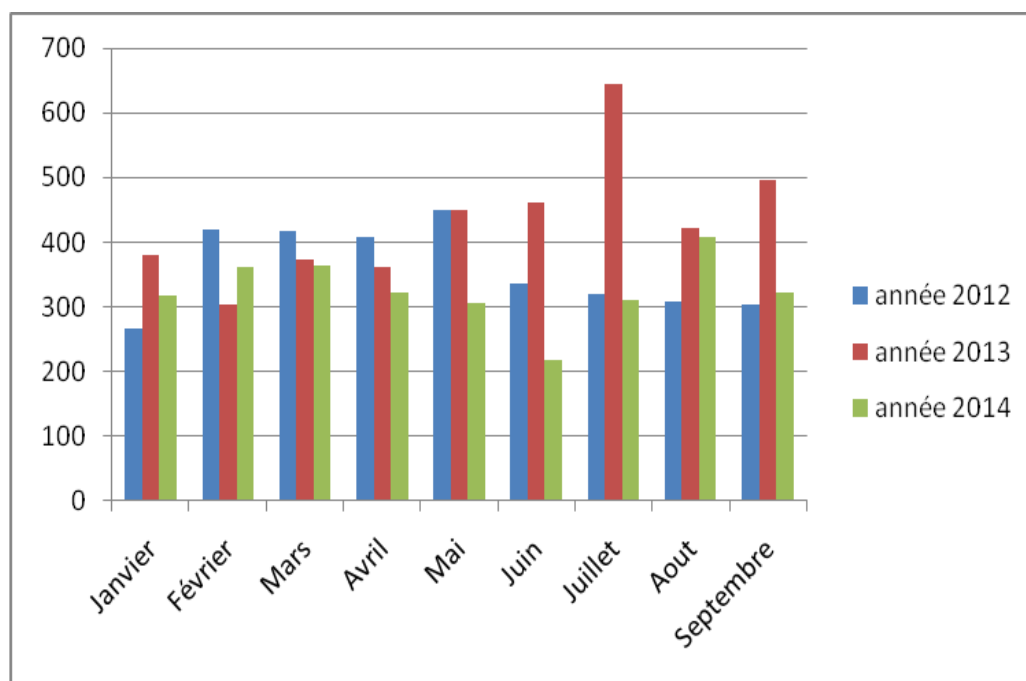
Pour la période janvier à septembre 2014, le mois médian est août avec une fréquence absolue de 409 co infectés. Nous notons une baisse pour le mois de septembre, mais nous reviendrons là-dessus dans le prochain numéro qui analysera les résultats obtenus des 12 mois de 2014.



Graphie 11. Evolution du nombre de co infectés. Janvier à septembre 2014.

En analysant les résultats des 2 années antérieures à 2014 pour la même période, nous observons un total à la baisse en valeur absolue du nombre de co infectés pendant que le total des nouveaux enrôlés

sous TAR n'a pas diminué. Les co infectés étaient de 3 229 en 2012, de 3 893 en 2013 et de 2 934 en 2014.



Graphique 12. Répartition des co infectés par mois. Janvier à septembre des années 2012, 2013 et 2014.

Les PPS qui ont rapporté des données sur la co infection sont de 88; ce qui représente 1 PPS sur 2 qui rapporte des données sur la co infection. Les autres PPS pratiquent probablement la référence pour les patients PVVIH suspectés de TB active.

Tableau 7. Distribution des co infectés par département. Janvier à septembre 2014.

Département	PPS rapportant données sur Nx enrôlés TAR	PPS rapportant données sur co infection	Nx enrôlés sous TAR	Patients TB testés VIH	PVVIH diagnostiqués TB	Total de patients co infectés	% de Nx patients co infectés sous Nx enrôlés
Ouest	52	15	6770	559	587	1146	17
Artibonite	16	10	1946	294	301	595	31
Nord	17	12	1903	86	166	252	13
Sud	45	9	846	52	87	139	16
Nord ouest	6	6	809	33	76	109	13
Centre	10	7	788	151	185	336	43
Nord est	12	11	627	68	75	143	23
Grande anse	7	5	353	32	36	68	19
Nippes	12	6	338	21	39	60	18
Sud est	7	7	293	23	63	86	29
Total	184	88	14673	1319	1615	2934	20

Source : www.mesi.ht données retrouvées le 8 novembre 2014.

Pour cette période de janvier à septembre 2014, le département Sanitaire du Centre présente le pourcentage le plus élevé de nouveaux patients co infectés sous nouveaux enrôlés sous TAR, soit 43%, suivi de l'Artibonite avec 31% et du Sud est avec 29%. Le pourcentage pour l'ensemble du pays est de 20%.

En matière de co infection VIH/TB, l'effet attendu par le PSNM 2012 – 2015 avec extension à 2018 est l'effet 3.2 dans le document écrit du Plan. Il est formulé de cette façon : le taux de décès de patients co infectés VIH/TB est réduit de 50% d'ici à 2018.

Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti analysera les résultats obtenus par le Programme par l'intermédiaire de MESI et des 3 EMR. Les indicateurs retenus par le PSNM avec leurs cibles jusqu'à 2018 sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8. Répartition par année des cibles des indicateurs sur la co infection dans le PSNM.

Indicateur	Données de base	Source et année	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de mortalité des patients co infectés VIH/TB	ND			AD			5%
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH							
Nombre de patients TB ayant effectué un test de dépistage du VIH	11859	MESI, 2013	13466	15072	16679	18285	19892
Nombre de patients co infectés VIH/Tuberculose qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	4913		7606	7927	8249	8570	8891
Nombre de patients qui ont reçu la prophylaxie à l'INH	9440	MESI, 2011	9899	10052	10205	10359	10513

Nous notons que la donnée de base pour l'indicateur d'effet n'a pas pu être trouvée; cela traduit que dans certains domaines tels que la prise en charge, la CT du PNLS doit en collaboration avec les donateurs, les agences onusiennes et certaines organisations de management en SE trouver le financement nécessaire à la réalisation d'une enquête nous permettant de combler les trous existant dans le cadre de performance du PSNM. Comment pouvons-nous évaluer les résultats atteints si nous ne connaissons pas la situation à changer? Concernant le 2^e indicateur du tableau, nous constatons avec frayeur que rien n'est encore fait, même en termes de discussion, sur le comment combler toutes les cases vides du cadre de performance de cet indicateur. Nous suggérons que dans le plus bref délai que des rencontres soient tenues, au moins, entre les Coordinations des Programmes VIH et TB sur les

principales données de base des indicateurs de la co infection et l'identification des cibles identiques pour eux dans les mêmes termes dans les plans suivi et évaluation dont le processus d'élaboration se trouve actuellement à la phase d'achats de services professionnels pour aider ces 2 Programmes à élaborer à brève échéance leur plan suivi et évaluation.

La co infection VIH/TB est le talon d'Achille conjoint des 2 Programmes. Nous espérons que les décideurs et les planificateurs qui liront cet article et également les autres articles sur ce sujet dans les bulletins antérieurs soient sensibilisés et prennent les dispositions qui s'imposent pour permettre à Haïti d'avoir des informations de qualité sur la co infection et des décisions opportunes pour le soulagement et l'amélioration des conditions de vie des patients souffrant de cette co morbidité.

4. Elimination de la transmission mère enfant

Le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 ambitionne avec emphase le renforcement de toutes les interventions visant l'élimination de la TME. Cela traduit une prise de conscience des principaux acteurs à agir vite et bien en vue de « réduire les nouvelles infections chez les nouveau-nés et la mortalité des mères séropositives en respect avec le plan stratégique de PTME qui prend en compte les quatre piliers de l'élimination de la TME ».

Les 4 piliers de l'ETME sont :

- Prévention primaire de l'infection du VIH chez les femmes en âge de procréer;
- Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH;
- Prévention de la transmission du VIH des mères, vivant avec le VIH, à leurs enfants;
- TAR, soins et un soutien appropriés aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.

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

Les PPS qui ont posté leurs rapports sur MESI varient entre 133 à 152 pour la période de janvier à septembre 2014. Les femmes qui étaient sous TAR et qui sont devenues enceintes sont 1 214 et représentent 34% du total de femmes enceintes sous TAR. Au cours de l'année 2013, cette proportion a été de 27%.

Tableau 9. Répartition des femmes enceintes VIH sous TAR. Janvier à septembre 2014.

Décembre 2014

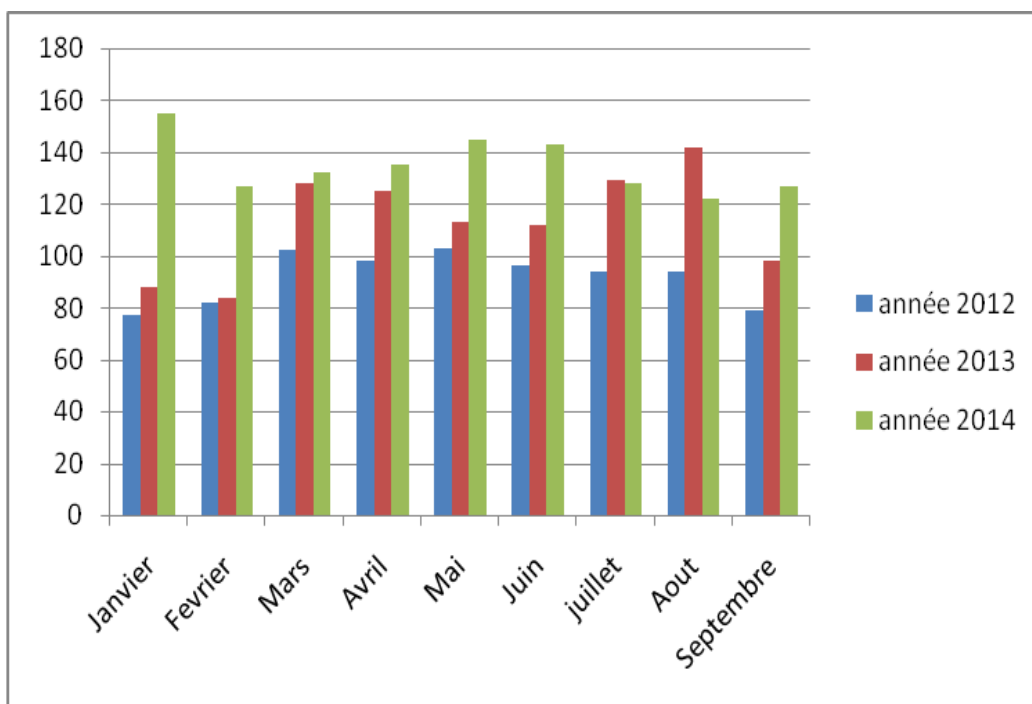
Mois	PPS	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total Nouvelles FE VIH sous TAR	% Femmes VIH sous TAR devenues enceintes
Janvier	147	155	425	36.00
Février	146	127	401	32.00
Mars	145	132	386	34.00
Avril	149	135	411	33.00
Mai	148	145	445	33.00
Juin	150	143	369	39.00
Juillet	148	128	374	34.00
Aout	152	122	376	32.00
Septembre	133	127	364	35.00
Total		1214	3551	34.00

Le Nord ouest est le département qui arrive en tête des départements qui a une proportion de 54% plus élevée que l'ensemble du pays qui est 34%, tel que l'indique le tableau ci-dessous. Viennent ensuite les départements du Centre (43%), du Sud (38%), du Sud est (37%) et de l'Ouest (35%).

Tableau 10. Répartition des femmes enceintes VIH sous TAR par département. Janvier à septembre 2014.

Département	PPS	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total Nouvelles FE VIH sous TAR	% Femmes VIH sous TAR devenues enceintes
Ouest	59	525	1497	35.00
Artibonite	20	176	591	30.00
Nord	17	148	478	31.00
Sud	14	56	147	38.00
Nord ouest	6	95	176	54.00
Centre	10	107	248	43.00
Nord est	12	34	191	18.00
Grande anse	7	25	81	31.00
Nippes	5	23	75	31.00
Sud est	9	25	67	37.00
Total		1214	3551	34.00

Les femmes sous TAR sont de plus en plus nombreuses à devenir enceintes, en valeur absolue, au cours de la même période correspondante au cours des années 2012, 2013 et 2014. En 2012, elles étaient de 825, en 2013 de 1 019 et en 2014 de 1 214.



Graphie 13. Distribution des femmes VIH sous TAR devenues enceintes. Janvier à septembre des années 2012, 2013 et 2014.

Le MSPP, par l'intermédiaire de la DSF et de la CT du PNLS et en collaboration avec d'autres partenaires, surtout onusiens, est le maître d'œuvre d'une étude sur les « déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes enceintes sous TAR. Cette étude a été autorisée par le CNB et est en cours d'exécution. Les résultats préliminaires seront présentés au cours du mois de décembre 2014. Cette étude, financée par le UNFPA, a comme principaux objectifs de :

- Faire une analyse croisée entre le statut VIH de ces femmes et leur profil socio démographique, économique, culturel ainsi que leur niveau d'éducation et leur parité ;
- Evaluer la qualité des messages donnés aux femmes VIH+ lors des conseils ;
- Evaluer leurs connaissances sur l'importance d'utiliser les méthodes modernes de contraception ;
- Evaluer l'attitude du personnel de santé à l'égard des messages à donner aux femmes VIH après la mise en route du TAR ;
- Proposer des stratégies visant la prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH sous TAR ainsi que l'augmentation de la demande et de l'utilisation des méthodes modernes de PF chez les femmes VIH+ en général ;
- Fournir des recommandations au PNLS et à la DSF en termes de moyens pour améliorer le Programme VIH, renforcer l'utilisation et l'offre de services de PF au niveau des sites ARV, et améliorer les services PTME en vue de l'atteinte des objectifs de l'ETME.

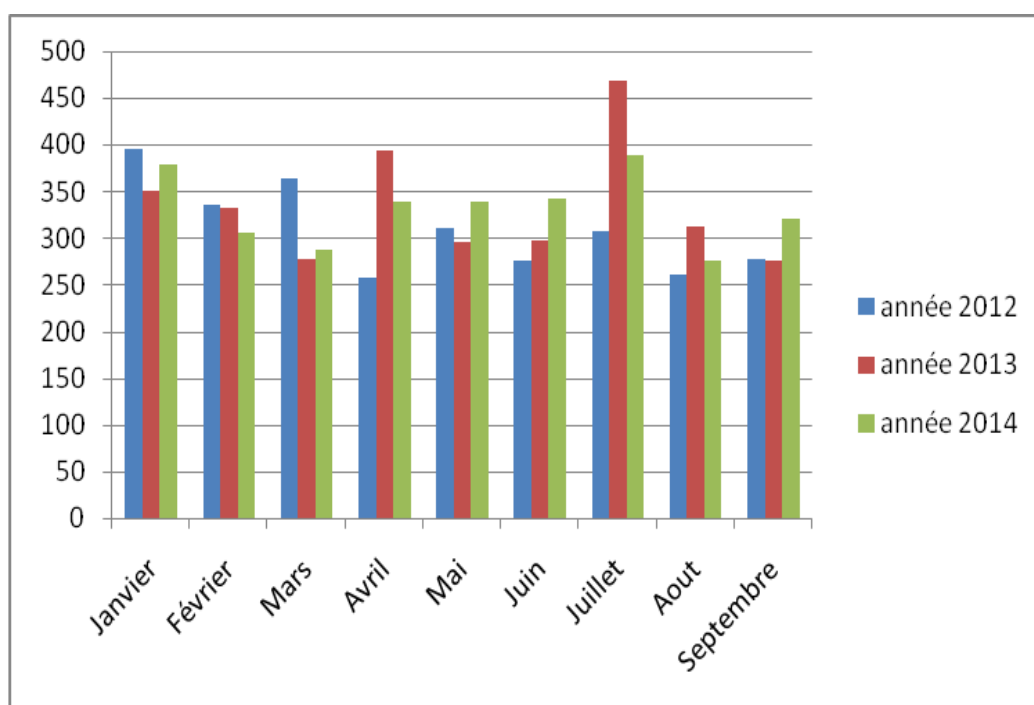
Nous pensons, qu'avec cette étude dont le devis de recherche est un cas-témoins, que nous aurons une meilleure compréhension du pourquoi des femmes qui sont sous TAR deviennent enceintes en si grand nombre. Nous espérons que les résultats de cette étude permettront à tous les acteurs de la Riposte nationale de mieux cibler leurs interventions en PTME, en particulier chez les femmes qui sont sous TAR.

Chez les enfants exposés bénéficiant d'un PCR, la proportion de TME pour l'ensemble de la période est de 4,73%.

Tableau 11. Répartition des enfants exposés bénéficiant d'un PCR et des enfants VIH. Janvier à septembre 2014.

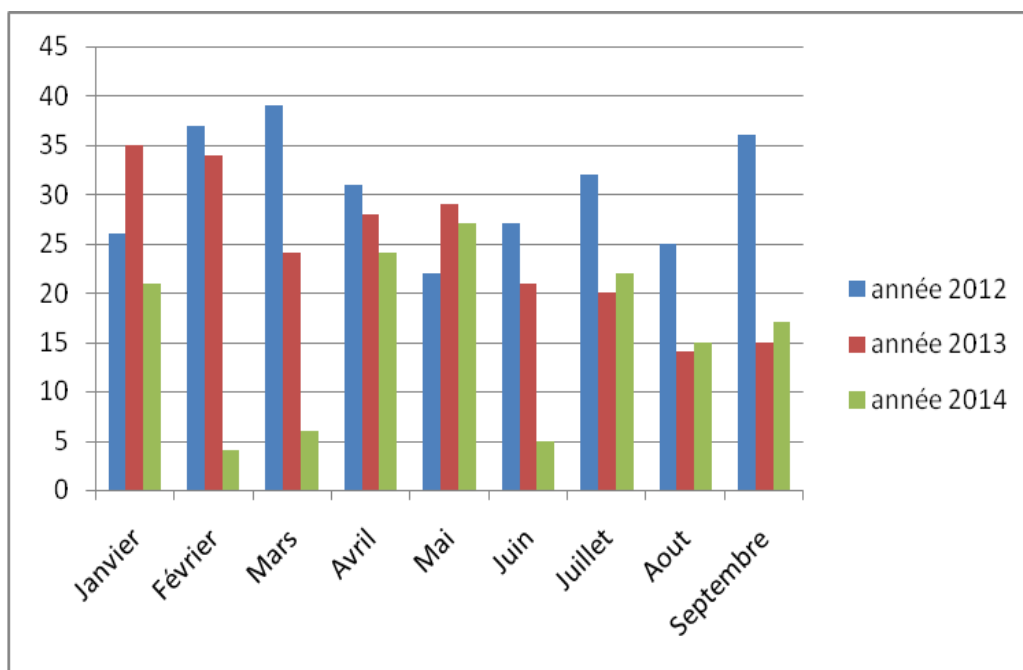
Mois	PPS	Enfants exposés enregistrés	Enfants exposés bénéficiant d'un PCR	enfants VIH	TME en %
Janvier	147	342	379	21	5.54
Février	146	259	306	4	1.30
Mars	145	269	288	6	2.08
Avril	150	257	339	24	7.07
Mai	148	218	339	27	7.96
Juin	150	197	343	5	1.45
Juillet	148	227	388	22	5.67
Aout	153	233	275	15	5.45
Septembre	133	306	320	17	5.31
Total		2308	2977	141	4.73

Les enfants exposés étaient en 2012 de 2 785, en 2013 de 3 005 et en 2014 de 2 977.



Graph 14. Comparaison de la répartition des enfants bénéficiant d'un PCR par mois. Janvier à septembre des années 2012, 2013 et 2014.

Le nombre des enfants VIH diagnostiqués par PCR a diminué, en valeur absolue, pour la même période correspondante. En 2012, ils étaient de 275, en 2013 de 220 et en 2014 de 141. La proportion de TME pour la période allant de janvier à septembre 2014 est de 4,73%.



Graphique 15. Comparaison de la répartition des enfants VIH par mois. Janvier à septembre des années 2012, 2013 et 2014.

L'impact attendu dans le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 sur l'ETME est l'impact numéro 2 et est formulé de cette façon : « la proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduit à moins de 2% d'ici à 2018.

Les effets attendus et qui sont liés à cet impact sont :

- Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici à fin 2018.
- Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à fin 2018.
- Au moins 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à fin 2018.

Dans le cadre de performance du PSNM, le tableau ci-dessous affiche la liste des indicateurs avec leurs cibles qui vont nous permettre de suivre, autant que faire se peut, la performance du Programme sur l'ETME. Nous reprenons dans ce tableau tous les indicateurs retenus par le PSNM, mais dans le cadre de ce bulletin, nous allons pouvoir analyser semestriellement les niveaux de performance atteint pour les valeurs des résultats immédiats pour lesquels nous pourrions retrouver des données sur MESI.

Indicateur	Données de base	Source et année	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME	ND		323212	323212	323212	323212	323212
Nombre de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées	ND		108909	110623	112333	114044	115761
Nombre de femmes enceintes faisant le test de dépistage du VIH	246157	MESI, 2013	272156	298156	324156	350155	371439
Nombre de femmes enceintes séropositives recevant des ARV pour réduire la TME	5223	MESI, 2013	9391	9534	9682	9827	9974
Nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH qui bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH au PCR	2987	MESI, 2013	4922	5414	5904	6396	6888
Nombre des enfants exposés qui sont mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	ND		4000	4074	4177	4279	4382



5. Hôpital Saint Michel de Jacmel : un Point de Prestation de Service d'Excellence en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti.



5.1 Introduction et mise en contexte

Ce fut au cours d'une des rencontres du comité de rédaction du bulletin au premier semestre de 2013 que l'idée d'avoir une rubrique sur les meilleures pratiques de suivi évaluation en Haïti a germé. A cette époque, Le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti n'était pas encore prêt pour produire des articles sur ce sujet selon une méthodologie rigoureuse. Mais, l'idée a fait son chemin et malgré que le comité de rédaction du bulletin ne soit pas encore au mieux de sa forme, un article sur la méthodologie sur PPSE a été publié dans le numéro 7 au début de l'année 2014. Cet article a précisé les mailles de la passoire à administrer à un PPS pour devenir PPSE et a proposé une démarche scientifique nous permettant de féliciter régulièrement selon une périodicité définie, un PPS, un réseau de partenaires, une institution ombrelle de réseaux de partenaires de bonnes pratiques en suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti. Nous nous intéressons aux PPS présentement, car ils représentent la base de notre système d'informations sanitaires du VIH/sida en Haïti.

Comment en sommes nous arrivés à désigner un PPS de PPSE ? Cela n'a pas été facile. Nos lecteurs doivent savoir que le service suivi et évaluation de la CT du PNLS est, pour la publication des numéros du bulletin, le centre opérationnel du comité de rédaction du bulletin. C'est ce centre opérationnel qui vérifie les données et les références, qui corrige et améliore la façon d'écrire de nos rédacteurs et enfin qui envoie le bulletin à nos lecteurs. Leurs noms vont apparaître désormais dans la liste des membres du comité de rédaction. Et, ce n'est que justice ! Ce centre opérationnel a tenu plusieurs rencontres sur la démarche et les outils d'évaluation, a fait une proposition de PPS à évaluer sur la base de leurs expériences sur le terrain et les a évalués effectivement. Des circonstances atténuantes ont obligé ce centre opérationnel à se constituer en « comité d'experts » pour procéder au choix du PPSE. Les délibérations qui y ont eu lieu, sur les résultats obtenus à partir des outils d'évaluation, ont permis de désigner pour ce 1^{er} décembre : **Hôpital Saint Michel de Jacmel comme PPSE.**

Rappelons la définition que nous avons retenue dans le bulletin numéro 7 du concept « meilleures pratiques ». Les meilleures pratiques font 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 ». Les valeurs qui nous guident dans la captation de meilleures pratiques en suivi et évaluation au niveau de nos PPS sont la motivation du personnel, la valorisation du travail effectué par les prestataires au niveau des PPS et la recherche d'actions stratégiques locales. Nous espérons que les services VIH/sida de cet hôpital resteront dans cette série tant que durera l'épidémie à VIH et que les autres PPS en feront un de leurs modèles à suivre et à dépasser.

5.2 Configuration d'un PPSE

Les critères retenus dans notre modèle sont des dimensions et/ou des dérivés de la qualité des données. Nous utilisons « dérivés » pour qualifier tout processus qui nous permet de nous assurer que les données soient de qualité. Ainsi le modèle parfait ou idéal d'un PPSE serait un PPS qui atteindrait un niveau de performance excellent au niveau de :

1. La vérification ou la validation de première intention avec une participation désintéressée du staff dirigeant ;
2. La ponctualité de la transmission du rapport mensuel ou hebdomadaire ;
3. La complétude ;

4. La validité ;
5. L'amélioration continue de la qualité des soins. Nous procédons à l'analyse de ce paramètre au moyen de la mise en œuvre de projets HEALTHqual.
6. L'analyse des rapports de mission de validation de données au niveau des PPS. Nous analysons les recommandations dans ces rapports et le suivi qui a été fait sur elles au niveau du PPS pour l'amélioration de la qualité des données.
7. Et l'utilisation des données à des fins de planification et de prise de décisions opportunes pour l'amélioration de la qualité des soins, une meilleure adaptation du PPS à son environnement, le suivi sur l'adhérence, etc.

Tous ces critères et leurs interactions nous permettent d'obtenir la configuration ci-dessous qui est représentée par un heptagone dont les angles sont identifiés par nos 7 critères sur lesquels nous venons d'effectuer un rappel succinct sur leur signification.

Dans ce modèle, nous pouvons retrouver à l'analyse d'un PPS différentes formes en fonction de ses performances par rapport à un critère et à un moment donné. Le point d'entrée est la vérification ou la validation de première intention et le boucle se termine par l'utilisation des données du PPS par le PPS lui-même. Nous avons procédé à un processus d'ajustement et de pondération dans le but de nous permettre de faire la sommation de critères conceptuellement différents et également leur utilisation à des fins de comparaison entre PPS suggérés et évalués.

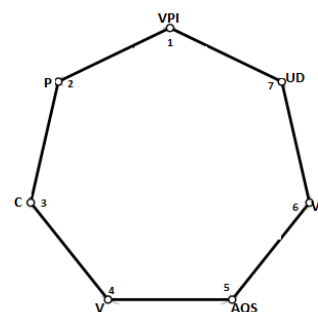


Figure 1. Configuration idéale d'un PPSE.

Nous félicitons tous nos PPS en VIH/sida qui ont tous des staff qui font de leur mieux pour poster des rapports de qualité sur les services fournis et qui nous rendent compte du travail ardu et de l'engagement des prestataires à fournir des services et des soins de qualité à la clientèle de leurs institutions. Dans ce 8^e numéro du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, nous élevons, un parmi nos PPS, **l'hôpital Saint Michel de Jacmel**, au sommet des étoiles en le qualifiant de **Point de Prestation de Service d'Excellence du VIH/sida** en Haïti. Cet hôpital a obtenu pour ses bonnes pratiques en suivi et évaluation du VIH/sida, après analyse, un score total de 94,16 sur 100 réparti de la façon suivante :

Vérification de première intention: 100

Ponctualité : nous faisons abstraction de cette dimension dans le présent article à cause de cette difficulté d'avoir la date exacte de la première soumission du rapport par un PPS. Cette impasse sera bientôt résolue. En Haïti, tous les PPS qui postent leurs rapports sur MESI savent qu'ils doivent le faire avant le 10 du mois pour le mois précédent. Nous n'avons pas été capables de retrouver des évidences sur MESI, car la date qui apparaît sur cette interface est la date de la dernière vérification faite par l'un des acteurs suivants : METH, les DDS, les institutions ombrelles de réseau de partenaires ou la CT du PNLS. A cause de cela, tous les PPS retenus ont bénéficié du score maximal qui peut être obtenu à l'analyse de cette dimension de la qualité des données. Des échanges sont en cours avec la firme Solutions par l'intermédiaire du CNQD pour qu'apparaissent, en plus des dates de vérification ou de validation, celle de la date exacte de la soumission du rapport mensuel sur MESI. Nous espérons voir ces modifications sur MESI au cours du mois de décembre 2014.

Complétude : 100

Validité ou exactitude : 90

Amélioration continue de la qualité des soins : 95

Analyse des rapports de validation : 90

Utilisation des données : 90

Apprécions la configuration de l'hôpital de Jacmel en pointillée, ci-contre, par rapport à la configuration idéale d'un PPSE. Sa configuration avoisine l'excellence.

Nous saluons cette performance et nous invitons d'abord nous-mêmes, c'est-à-dire le staff de la CT du PNLS à suivre l'exemple de ce PPSE.

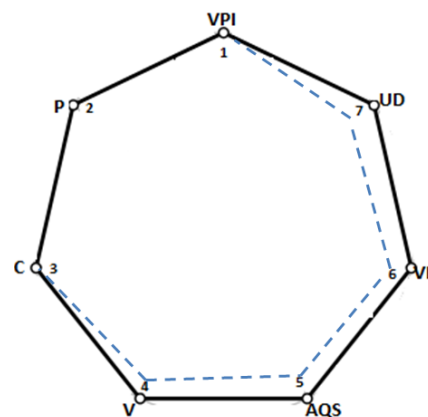
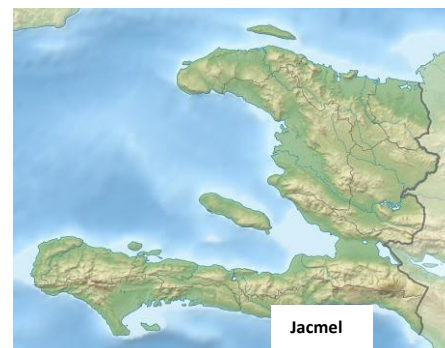


Figure 2. Configuration de HSM en tant que PPSE.

5.3 Présentation de l'institution de l'hôpital Saint Michel de Jacmel

L'hôpital Saint Michel de Jacmel, tel que son nom l'indique, est situé à Jacmel, une des principales villes touristiques d'Haïti avec des sites comme Cyvadier, Raymond-les-bains, Fort Ogé et Chute l'Etang. Dès sa fondation en 1698, Jacmel est déjà un port ouvert au commerce extérieur et en 1804, il se positionne comme un port méridional stratégique. Il est le chef-lieu du département du Sud-est. La commune de Jacmel a environ 170 000 habitants dont environ 30 000 pour la ville elle-même. Les habitants de Jacmel sont appelés jacméliens. La cité d'Alcibiade Pomeyrac est également la ville natale du Président Michel Oreste et des écrivains haïtiens comme Charles Moravia, Roussan Camille, René Depestre, etc. Jacmel est connu pour son carnaval riche en couleurs, son artisanat de qualité et ses manifestations populaires à l'occasion de sa fête patronale célébrée le 1^{er} mai de chaque année.



HSMJ est un hôpital départemental qui dispose ces services de base : médecine interne, chirurgie, maternité et pédiatrie, et dans le cadre du programme VIH/sida, il offre des services de dépistage, de soins et de TAR depuis l'année 2005. Cet hôpital a été construit en 1954, mais lors du séisme dévastateur du 12 janvier 2010, il a été sévèrement endommagé. Actuellement, il est en pleine reconstruction grâce aux dons recueillis par les Croix Rouges canadienne et américaine et au financement de l'Etat haïtien. Malgré cette situation, l'hôpital fonctionne comme à l'accoutumée et en ce qui concerne les services et soins prodigués aux patients en matière du VIH/sida, nous n'avons qu'à nous rendre sur MESI pour apprécier la bonne performance de cet hôpital dans ce domaine.

HSMJ est dirigé par un Directeur médical qui est actuellement Dr Newton Jeudy. Il supervise l'administrateur et les chefs de service des différentes unités de soins de cet hôpital.

En ce qui concerne l'unité de services et de soins en VIH/sida, l'équipe est constituée d'un Coordonnateur de programme, d'un Site Manager, d'un Case Manager, de trois médecins en soins dont un pédiatre, de quatre infirmières, deux dispensatrices de médicaments, deux techniciens de laboratoire, d'un travailleur social, d'un Psychologue et de 10 agents de terrain. Pour la gestion des données, le programme dispose du Coordonnateur de gestion du système d'information sanitaire, d'un

DRO, d'un Officier de Surveillance Epidémiologique, d'un Data clerk, et d'un Data Surveillance. Ce PPS fait partie du réseau ITECH.

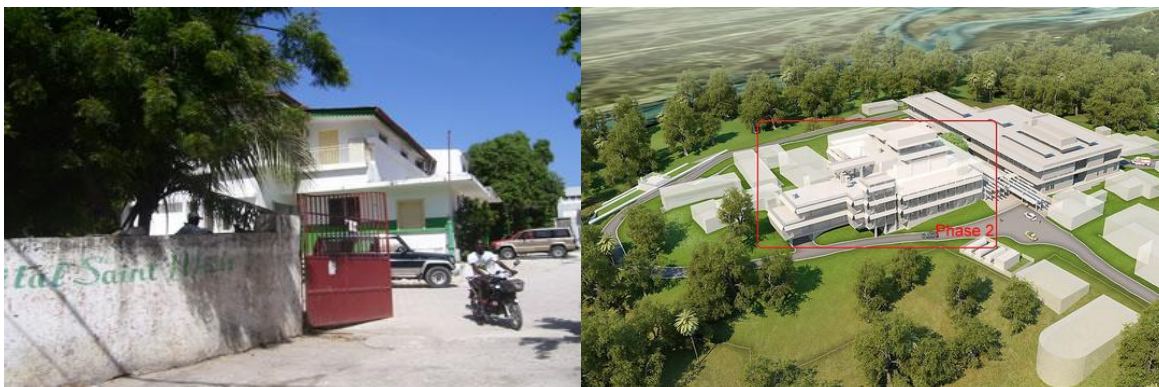


Figure 3. A gauche une vue de l'entrée de l'hôpital de Jacmel et à droite celle que sera cet hôpital après sa reconstruction

HSMJ de Jacmel dispose de neuf points de CDV :

- La Clinique Externe en tant que telle,
- Le service de Pédiatrie,
- Le service de Maternité,
- Le service de Planification Familiale,
- Le service de TB,
- 2 Grands Box CDV,
- Et 2 centres périphériques ou satellites: le Centre de Santé de La Vallée et le Centre de Santé de Marigot. Ces 2 centres fonctionnent sous la supervision directe de l'hôpital et les résultats des services produits par ces 2 institutions sont inclus dans les rapports de l'hôpital postés sur MESI. Ainsi, l'équipe qui dirige l'unité de services et de soins VIH/sida peut retracer à n'importe quel moment l'itinéraire d'un patient qui a été en contact avec l'un des ses points CDV. HSMJ fonctionne en « point of care » et en cas de coupure électrique, les prestataires utilisent les fiches de dossier médical pour collecter les données sur les services délivrés aux patients. Les Centres de Santé de La Vallée et le Centre de Santé de Marigot bénéficient d'une clinique mobile 2 fois par mois par l'unité de services et de soins VIH/sida de HSMJ qui en profite pour faire la validation des données.

HSMJ



Figure 4. Une équipe de l'hôpital Saint Michel de Jacmel où on voit le Directeur médical à la 2^e rangée, 9^e personne en commençant par la gauche.

5.4 Principales caractéristiques des services VIH/sida de HSMJ en matière de qualité de données

Structures, fonctions et capacités en SE. Les responsabilités des membres de l'unité des services et soins VIH/sida de HSMJ sont clairement définies. Chaque membre de l'équipe connaît sa position et sait quoi faire par rapport à une situation donnée.

HSM dispose d'un manuel de gestion récemment actualisé au premier semestre de 2014.

Les connaissances du staff sont régulièrement mises à niveau; le staff participe aux formations réalisées par les partenaires ou par le réseau d'appartenance. Nous recommandons fortement aux responsables des PPS en VIH/sida de s'assurer que les membres de leurs équipes puissent participer à au moins une fois par année à une session de formation sur une thématique quelconque en suivi et évaluation. A défaut d'en avoir une session en mode présentiel, il y a des cours gratuits sur des sites internet de qualité comme www.globalhealthlearning.org où les membres des équipes peuvent s'inscrire, suivre des cours en SE ou autres et ensuite discuter au cours d'un staff meeting des nouvelles connaissances acquises.

Lorsque nous avons des manuels de gestion périodiquement actualisés et que nous facilitons l'acquisition ou la mise à jour des connaissances de nos staffs, nous assurons une certaine stabilité au sein de nos institutions et nous instaurons, même sans le savoir, des mécanismes d'assurance qualité nous permettant d'obtenir des données exactes et fiables sur les résultats de nos produits ou de nos services.

Utilisation des définitions opérationnelles des indicateurs. C'est un paramètre clé d'assurance de la qualité des données. Les lexiques de définitions opérationnelles des indicateurs sont disponibles dans l'unité et le staff en suivi et évaluation les utilise de façon régulière et au besoin. La CT du PNLS, par l'intermédiaire du CNQD qui regroupe des acteurs clés en SE, est en train de revoir la formulation de certains indicateurs sur MESI et bientôt, nous aurons l'opportunité d'avoir accès sur MESI à des indicateurs désagrégés par groupe d'âge. De même, les lexiques disponibles sur MESI seront revus et mis à jour.

Nous ne disposons pas, pour l'instant, d'un manuel national de procédures et de standards en SE, mais la direction de la HSMJ a eu la clairvoyance de chercher et de retrouver un sur le Net qui leur indique la démarche à suivre de la collecte des données primaires jusqu'au posting des rapports du PPS sur MESI. Nous apprécions cette initiative et il revient maintenant à la gouvernance technique du PNLS de se rattraper en élaborant un manuel national et en facilitant également l'orientation des professionnels de SE de nos PPS sur ce manuel. Nous sommes à un moment crucial du développement du Programme haïtien de lutte contre le VIH/sida où nous devons consolider les acquis et en même temps aller de l'avant vers les trois 90. Sans nous rendre compte, nous sommes en train de jouer avec le feu, car personne ne sait, à l'heure actuelle, quand faudrait-il archiver une donnée définitivement; personne n'a encore émis de directives sur la signature d'un code d'éthique par le personnel clé qui gère les données de MESI, de l'santé ou de n'importe quelle autre base de données de notre système d'informations sanitaires sur le VIH/sida, etc. Actuellement, nous avons plus de 60 000 actifs sous TAR et d'ici à 2018, ils seront plus de 120 000; imaginez un instant l'ampleur de la catastrophe que ferait quelqu'un qui jouerait avec les données de nos cohortes de patients sous TAR ? Nous tirons la sonnette d'alarme et nous espérons que le nécessaire sera fait au premier semestre de 2015 après l'actualisation du plan national suivi évaluation en VIH/sida 2012 – 2015 pour l'étendre à 2018.

Utilisation des outils de collecte de données et de rapportage. Les outils de collecte élaborés par le MSPP/PNLS sont disponibles et utilisés à HSMJ. C'est l'officier de suivi et évaluation départemental qui fait les réquisitions d'outils auprès de la CT du PNLS et qui approvisionne les institutions en outils de collecte.

Le staff utilise un protocole qui a été élaboré par le gestionnaire du SIS; protocole qui prend en compte plusieurs paramètres dont la vérification des données après leur saisie afin de mitiger les risques d'erreur. Les dossiers des patients et les registres sont stockés de façon sécuritaire et ordonnée. Le Gestionnaire du SIS de l'hôpital a élaboré un protocole de validation de données en vue de s'assurer que les données soient enregistrées de manière précise. Ce protocole indique qui fait quoi, quand et comment. Le DRO et le Data Clerc s'assurent que :

- Les outils de collecte (Registres, cahiers, fiches, etc.) sont disponibles au niveau de chaque unité de service VIH/sida;
- La mise à jour quotidienne des registres remplis par les prestataires de soins soit réalisée;
- La vérification de la complétude quotidienne des différents registres et cahiers au niveau de chaque point de services et de soins VIH/sida de HSMJ.

Processus de gestion des données. Le processus de gestion des données au sein des services VIH/sida de HSMJ est vivant, dynamique et motivant. C'est un incitatif puissant qui soutient la motivation des staffs de ces services à fournir un travail de qualité. Les rencontres entre staff SE et prestataires se font régulièrement et pour tout différent, ils se réfèrent aux lexiques en SE et également au draft du manuel de « Procédures pour la Gestion des données IST/VIH/SIDA Monitoring et Evaluation PTME/CDV », élaboré par l'UCC/MSPP en Novembre 2006. Le personnel attend avec impatience le manuel national de Procédures et Standards en Suivi/Evaluation en vue d'harmoniser le système de collecte de données jusqu'au posting des rapports sur MESI. Il souhaite également qu'au niveau de ce document national, le

PNLS indique clairement à qui rapporter, quand et comment; car l'institution rapporte sur MESI avant le dix du mois suivant le mois du rapport, en mettant en copie la DDSSE et ITECH. Cette obligation qui leur est faite de poster avant le 10 n'est retrouvée dans aucun document écrit émanant de l'Autorité Sanitaire Nationale.

Le système de rapportage entre les différents CDV de l'hôpital et la coordination des services VIH/sida est hebdomadaire. Il permet de suivre de près la qualité de la collecte des données dans le but d'éviter des erreurs dans les rapports mensuels postés sur MESI. En outre, Le Data clerck assure une vérification quotidienne de la collecte dans les services et soins VIH/sida; lorsqu'il y a un écart ou un doute quelconque, il en parle au site manager et en discute avec le prestataire concerné. C'est un mécanisme clé de s'assurer quotidiennement de la validité et de la fiabilité.



Figure 5. L'équipe de soins VIH/sida de HSMJ.

Le data Clerck fait le dépouillement hebdomadaire des données collectées, chaque vendredi à partir de 10H00. A la fin du mois, les Responsables des différents services préparent les rapports partiels entre le 1^{er} et le 3 de chaque mois. Le Data clerck et le DRO procèdent à la validation des rapports reçus le 3 de chaque mois pour faire ensuite un rapport consolidé. Ce dernier est soumis au Gestionnaire du SIS et au Site Manager pour validation finale. Dans le cas où il y a une erreur, le rapport est retourné au DRO, sinon le DRO est autorisé à poster le rapport consolidé sur MESI et à l'envoyer à la DDSSE et à ITECH. Les rapports sont postés entre le 6 ou le 7 du mois dans le cas où le 5 est un samedi.

Se tient une rencontre chaque 2^e mercredi du mois. A l'agenda de ces rencontres, un point est toujours consacré à une présentation sur le SIS par le Gestionnaire du SIS et débattu sur la situation des services VIH/sida de HSMJ. Il présente les données mensuelles, fait des analyses et des débats ont lieu sur des correctifs, des améliorations et ou des rattrapages à faire. A noter que le Gestionnaire du SIS dispose d'une base de données sur Excel pour enregistrer les données collectées hebdomadairement au niveau des différents points de CDV de cet hôpital.



Figure 6. L'équipe du SIS des services et soins VIH/sida de HSMJ

En ce qui a trait à la confidentialité au niveau de l'institution, Le site dispose de classeurs métalliques sécurisés pour le stockage des registres, dossiers médicaux, fiches de notifications et autres outils de collecte. Un dispositif électronique est institué de telle sorte qu'une fois la saisie des données terminée ou en cas de déplacement du prestataire, l'ordinateur réclame un mot de passe pour accéder à l-santé.

5.5 Présentation du personnel clé en Suivi et Evaluation de l'unité des services et soins VIH/sida de HSMJ

Site Manager. Le Site Manager est Mme Zita Dominique Paul. Elle est infirmière et a été recrutée en février 2005 au niveau de HSMJ en tant qu'infirmière dispensatrice IO. Elle a été promue au poste de Site Manager en juillet 2005. Avant de venir travailler à HSMJ, elle a occupé le poste de Responsable de Programme Communautaire et Responsable du Centre de Santé d'Anse à Pitres. En tant que Site Manager, elle assume la direction et la supervision directe des services VIH/sida à HSMJ.



Gestionnaire du système d'informations sanitaires. Le Gestionnaire du SIS est Mr Donald Charles. Avec la parution du manuel de référentiel des compétences du MSPP, il travaille officiellement en tant que « coordonnateur de service de gestion de l'information ». Il a été embauché en novembre 2008 en tant que DRO et a été promu au poste de Gestionnaire du SIS en octobre 2013. Il s'occupe de la validation, du traitement, de l'analyse des données et de la diffusion de l'information. Il conçoit, au besoin, des outils spécifiques pour la gestion du programme. C'est un employé très motivé et performant.



Disease Reporting Officer. La DRO est Mme Florence Célestin. Elle travaille à HSMJ depuis juillet 2010. Quand elle est arrivée à HSMJ, il n'y avait pas de Data Clerk, elle a accepté de jouer le rôle de Data Clerk et de DRO. Elle assure l'enregistrement sur la base de données I-santé et gère les registres Pré-ARV et ARV en actualisant les données. C'est une femme très soucieuse du travail bien fait et très appliquée. Elle produit toujours son rapport à temps, sauf s'il y a un problème au niveau du travail des prestataires et ceci arrive très rarement. ★



Data Clerk. Il se nomme Vladimyr Jean Pierre et a été recruté en février 2014. Il assure la supervision et la validation des données dans les registres remplis par les prestataires. Il apprend aussi à produire des rapports mensuels. Bien qu'il soit nouveau, il a bien intégré l'équipe et Il fait montre d'une bonne capacité d'adaptation. ★



Officier de surveillance. L'officier de surveillance est une femme et s'appelle Smiley Djamila Cothias. Elle occupe ce poste depuis juillet 2010. Elle collecte/actualise les données au niveau des soins de santé primaires. Sa principale responsabilité est de surveiller les maladies à déclaration obligatoire, des maladies sous surveillance épidémiologique. Elle prépare aussi les rapports : prénatal, planning familial et accouchement. Nous lui souhaitons de toujours garder le sourire pour le plus grand bien de son équipe. ★



Data surveillance épidémiologique. C'est l'équivalent d'un officier junior de surveillance épidémiologique. Il se nomme Claude Michel. Il travaille de puis Mars 2011 à HSMJ. Ses principales responsabilités sont : le remplissage du registre de morbidité, fait la collecte journalière au niveau de tous les services et assure la saisie des dossiers sur I-santé. Il a une bonne intégration, il est très motivé et donne plus de ce qu'on attend de lui. ★



5.6 Leçons apprises de l'évaluation de HSMJ en tant que PPSE

Ces leçons, nous les considérons comme de bonnes pratiques et si elles sont appliquées dans tous nos PPS, elles pourraient nous conduire, si toutes choses étant égales par ailleurs, aux mêmes résultats observés au sein de l'équipe qui dirige les services et soins VIH/sida de HSMJ.

La construction d'une équipe virtuose se fait sur la base de principes, de valeurs et de règles. Nous pensons qu'il n'est jamais de trop d'actualiser les manuels de gestion, de les réviser et d'ajouter d'autres; ils permettent à tous les membres d'une équipe de se situer par rapport à l'ensemble et ils stimulent le potentiel de tout un chacun à pouvoir mieux définir ce « plus » individuel qui peut faire la différence pour toute une équipe. Nous souhaitons que HSMJ fasse cet apprentissage pour l'ensemble de l'institution au moins chaque 5 ans; ce qui n'est pas incompatible avec une actualisation partielle

d'un service, d'une unité et/ou d'un département qui le ferait, par exemple, chaque année en fonction des besoins de gestion ressentis par l'unité de travail concernée.

L'amélioration continue de la qualité doit être un souci permanent d'une équipe qui veut gagner. L'amélioration continue de la qualité des soins n'est plus un « projet » parmi d'autres; elle guide, oriente et définit le travail au sein de l'unité des services et soins VIH/sida de HSMJ. Ce n'est pas un hasard si cette équipe se retrouve aux premières loges des rencontres nationales et internationales de HEALTHqual; **l'amélioration continue de la qualité est une « pratique » de travail au sein des services VIH/sida de HSMJ**; cette équipe se réunit, certes selon un agenda, mais elle organise également des rencontres express sur des incidents critiques qui leur permettent de rectifier le tir et de faire mieux quand cette même situation se présentera une nouvelle fois. Nous devons savoir que la situation financière de ce PPS n'est pas toujours facile, et c'est le cas aussi pour HSMJ dans son ensemble; mais malgré tout, cette équipe fait de leur mieux pour offrir un service de qualité à leurs patients.

La Site Manager fait des délégations de tâches à mesure que les professionnels de son équipe se montrent de plus en plus compétents et responsables. L'équipe est consciente de la nécessité de poster à temps sur MESI et tout un chacun apporte sa pierre à la soumission du rapport mensuel le 5 du mois pour le mois précédent. Une compétition saine existe au sein de cette équipe qui entraîne une motivation forte chez chaque membre à ne pas accepter de rester sur les lauriers acquis mais à développer ses capacités pour continuer à faire mieux.

5.7 Conclusion

Chapo ba ak gwo bravo pou HSMJ! Nous n'avons pas de ressources pour offrir une plaque ou un incitatif quelconque à l'unité des services et soins VIH/sida de HSMJ, mais cet article représente à nos yeux une pierre que nous ajoutons au renforcement et à l'amélioration du système d'informations de cet hôpital et en particulier de leurs services et soins en VIH/sida. Nous apprécions grandement leur contribution à cet effort national, incluant les autres PPS, de l'édification d'un système d'informations sanitaires solide et dynamique en VIH/sida qui puisse nous fournir des informations valides et fiables pour la prise de décisions opportunes au profit de la population haïtienne en matière de promotion de la santé, de prévention, de soins et de traitement sur le VIH/sida. Nous reprenons ces vers d'Alcibiade Pomeyrac à leur endroit :

**« A l'heure d'aujourd'hui, porte ton obole
Pour bâtir à son culte un nouveau Capitole.
Jacmel, Sursum Corda! »**

Nous connaissons, avec l'aide de cet article les mesures à prendre pour améliorer la démarche afin d'impliquer les DDS dans le choix des PPS à féliciter. Nous comptons revoir nos outils d'évaluation pour qu'ils soient plus sensibles dans le but de nous faciliter le travail de l'exploration de toutes les composantes d'un PPS et de toutes les dimensions de la qualité des données transmises par ce PPS. Nous croyons qu'en tout il faut un commencement, nous avons fait ce premier pas pour cette JMS 2014 et nous comptons publier des articles de ce genre sur d'autres PPS qui ont des systèmes d'informations en VIH/sida aussi performants que celui d'HSMJ.

Nous recommandons HSMJ aux universités haïtiennes comme l'un des PPS du pays en matière de VIH/sida où ils pourraient conseiller leurs finissants de le choisir comme lieu à faire des enquêtes pour leur mémoire de sortie. A nos partenaires, nous leur proposons HSMJ comme un PPS où les structures qui sont en place peuvent les aider à faire l'orientation des nouveaux staffs en suivi et évaluation. Nous

souhaitons que les services VIH/sida de HSMJ poursuivent leur chemin dans la direction qu'ils se sont eux-mêmes adoptés et qu'ils sachent que nous serons à leur côté quand ils auront pris la décision d'avoir un médium à eux destiné à la publication des informations sur HSMJ et en particulier les services VIH/sida de cet hôpital. Enfin, nous pensons que la direction de HSMJ devrait utiliser le SIS en VIH/sida pour augmenter la motivation des autres composantes du SIS de HSMJ à faire de même que l'unité de services et de soins en VIH/sida. La tâche peut paraître difficile au début, mais il faut essayer, car qui sait, un jour, ce sera le SIS de HSMJ dans son ensemble qui sera félicité par l'UEP/MSPP. Que le Tout Puissant leur vienne en aide!

6. Lu pour vous

Ebola : une maladie qui nous rappelle les premiers jours de l'épidémie à VIH.

Le monde commémore la journée mondiale contre le VIH/sida, le 1^{er} décembre de chaque année. En cette journée en souvenir de la mémoire des personnes décédées du Sida, nous ne saurions oublier les vies prises par le virus Ebola, les populations et les pays touchés par sa flambée en Afrique Occidentale.

Faisons un brin d'histoire; ce virus est apparu pour la première fois en Afrique plus précisément en République démocratique du Congo en Septembre 1976. A cette époque, l'épidémie déclarée avait causé quelque 280 morts sur un total de près de 320 personnes infectés, soit un taux de mortalité de 87,5%. Le virus se transmet par l'intermédiaire de contacts étroits par : les liquides biologiques d'une personne infectée ou décédée de la maladie (sang, vomi, urine, excrément, sueur, sperme, salive et autres fluides); des objets contaminés par le virus (seringues, matériel médical) et des animaux contaminés (par contact avec le sang, les liquides biologiques ou la viande contaminée). Les symptômes les plus caractéristiques sont la fièvre (supérieure à 38,6⁰ Celsius ou 101,5⁰ Fahrenheit), céphalée, douleurs musculaires, fatigue/asthénie, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales surtout gastriques, anorexie.

La létalité du virus Ebola est neuf fois plus élevée à celle du VIH, fulminante et mortelle dans 20 à 90% des cas. Cette menace est imminente pour les peuples du monde entier compte tenu des déplacements qui se font à travers les pays et que le monde est considéré actuellement comme un petit village global. Ceci a été bien compris par les hautes autorités haïtiennes du Ministère de la Santé Publique et de la Population qui ont pris des mesures préventives pour contrer à tout probable cas importé de la Fièvre Hémorragique Ebola en Haïti.

En tant qu'avant-gardiste, le MSPP a élaboré un plan de préparation et de réponse à l'épidémie de fièvre hémorragique (août 2014) qui va guider les efforts nationaux pour mieux armer la population et le système de santé à faire face à toute éventualité. Ce plan retient plusieurs axes d'interventions:

- Mise en place d'une coordination intra et intersectorielle de la réponse;
- Renforcement des capacités de diagnostic par le laboratoire et de protection du personnel;
- Formation du personnel prestataire sur la surveillance épidémiologique des fièvres hémorragiques aiguës en général et sur la fièvre à virus Ébola en particulier;
- Elaboration des messages et développement des matériels d'information et d'éducation à l'intention du public, des prestataires et le personnel de support;

- Sélection, aménagement, adaptation et évaluation des sites présélectionnés pour la prise en charge des personnes infectées.

Aussi bien pour l'Ebola que pour le Sida, les modes de transmission sont connus et il n'y a rien d'ésotérisme. Malgré tout, l'espoir et l'optimisme est mince. Les actions gouvernementales, la mobilisation sociale et l'activisme de la société civile sont requises en ce moment de grand désespoir face à cette tragédie qui ne cesse de s'amplifier et gagner du terrain. Développer des stratégies de communication et d'informations pour toucher l'ensemble de la population et l'impliquer dès maintenant dans les mesures de prévention et de contrôle de l'épidémie est à notre portée, car en réalité on en connaît beaucoup sur le virus Ebola.

Le facteur temps est crucial pour freiner et contenir la menace Ebola.

Tous ensembles, il faut agir vite pour éviter le pire !

Les mesures préventives contre le virus Ebola:

- Lavez régulièrement les mains au savon et à l'eau ;
- Gardez vos distances aussitôt qu'un cas est déclaré suspect ;
- Ne touchez pas les personnes infectées ni leurs liquides corporels ;
- Ne touchez pas les dépouilles des personnes infectées par la maladie ;
- Si un des symptômes précédents se fait sentir demandez de l'aide au numéro suivant au MSPP : 116 ou 177.

7. Chiffres nationaux

Indicateurs	Source	Valeur
Prévalence du VIH	EMMUS V, 2012	2,2%
Nombre PVVIH	Profil estimations / PNLS, 2014	147 088
Nombre patients actifs sous ARV (au 30 septembre 2014)	MESI (www.mesi.ht)	62 346
Nouveaux enrôlés sous traitement TB (au 30 septembre 2014)	MESI (www.mesi.ht)	1 498
Nouveaux cas VIH (enfants compris)(Janvier à septembre 2014)	HASS	16 980
Besoins ARV en 2014 (critère d'éligibilité CD4 < 500)	Profil estimations / PNLS, 2014	130 000
Décès dus au VIH en 2013	Profil estimations / PNLS, 2015	5 859
Prévalence du VIH chez les TS	PSI, 2012	8,4%
Prévalence du VIH chez les HSH	PSI, 2012	18,1%

8. Nouvelles en bref

❖ Enquêtes

Quatre (4) enquêtes sont en cours de réalisation :

- IST en milieu hospitalier. Cette enquête vise à déterminer la prévalence en milieu hospitalier en 2013. Elle est à sa phase opérationnelle de collecte des données. Les résultats préliminaires devraient être connus en janvier 2015.
- Rétention sous TAR. Elle vise à mesurer les taux de rétention de 6 et de 12 mois. La cohorte concernée est celle comprise entre le 1^{er} septembre 2013 et le 31 août 2014.
- Enquête sur la Surveillance biologique et comportementale du VIH auprès des populations clés en Haïti : Travailleuses de Sexe et les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Etude sur les déterminants du désir de grossesse ou non chez les femmes enceintes sous TAR. La phase de collecte des données a déjà pris fin et nous espérons avoir le rapport préliminaire vers la mi décembre 2014.

❖ Projet d'analyse des données de surveillance

Avec l'accompagnement de CDC-Atlanta le Programme National est en train d'organiser une analyse systématique et élargie des données générées par le système de surveillance du VIH. Un premier rapport à court terme est prévu pour le premier trimestre 2015 et un second vers la fin de l'année 2015

❖ Cluster communication

Un cluster en communication se tiendra les 10 et 19 décembre 2014. L'agenda et le lieu de la tenue de ce cluster vous seront communiqués bientôt.

❖ Atelier sur la prise en charge de la co infection en milieu carcéral

Une colloque nationale est prévue les 15 et 16 décembre 2014 sur la co infection en milieu carcéral. Différents intervenants auront à débattre sur cette problématique et dégageront des stratégies, des perspectives et des pistes d'une meilleure prise en charge de la co infection VIH / TB en milieu carcéral.

❖ Plan Stratégique National Multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018

Le PSNM est sous impression. Au cours du mois de décembre 2014, seront disponibles au niveau de la CT du PNLS des exemplaires du plan stratégique.

« SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN »

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

Comite de rédaction du Bulletin

Dr Edieu LOUISSAINT, MSPP/PNLS
 Mme Nirva DUVAL, MSPP/PNLS
 Dr Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS
 Dr Ermane ROBIN, MSPP/PNLS
 Mr Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS
 Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, FETP/MSPP/PNLS
 Mr Jean Etienne TOUSSAINT, MSPP/PNLS
 Mme Rachelle CHERISTIN, MSPP/PNLS
 Mr Jethro GUERRIER, MSPP/PNLS
 Dr Reginald R. ESTRIPLET, MSPP/PNLS
 Dr Edna PIERRE, NASTAD
 Dr Marc Aurel TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR
 Dr Jean ALOUIDOR, UGP/MSPP/PEPFAR
 Dr Yves Gérard PIERRE-LOUIS, PSI

9. Références

Cayemittes, Michel, Michelle Fatuma Busangu, Jean de Dieu Bizimana, Bernard Barrère, Blaise Sévère, Viviane Cayemittes et Emmanuel Charles. 2013. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012*. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International.

Ministère de la Santé Publique et de la Population. Coordination Technique du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida. (2014). Profil des Estimations et Projections en Matière de VIH/SIDA en Haïti 2010 – 2013.

PSI Research & Metrics, « *Prévalence VIH et utilisation du condom parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH) en Haïti* » Rapport sommaire TRaC Summary, (2012) <http://www.psi.org/resources/publications>.

PSI Research & Metrics, « *HIV Prévalence VIH et utilisation de condom parmi les travailleuses du sexe Haïtiennes* » Rapport sommaire TRaC Summary, (2012) <http://www.psi.org/resources/publications>.

